



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Janaína Luana Rodrigues da Silva Valentim

UM OLHAR ALÉM DO CONCRETO:
FORMAÇÃO HUMANA MEDIADA POR TECNOLOGIA PARA A
SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL

Tese no âmbito do Doutoramento em Estudos Contemporâneos, orientada pelos Professores Doutores Sara Marisa do Carmo Dias Trindade e Eloiza da Silva Gomes de Oliveira e apresentada ao Instituto de Investigação Interdisciplinar da Universidade de Coimbra.

Outubro de 2023

Instituto de Investigação Interdisciplinar

UM OLHAR ALÉM DO CONCRETO: Formação Humana Mediada por Tecnologia para a Saúde no Sistema Prisional

Janaína Luana Rodrigues da Silva Valentim

Ficha Técnica:

Tipo de Trabalho: Tese de Doutoramento.

Título: UM OLHAR ALÉM DO CONCRETO: Formação Humana Mediada por Tecnologia para a Saúde no Sistema Prisional.

Autora: Janaína Luana Rodrigues da Silva Valentim.

Orientadores: Professores Doutores Sara Marisa do Carmo Dias Trindade e Eloiza da Silva Gomes de Oliveira.

Identificação do Curso: Doutoramento em Estudos Contemporâneos.

Data: 2023



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Agradecimentos

Esta tese de doutorado não foi o trabalho de uma só pesquisadora, ou estudante da Universidade Coimbra, que teve a satisfação de cursar e se qualificar no Centro de Estudos Interdisciplinares (CEIS20). É um trabalho que foi construído coletivamente, em Portugal e no Brasil.

Em Portugal, agradeço, enormemente, a todos os professores com quem tive a oportunidade de estudar, em especial, à minha orientadora, a Professora Sara Dias-Trindade, pois a sua colaboração foi fundamental para que este estudo lograsse êxito, com ela tive o privilégio de aprender muito, especialmente nos momentos de interação, pois ela sempre de forma muito generosa compartilhou conhecimentos, experiências e vivências. Aos meus colegas de turma, agradeço a todos, pois pudemos aprender juntos, partilhamos novos conhecimentos nos momentos das disciplinas, aprendemos e ensinamos - isso foi muito singular para mim.

Do lado do Brasil, inicio meus agradecimentos à Professora Aline Pinho, que além de me ajudar nas orientações é também uma amiga para todas as horas, confiável e muito generosa.

À minha querida Professora Eloiza Gomes, não somente pelas suas orientações, pois elas foram muito importantes, mas, principalmente, pelo carinho e pelo acolhimento afetuoso durante todo o trabalho que fizemos juntas - meu muito obrigada.

Estendo esse agradecimento ao meu amigo Ronaldo Silva, sua participação na construção da trilha foi essencial; pude beber da fonte da sua experiência no sistema prisional, isso realmente foi um privilégio, do qual nunca poderia ter vivenciado sem a ajuda do destino - talvez Deus não jogue dados. Trabalhar com ele e com a Professora Eloiza Gomes foi

uma experiência muito significativa para mim - aprender de forma afetuosa nos dá coragem e propósito.

À Secretaria de Educação a Distância (SEDIS) da Universidade Federal do Rio Grande Norte (UFRN), um lugar feito por pessoas preocupadas com as questões humanas.

À professora Maria Carmem Rêgo, por permitir que eu pudesse desenvolver minhas pesquisas na SEDIS/UFRN, sem isso, seria quase impossível concluir este trabalho - obrigada não somente pelo espaço físico e pela infraestrutura, mas pelo cuidado e zelo com todos, humanização que extrapola em muito a média dos gestores das Universidades, por isso fico com a esperança-ação de esperar por uma sociedade menos desigual.

A Kaline Sampaio e Maurício Oliveira, não sei como agradecer, pois qualquer texto que eu escreva não será capaz de externar a importância do apoio deles na construção da trilha formativa - muito obrigada meus amigos, não somente pela cooperação técnica importante, mas pelas risadas e pelos momentos que podemos vivenciar e aprender juntos.

Aos meus queridos amigos de pesquisa, Felipe Fernandes, um cientista de dados, e Manoel Romão, um cientista humano, competências que me permitiram enxergar mais longe as possibilidades dos estudos que estávamos conduzindo, obrigada pela paciência e por todo o apoio dado.

À Dra. Angélica Espinosa, por ter apoiado esta pesquisa, com a oportunidade de apresentar meu trabalho na Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); e pelo apoio na divulgação da trilha, o que me ajudou a consolidar uma etapa importante desta tese.

À juíza Dra. Cintia Cibelle, por me apresentar ao sistema prisional. Sua cooperação e participação foi parte importante na construção deste trabalho de doutorado, foi por meio

deste encontro, que eu pude conhecer pessoas importantes que também me ajudaram. Nesse sentido, agradeço, especialmente, a Laysa Glicia (professora no sistema prisional), a Renata Terumi (enfermeira) e a Andrea Ferreira (enfermeira), todas conteudistas da trilha – foi muito bom trabalhar e aprender com elas.

Às minhas amigas, Ednara Gomes e Karla Coutinho, por me ajudarem na produção da trilha.

Como mãe, pesquisadora e estudante de doutorado, não poderia deixar de registrar o quanto é difícil fazer um doutorado, trabalhar, pesquisar, cuidar e amar não é, literalmente, para os fracos. Ser estudante de doutorado exige um conjunto de habilidades, mas ser mãe exige presença, atenção, carinho e amor – tudo isso simultaneamente, não é possível parar de ser mãe para fazer doutorado. Ao meu filho Ricardo Rodrigues (Kaká) meu amor e agradecimento, chegamos juntos nessa, tinha orgulho de ver você comigo nos eventos, participando de tudo, crescemos juntos. Chegando ao fim, agradeço ao meu esposo, Ricardo Valentim, um super companheiro, aquele que todos os dias me lembrava que tinha uma tese para concluir - muitas vezes perdia a paciência com ele, é verdade, pois às cinco da manhã lá estava ele me acordando com a seguinte frase "acorde você tem uma tese para terminar" - esse foi o meu bom dia por muito tempo. Hoje eu entendo que ele sabia o que estava fazendo. Obrigada meu amor não somente pelo apoio incondicional, pela lealdade e pelo cuidado, mas, especialmente, pelo carinho com a nossa família – sem isso, nunca teria coragem de fazer um doutorado - eu sentia que podia estudar, pesquisar, trabalhar e ser mãe porque tinha seu afeto, apoio, cuidado e zelo.

Resumo

No Brasil, o cenário atual do sistema prisional é preocupante, sobretudo em relação à saúde. As precárias condições, associadas à superlotação, criam ambientes prisionais insalubres e degradantes na perspectiva humana. O ócio e a atuação reduzida de profissionais de saúde, de serviços sociais e de educação contribuem para potencializar diferentes iniquidades, as quais são ainda indutoras de várias enfermidades. Este estudo destaca as doenças sexualmente transmissíveis, infecciosas, crônicas e mentais. O cenário descrito evidencia a falta de ações de promoção de saúde, de prevenção de doenças e cuidado integral, como determina a atenção básica à saúde, ou melhor, a Legislação Brasileira, como a Lei de Execuções Penais do Brasil, Lei Nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Nesse contexto, a presente tese de doutorado desenvolveu uma pesquisa-ação, cujo escopo foi a promoção da saúde no sistema prisional. O Brasil é um país com grande diversidade socioeconômica e cultural e apesar de ser uma das maiores economias do mundo, é também um país com grandes desigualdades. Esse país tem uma das maiores populações carcerárias do mundo, atualmente, são mais de 800 mil pessoas privadas de liberdade, em mais de 1.300 unidades prisionais em todo o país, todas elas com mais de 100% de sua capacidade de ocupação. Quanto ao tamanho da força de trabalho do Sistema Único de Saúde do Brasil do Brasil, ela ultrapassa os mais de 3 milhões, considerando todos os tipos de profissões de saúde distribuídos por todo o território nacional. A população prisional é mais propícia à disseminação das Infecções Sexualmente Transmissíveis, entre elas, a sífilis. Por isso, o Projeto "Sífilis Não", apoiado pelo Ministério da Saúde do Brasil e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), observou a necessidade de intervir na saúde prisional, devido à vulnerabilidade dessa

população. A literatura e o campo da prática demonstravam uma carência enorme de qualificação no campo da saúde prisional. Essas questões contribuíram para delinear o objeto e o desenvolvimento da tese e motivaram as questões de pesquisa, centradas, principalmente, na educação massiva no contexto do sistema prisional brasileiro. Em virtude da dimensão continental do país, do público-alvo desejado e ainda dos que compõem a tríade do sistema prisional: profissionais de saúde, policiais penais e o privado de liberdade, foi considerado o uso da mediação tecnológica para formação humana no contexto da saúde prisional, pela plataforma AVASUS, com o propósito de desenvolver a trilha formativa “Sistema Prisional – além dos muros”. Essa trilha formativa foi, portanto, objeto de estudo desta tese. Este estudo teve início analisando os impactos do processo de formação massiva em saúde no sistema prisional do Brasil. Os resultados e as discussões apresentadas nesta tese de doutorado demonstraram a efetividade da trilha formativa “Sistema Prisional – além dos muros”, isso quanto à escalabilidade da oferta em todo o país. Os resultados deixam evidente, como a educação massiva em saúde pode ser utilizada como ferramenta para intervenção de saúde pública no contexto da saúde prisional, sobretudo porque os resultados destacaram que esse foi um processo indutor de mudanças de processo de trabalho que impactou positivamente na atenção à saúde dos privados de liberdade.

Palavras-chave: sistema prisional brasileiro, educação em saúde, educação massiva em saúde, AVASUS, trilha formativa, educação com mediação tecnológica.

Abstract

In Brazil, the current scenario of the prison system is worrying, especially in relation to health. The precarious conditions, associated with overcrowding, create unhealthy and degrading prison environments from a human perspective. Idleness, the limited performance of health, social services and education professionals, contribute to potentiate different inequities, which are still inducers of various illnesses. Sexually transmitted, infectious, chronic and mental diseases stand out. The scenario described highlights the lack of health promotion, disease prevention and comprehensive care actions, as determined by basic health care, or rather, as determined by Brazilian legislation, the Brazilian Penal Execution Law, Law N° 7.210, of July 11, 1984. In this context, this doctoral thesis developed an action research, whose scope was the promotion of health in the prison system. However, it was necessary to consider that Brazil is a country with great socioeconomic and cultural diversity, despite being one of the largest economies in the world, it is also a country with great inequalities. In addition, Brazil has one of the largest prison populations in the world, currently, there are more than 800,000 people deprived of their liberty, in more than 1,300 prison units across the country, all of them with more than 100% of their occupancy capacity. Another feature is the size of the workforce of the Brazilian Unified Health System (SUS), which exceeds more than 3 million, for all types of health professions recognized in the country, which are distributed across the entire national territory. Observing the demands of the "Sífilis Não" Project, supported by the Ministry of Health of Brazil and the Pan American Health Organization (PAHO), the need to intervene in prison health was observed, as this is considered a vulnerable population, therefore, more conducive to the spread of

Sexually Transmitted Infections (STIs), including syphilis. These questions were the challenges that contributed and motivated to outline the object and development of the thesis and research questions. The literature and the field of practice demonstrated an enormous lack of qualification in the field of prison health. In this sense, research questions centered mainly on mass education in the context of the Brazilian prison system were elaborated. These were thought, due to the continental dimension of the country, and also, due to the size of the desired target audience, which make up the triad of the prison system: health professionals, criminal police and the prisoner. Therefore, the use of technological mediation for human training in the context of prison health was considered, with the purpose of developing the training path "Prison System - beyond the walls". It is noteworthy that the formative path was, therefore, the object of study of this thesis. Still in the context of the thesis, analyzes were made of the impacts of the massive training process in health in the prison system in Brazil. The results and discussions presented in this doctoral thesis, demonstrated the effectiveness of the Training Trail "Prison System - beyond the walls", in terms of the scalability of the offer throughout the country. This aspect made it clear how massive health education can be used as a tool for public health intervention in the context of prison health, especially because the results highlighted that this was a process that led to changes in the work process, which had a positive impact in the health care of those deprived of liberty.

Keywords: *brazilian prison system, health education, massive health education, AVASUS, training path, education with technological mediation.*

Índice

1. Introdução.....	19
1.1 Questões de Pesquisa.....	29
1.2 Objetivo.....	29
1.3 Objetivos Específicos.....	30
1.4 Organização da Tese.....	30
2. Referencial Teórico.....	33
2.1 Trabalhos Correlatos: um olhar recente para a área da saúde prisional.....	34
2.2 Sistema Prisional Brasileiro.....	47
2.3 Saúde Prisional no Brasil.....	51
2.4 Educação Mediada por Tecnologia na Saúde no Brasil: a trajetória até o AVASUS.....	55
3. Materiais e Métodos.....	69
3.1 Metodologia para o Desenvolvimento da Trilha Formativa “Sistema Prisional: além dos muros”	70
3.1.1 Fluxo de Produção da Trilha Formativa Baseado no Método Pesquisa-Ação.....	73
3.2 Metodologia aplicada a análise de impacto epidemiológico e social.....	91
3.2.1 Metodologia Aplicada à Análise dos Impactos Epidemiológicos.....	92
3.2.2 Metodologia Aplicada a Análise dos Impactos Sociais.....	100
3.3 Metodologia da análise dos impactos da trilha formativa na saúde prisional do Brasil na perspectiva do estudante.....	101
4. Resultados.....	107
4.1 A trilha formativa Sistema prisional: além dos muros, o alcance nacional e o engajamento.....	107
4.2 Impactos epidemiológicos da trilha formativa Sistema prisional: os dados do curso versus os	

dados epidemiológicas.....	119
4.2.1 Caracterização dos estudantes.....	122
4.2.2 Análises: os impactos da formação massiva no contexto epidemiológico da saúde prisional... 125	
4.3 A Educação Massiva no Contexto da Saúde Prisional Brasileira: um olhar a partir dos estudantes.. 136	
4.4 Os Impactos Sociais do Curso Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade: um olhar qualitativo para os objetivos de desenvolvimento sustentável.....	164
5. Discussões.....	176
6. Considerações Finais.....	183
Referências.....	190
Anexo I - Produção Acadêmica.....	209
Anexo II - Questionário.....	215
Anexo III - Timeline da Pesquisa.....	226

Lista de Figuras

Figura 1 – <i>Modelo básico da Pesquisa-ação</i>	72
Figura 2 – <i>Modelo aplicado na produção da trilha Sistema prisional</i>	73
Figura 3 – <i>Etapas de Produção da trilha formativa Sistema prisional</i>	74
Figura 4 – <i>Modelo cíclico, espiralar, iterativo e incremental</i>	76
Figura 5 – <i>Atividade no Complexo Penal Agrícola Mário Negócio</i>	81
Figura 6 – <i>Unidade de Progressão Piraquara, na Cidade de Piraquara/PR</i>	82
Figura 7 – <i>Registro das atividades durante a etapa de desenvolvimento</i>	83
Figura 8 – <i>Lançamento da trilha formativa Sistema prisional no Seminário Além dos muros</i>	88
Figura 9 – <i>Apresentação da trilha formativa Sistema prisional: além dos muros na Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/Brasil)</i>	91
Figura 10 – <i>Trilha formativa: módulos, público-alvo e carga horária</i>	108
Figura 11 – <i>Arquitetura pedagógica da trilha Sistema prisional</i>	109
Figura 12 – <i>Estudantes matriculados e concluintes em todo o Brasil (dados obtidos em 09/02/2023)</i>	114
Figura 13 – <i>Mapa com a distribuição das matrículas realizadas no Brasil</i>	116
Figura 14 – <i>Histograma de matrículas dos estudantes nos cursos</i>	118
Figura 15 – <i>Análise dos estudantes por região do Brasil</i>	120
Figura 16 – <i>Nuvem de palavras dos comentários dos alunos</i>	121
Figura 17 – <i>Estudantes por sexo</i>	122
Figura 18 – <i>Número de estudantes por ocupação</i>	123
Figura 19 – <i>Estudante (profissionais) por nível de atenção à saúde e região</i>	124

Figura 20 – <i>Casos de sífilis no sistema prisional e taxa por 1.000 habitantes (em relação a população prisional)</i>	134
Figura 21 – <i>Frequência de respostas por questão do questionário</i>	137
Figura 22 – <i>Atuação do estudante quando fez o curso</i>	138
Figura 23 – <i>Profissão dos estudantes quando fizeram o curso</i>	139
Figura 24 – <i>Setor de atuação dos estudantes no momento da resposta</i>	140
Figura 25 – <i>Atuação dos estudantes no sistema prisional</i>	141
Figura 26 – <i>Porque o estudante optou pelo curso</i>	145
Figura 27 – <i>Motivos para fazer o curso</i>	146
Figura 28 – <i>Indicação do curso para outras pessoas</i>	147
Figura 29 – <i>Porque indicou o curso para outras pessoas</i>	148
Figura 30 – <i>O compartilhamento do conhecimento</i>	149
Figura 31 – <i>O conteúdo, o perfil epidemiológico e as IST</i>	150
Figura 32 – <i>Cuidado Integral à saúde no sistema prisional</i>	151
Figura 33 – <i>Saúde mental da pessoa privada liberdade</i>	152
Figura 34 – <i>Conhecimento prévio</i>	153
Figura 35 – <i>Satisfação com o curso</i>	154
Figura 36 – <i>Impacto da atenção à saúde do sistema prisional na sociedade</i>	155
Figura 37 – <i>Saúde Prisional, doenças, comunidade e humanização</i>	156
Figura 38 – <i>É possível melhorar a saúde prisional?</i>	157
Figura 39 – <i>Melhora das práticas profissionais</i>	158
Figura 40 – <i>Mudança de comportamento na prática profissional</i>	159

Figura 41 – <i>Melhora de serviços e mudanças de processo de trabalho</i>	160
Figura 42 – <i>Melhoria do acolhimento do cuidado à saúde no presídio</i>	161

Lista de Tabelas

Tabela 1 - <i>População do Brasil e do sistema prisional, por região e ano</i>	<i>126</i>
Tabela 2 - <i>Indicadores: curso, teste de sífilis e casos de sífilis no presídio</i>	<i>129</i>

Lista de Quadros

Quadro 1 – <i>Entrevistas no lançamento da trilha formativa</i>	89
Quadro 2 – <i>Seminário completo da trilha formativa</i>	89
Quadro 3 – <i>Perfil dos especialistas que revisaram o questionário</i>	104

Lista de Siglas

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AVASUS	Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CED	Campus de Educação a Distância
CEIS20	Centro de Estudos Interdisciplinares
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFB	Constituição Federal do Brasil
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DVD	Disco Digital Versátil
ESF	Equipe de Saúde da Família
HCB	Vírus B da Hepatite

HCV	Vírus C da Hepatite
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ID	Código único de Identificação
IFRN	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
INFOPEN	Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LAIS	Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde
LEP	Lei de Execução Penal
MNPCT	Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura
MS	Ministério da Saúde do Brasil
NAVI	Núcleo Avançado de Inovação
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PEPSUS	Curso de Especialização em Saúde da Família
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAISP	Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional

PNAMPE	Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
PR	Paraná
PWID	Pessoas que injetam Drogas
RN	Rio Grande do Norte
SEDIS	Secretaria de Educação a Distância
SESAP	Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SIDEPEN	Secretaria Nacional de Políticas Penais
SIMSP	Sociedade Italiana de Medicina e Saúde Penitenciária
SPB	Sistema Prisional do Brasil
SUS	Sistema Único de Saúde
TELELAB	Diagnóstico e Monitoramento - Programa de Educação Permanente do Ministério da Saúde
UF	Unidade Federativa
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UOL	Universo Online
VHS	Video Home System

1. Introdução

A problemática do Sistema Prisional no Brasil, não distante dos aspectos globais, permeia a condição humana de ser livre. A liberdade, do latim *Libertas*, esse grande sentimento de valor de autonomia e independência, é cessada para milhares de brasileiros que passam a não viver. Na Poesia de Sophia de Mello Breyner Andresen, entre as expressões do vivido, surgem as palavras de dores de um tempo sem liberdade, o tempo do não vivido.

Não creias, Lídia, que nenhum estio

Por nós perdido possa regressar

Oferecendo a flor

Que adiamos colher.

Cada dia te é dado uma só vez

E no redondo círculo da noite

Não existe piedade

Para aquele que hesita.

Mais tarde será tarde e já é tarde.

O tempo apaga tudo menos esse

Longo indelével rasto

Que o não-vivido deixa.

Não creias na demora em que te medes.

Jamais se detém Kronos cujo passo

Vai sempre mais à frente

Do que o teu próprio passo (Andresen, 1975).

Mesmo que as palavras na poesia de Sophia Andresen não sejam sobre o sistema prisional brasileiro, elas representam a vida e o cenário de milhares de pessoas privadas de liberdade no Brasil, que têm seus direitos humanos fundamentais, como saúde e educação, negados muito antes de estarem encarceradas. Os problemas que permeiam o sistema prisional brasileiro são de ordem multifatorial, portanto, demandam intervenções de políticas públicas nas mais diversas áreas, nesse caso, gestão, educação, saúde, direitos humanos e ressocialização são apenas algumas delas.

Nesta tese de doutorado, o estudo norteador tem como eixo principal a saúde prisional voltada para o privado de liberdade e para policiais penais e profissionais de saúde que fazem parte do contexto prisional. Para tanto, foi induzida a educação massiva em saúde, estruturada e sistematizada na dimensão da mediação tecnológica. Antes mesmo de tratar do objeto desta tese, é necessário apropriar-se, ainda que de forma introdutória, de algumas questões que envolvem o sistema prisional brasileiro a fim de entender a necessidade de atuar na saúde prisional.

A esse respeito, Resende e Andrade (2011) afirmam que as pesquisas desenvolvidas no Brasil demonstram uma relação recorrentemente positiva e significativa para a desigualdade de renda como determinante do crime. Certamente, quando se fala de pessoas em situação de vulnerabilidade, a renda é uma importante variável da desigualdade social. Todavia, é importante considerar outros aspectos que podem estar relacionados à renda, e que são encontrados em um

país cujas iniquidades são visíveis, tal como o Brasil, são eles: falta de acesso à moradia decente, educação de baixa qualidade e analfabetismo, desigualdade no acesso aos serviços de saúde e falta de emprego formal (Barros, 1995; Dachs, 2002; Beltrão, 2009).

Percebe-se, então, que a desigualdade social no Brasil ainda tem privado milhares de indivíduos do direito à educação, à saúde, ao emprego decente e à segurança. Esses fatores devem ser considerados no desenvolvimento de políticas públicas que possam promover equidade e justiça social, pois são variáveis necessárias para reduzir os índices de encarceramentos no Brasil, pauta global da declaração dos direitos humanos (Organização das Nações Unidas. 1948. Art.7).

Dados sociais e educacionais da população carcerária, no Brasil, evidenciam que a maior parte dos indivíduos privados de liberdade nunca foi incluída socialmente, havendo uma população carcerária formada por pessoas analfabetas ou com baixa escolaridade, assim como baixa renda e precárias condições de saúde (Monteiro, 2013). Nesse sentido, é possível inferir que o Estado não conseguiu garantir a esses indivíduos o amplo e integral acesso à saúde, educação e cidadania, conforme o próprio regramento da Constituição Federal do Brasil determina. Há uma espécie de Estado adormecido no Brasil que silenciosamente descumpra os preceitos constitucionais do estado de direito, e sua negligente e delinquente atuação que pune com a “mão do estado” os mais vulneráveis socialmente, do nascimento até a morte. Trata-se de pessoas que foram privadas de quase tudo, inclusive dos seus direitos como cidadãos.

Segundo o Art. 205. da Constituição Federal do Brasil (CFB):

A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da

pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho (Brasil, 1988).

O Relatório do INFOPEN (2017) ratifica o exposto, ao identificar que:

No que concerne ao grau de escolaridade das pessoas privadas de liberdade no Brasil, é possível afirmar que 51,3% destas possuem o Ensino Fundamental Incompleto, seguido de 14,9% com Ensino Médio Incompleto e 13,1% com Ensino Fundamental Completo. O percentual de presos que possuem Ensino Superior Completo é de 0,5%. Ao analisarmos os dados de escolaridade da população brasileira, obtidos a partir da PNAD Contínua 2017, percebemos que não há uma representação no sistema prisional dos mesmos graus de escolaridade observados na sociedade brasileira. No sistema penitenciário, mais da metade das pessoas custodiadas possuem baixa escolaridade, ao passo que entre a população brasileira percebe-se maior dispersão entre todos os níveis educacionais (Moura, 2019).

Ao fazer um resgate histórico sobre o sistema prisional brasileiro, à luz do regramento jurídico, percebe-se que houve avanços, essencialmente nas garantias e nos direitos humanos. Os dados e análises apresentados no relatório do INFOPEN, atualizado em 2017, deixam patente que o sistema prisional brasileiro é também parte do processo de exclusão social, apesar da notável evolução da Lei de Execução Penal do Brasil. Isso fica explícito quando o relatório narra que não há correlação entre os níveis de escolaridade da sociedade brasileira e da “sociedade carcerária”. A dissonância na correlação é evidenciada não somente pela semântica do texto, que aponta duas sociedades, mas também pelo fato de que a maior parte da população que está presa, mais de 67%, é semi alfabetizada (Monteiro, 2020; Soares, 2016).

Como falar de reinserção social ou ressocialização se esses indivíduos nunca foram inseridos na sociedade ou socializados? Efetivamente, a população prisional brasileira é composta por excluídos em sua grande maioria, por indivíduos esquecidos e negligenciados pelo Estado brasileiro. No Brasil, parece ser recorrente e comum violar os direitos humanos em nome da justiça. Os privados de liberdade, como já dito, são os excluídos sociais, em grande parte: negros, pobres e semialfabetizados (Soares, 2016). Estes mesmos, depois de presos, ainda têm os seus direitos vilipendiados, justamente porque o Estado descumpra as normativas legais, tais como a Constituição Federal e a própria Lei de Execução Penal.

Soares (2016) explica, no artigo “Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira”, publicado na Revista Ciência e Saúde Coletiva, que:

Pode-se afirmar que a população encarcerada brasileira vive abaixo da linha de dignidade mínima, não sendo a ela garantidos, malgrados declarados, seus primordiais direitos; em particular, aquele que poderia lhe conferir uma convivência saudável, no plano de um “mínimo existencial”, pelo vácuo legislativo, pela dificuldade de articulação do executivo com o judiciário e no que concerne à existência e efetivação de políticas públicas baseadas nas necessidades das pessoas privadas de liberdade.

A citação Soares (2016) apoia-se em resultados das inspeções do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), nas quais foi exposto o ambiente prisional. Desse modo, constatou-se que, em sua grande maioria, esses espaços eram extremamente precários e insalubres. O CNJ identificou estruturas arquitetônicas em ruínas; celas superlotadas, com alto grau de umidade e baixa luminosidade; alimentação de má qualidade; sedentarismo e ócio; uso generalizado de drogas e falta de higiene. Tudo isso cria condições propícias à proliferação de epidemias e ao desenvolvimento de doenças. Quanto às questões de saúde, há uma prevalência elevada de

agravos transmissíveis (sífilis, HIV, tuberculose, hepatites e hanseníase), além dos não transmissíveis entre a população privada de liberdade brasileira, por exemplo, diabetes, hipertensão e problemas relacionados à saúde mental.

De acordo com o próprio Ministério da Justiça do Brasil, nos países latino-americanos com sérios problemas econômicos e sociopolíticos, a prisão tornou-se objeto de urgente e indispensável intervenção. Nesses países, há a seletividade do sistema penal, pois, majoritariamente, ela incide sobre as populações menos favorecidas econômica e socialmente. "A esse respeito, basta analisar os dados do Censo Penitenciário Nacional: 95% da clientela do sistema são de presos pobres".

Essa problemática demonstra o desafio que é atuar no campo do sistema prisional do Brasil, pois há uma complexidade que deriva de aspectos multifatoriais, sociais, culturais e econômicos. Especificamente na saúde prisional, trata-se de um desafio hercúleo em virtude das complexidades que envolvem o Brasil, considerando fatores como: o tamanho continental do país (8.516.000 km²) (IBGE, 2023), a quantidade de profissionais de saúde no SUS (aproximadamente 2.677.010 em 2016) (DIEESE, 2018), o número de presídios (1.458), o tamanho da população prisional (830.714), e o número de trabalhadores que atuam no sistema prisional (118719). Conforme dados do SISDEPEN (2023), esses fatores são agravados com o estigma imposto aos encarcerados.

Ultrapassar essas barreiras exige muito planejamento, inovação e ações efetivas para que se possa, minimamente, garantir o direito à saúde do privado de liberdade. O Brasil ainda é um país controverso nessa temática, visto que, apesar de haver uma legislação que garanta o direito à saúde dos privados de liberdade, isso ainda não é uma realidade (Soares e Gomes, 2016).

As ações de saúde nos presídios brasileiros tiveram início por meio das entidades religiosas, muito provavelmente desde a Carta Régia de 1793, quando foi criado o primeiro presídio no Brasil. Esse movimento é semelhante ao que ocorreu nas instituições manicomiais do país. Já na década de 1980, no período em que a Aids surge no Brasil, alguns profissionais de saúde, particularmente os médicos, empáticos ao grave problema que se instalou nos presídios brasileiros, iniciaram ações de promoção à saúde, de prevenção e tratamento desse agravo (Pedroso, 1997; Soares e Gomes, 2016; Livramento e Rosa, 2015).

Como resultado de ações para essa população, em 9 de setembro de 2003, por meio da Portaria Interministerial Nº 1.777, dos Ministérios da Saúde e da Justiça, foi instituído o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) (Carvalho, 2017; Monteiro e Cardoso, 2013). Esse Plano foi responsável por alinhar a legislação penal e o SUS (Foltran, Levyski e Freitas, 2009). Essa ação interministerial teve como objetivo dar visibilidade à população que estava sob custódia do Estado no âmbito da Política Nacional de Saúde (Monteiro, 2013).

No Brasil, encontram-se qualificados ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) 100% dos estados e o Distrito Federal. Isso significa que um número considerável de equipes de saúde pode atuar no sistema penitenciário. Todavia, é importante destacar que os dados disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde do Brasil são imprecisos com relação aos estabelecimentos e profissionais de saúde habilitados a atuar na saúde prisional. Essa imprecisão decorre de vários fatores, como: inconsistência do sistema de informação, erros no lançamento dos dados e omissão com relação à atualização das informações.

Para Soares e Gomes (2016), é

Importante destacar que o dado “100% dos estados qualificados” é um dado político, ou seja, os estados se interessaram politicamente pela estratégia do PNSSP e assinaram acordo junto ao Ministério da Saúde (MS). Já o dado de “cobertura de saúde de 30%” é um dado técnico, pois depende da velocidade de habilitação e implantação dos serviços e equipes de saúde no sistema penitenciário pelos estados nas unidades prisionais.

Com o processo de redesenho do PNSSP, ocorrido de 2011 a 2014, foi publicada uma nova Portaria Interministerial de nº 01, de 2 de janeiro de 2014, que instituiu a Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo objetivo é garantir o acesso efetivo e sistemático da população que se encontra sob custódia do Estado às ações e aos serviços de Saúde, com a mobilização de recursos financeiros mais significativos, bem como a alocação de estratégias de gestão e fortalecimento de capacidades locais.

O objetivo dessa nova política era tornar as unidades prisionais habilitadas pelo SUS como um ponto de cuidado na Rede de Atenção à Saúde. O propósito era ofertar, na atenção básica, o cuidado integral para a população prisional, desde os presos provisórios, em delegacias de polícia e centros de detenção provisória, até os presos condenados, em penitenciárias nas esferas estaduais e federais (Melgaço e Torres, 2020; Vasconcelos et al., 2019).

Mesmo diante dos avanços nas dimensões das políticas públicas, com a publicação de portarias interministeriais, bem como da legislação vigente no Brasil – uma das mais avançadas no mundo –, a realidade do sistema prisional ainda é muito precária, particularmente quando se observa da perspectiva dos direitos humanos, em especial, do acesso aos serviços de saúde, que é

um direito tácito, constitucional e que também tem legislação específica e objetiva na Lei de Execução Penal (LEP) N° 7.201, de 11 de julho de 1984, que foi aprimorada em 2007 e em 2011. No Brasil, o cenário atual do sistema prisional é preocupante e contrário à própria LEP. Além disso, o ócio e a atuação reduzida de profissionais de saúde, de serviços sociais e de educação contribuem para potencializar diferentes iniquidades, que são indutoras de várias enfermidades. Desse quadro, destacam-se as doenças sexualmente transmissíveis, infecciosas, crônicas e mentais. O cenário descrito evidencia a falta de ações de promoção de saúde, de prevenção de doenças e cuidado integral, como determina a atenção básica, ou melhor, a Legislação Brasileira (Gabriel *et al.*, 2019).

É nesse contexto que, na presente tese de doutorado, foi desenvolvida uma pesquisa-ação, tendo como escopo a promoção da saúde no sistema prisional, ao considerar o uso da mediação tecnológica na formação humana em saúde. O propósito foi desenvolver a trilha formativa Sistema Prisional – além dos muros, disponível no Ambiente Virtual de Aprendizagem - AVASUS (<https://avasus.ufrn.br>) para formação dos profissionais que atuam no sistema prisional. Destaca-se que a trilha Sistema prisional é, portanto, objeto de estudo desta tese.

A base para a construção dessa trilha formativa foi a autoaprendizagem (arquitetura autoinstrucional). Nessa direção, foram considerados os três pilares essenciais, quando se pensa em saúde prisional no Brasil, quais sejam: o profissional de saúde, o policial penal e o privado de liberdade. Além disso, foi incluído e adaptado na trilha formativa o módulo introdutório Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade, oriundo do Curso Nacional de Pós-Graduação em Estratégia em Saúde da Família (PEPSUS), que já era ofertado desde 2018.

Durante a construção dessa trilha formativa, diversos questionamentos inerentes à pesquisa-ação foram feitos, muitos deles impostos pela necessidade de produção de conteúdo

para um público-alvo muito heterogêneo (a tríade do sistema prisional¹), especialmente ao considerar o privado de liberdade. Como já descrito nesta introdução, a população prisional brasileira é composta, majoritariamente, por indivíduos com baixa escolaridade ou analfabetos. Diante disso, foi necessário pensar a produção de conteúdos que dialogassem com os mais diversos públicos, o que foi desafiador, no caso específico da população prisional, pois o conteúdo deveria ser essencialmente audiovisual. Destaca-se, ainda, que, apesar da mediação tecnológica ser também uma barreira, nos presídios brasileiros, o processo educacional ocorre, geralmente, de forma supervisionada, ou seja, com professores. Os detalhes do processo de pesquisa-ação bem como da produção da trilha estão disponíveis na metodologia da tese.

Nesse contexto, espera-se que pesquisa-ação permita ir além do desenvolvimento da trilha formativa, que serviu de objeto de estudo para esta tese de doutorado, pois foram desenvolvidos, também, estudos que propiciaram responder às questões de pesquisas, as quais sustentaram as seguintes hipóteses:

- H1: a pesquisa-ação é capaz contribuir para a produção de uma trilha formativa para a educação no contexto da saúde prisional que pode ser aplicada em todo o Brasil.
- H2: a mediação tecnológica, induzida pelo processo de autoaprendizagem, é capaz de qualificar profissionais para intervir na saúde prisional em todo o território nacional de forma a produzir impactos relevantes.

¹ Esta tese de doutorado considera como a tríade do sistema prisional os seguintes atores: o privado de liberdade, o policial penal e os profissionais de saúde, pois são, prioritariamente, o público-alvo desta tese.

1.1 Questões de Pesquisa

- Q1: é possível, a partir do método da pesquisa-ação, produzir uma trilha formativa para a saúde prisional que possa alcançar escalabilidade nacional com engajamento por meio da adesão espontânea (não obrigatória)?
- Q2: a mediação tecnológica, induzida pelo processo de autoaprendizagem, é capaz de produzir impactos epidemiológicos e sociais na dimensão da saúde prisional brasileira?
- Q3: como a educação mediada por tecnologia contribui para o contexto da saúde prisional brasileira?

1.2 Objetivo

Propor, desenvolver, implementar e ofertar a trilha formativa Sistema prisional para a formação humana na saúde prisional, mediada por tecnologia, para qualificação dos profissionais de saúde, dos agentes penitenciários e das pessoas privadas de liberdade. Para além do desenvolvimento e da implementação da trilha proposta, perfaz também o objetivo desta tese de doutorado avaliar a escalabilidade do processo de formação baseado no modelo de autoaprendizagem, os seus impactos epidemiológicos e sociais e como essa formação contribui no âmbito da saúde prisional.

1.3 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos desta tese de doutorado foram divididos de forma a contribuir com a execução do objeto central da pesquisa, portanto, são partes que compõem todas as atividades necessárias ao alcance do objetivo geral. São eles:

- 1) planejar, desenvolver e ofertar uma trilha formativa para a saúde prisional em ambiente digital de modo autoinstrucional;
- 2) definir estratégias de comunicação para divulgação da trilha formativa no Brasil a fim de alcançar escalabilidade nacional e engajamento por meio da adesão espontânea;
- 3) avaliar se a mediação tecnológica, induzida pelo processo de autoaprendizagem foi capaz de produzir impactos epidemiológicos e sociais na dimensão da saúde prisional brasileira; e
- 4) aplicar um questionário para analisar como a educação mediada por tecnologia pode contribuir no contexto da saúde prisional brasileira.

1.4 Organização da Tese

Após o Capítulo de Introdução, a tese de doutorado está dividida em mais 5 (cinco) capítulos. O Referencial Teórico apresenta uma revisão teórica sobre os três temas centrais que perpassam o objeto de estudo desta tese de doutorado. É uma parte importante da tese, sobretudo porque se trata de um estudo interdisciplinar que faz interface com as seguintes temáticas: sistema prisional brasileiro; saúde prisional no Brasil; e educação mediada por tecnologia na saúde.

O Capítulo Materiais e Métodos apresenta a metodologia utilizada para o desenvolvimento desta pesquisa e também os materiais utilizados. Destaca-se que a metodologia foi dividida em três partes, de modo que cada uma delas visa a desenvolver e responder às questões de pesquisa da tese. A primeira parte destina-se a apresentar a metodologia aplicada para o desenvolvimento da trilha educacional Sistema prisional: além dos muros. A segunda parte detalha a metodologia aplicada para avaliar o primeiro curso da trilha educacional a partir do cruzamento de dados secundários. A terceira parte mostra o desenvolvimento de análises a partir de dados primários de um questionário aplicado a estudantes concluintes do primeiro curso da trilha oriundos de todas as regiões do Brasil.

Neste estudo, optou-se por fazer um recorte para fins de avaliação e produção de parte dos resultados. Para tanto, foi utilizado o primeiro módulo da trilha Atenção à saúde da pessoa privada de liberdade, que já era oferecido desde 2018, antes mesmo da composição total da trilha, e se trata de um módulo introdutório. Esse recorte, que se baseou nesse primeiro módulo, foi necessário em função dos seguintes fatores: a) ter um número significativo de participantes; e b) pela natureza complexa na avaliação – avaliação de impacto/e não somente uma simples avaliação de curso. Essa decisão se deu, efetivamente, por uma questão de viabilidade, pois os demais módulos da trilha foram ofertados somente no final do ano de 2021, ou seja, não havia dados suficientes para serem analisados na época. Todas essas questões metodológicas foram detalhadas neste Capítulo.

No Capítulo Resultados, os dados e achados científicos são apresentados de maneira descritiva. Para isso, o capítulo foi dividido em três subseções principais (4.1, 4.2 e 4.3) cujo objetivo é apresentar resultados que respondam, respectivamente, às questões de pesquisa da tese.

No Capítulo Discussões, utilizou-se uma abordagem analítica que se baseou nos resultados e achados científicos desta tese de doutorado. Portanto, foram demonstradas e sustentadas as hipóteses de pesquisa da tese, de forma consubstanciada, a partir das evidências destacadas na seção de resultados.

O Capítulo Considerações Finais é o último da tese. Nele, foi desenvolvida a conclusão das ideias apresentadas, bem como dos resultados e discussões. Além disso, foram apontadas as perspectivas futuras para novas pesquisas, a fim de que possam contribuir com a saúde prisional no Brasil.

2. Referencial Teórico

Neste capítulo, é apresentada uma revisão teórica sobre os três temas centrais que perpassam o objeto de estudo desta tese de doutorado, quais sejam: 1) sistema prisional brasileiro; 2) saúde prisional no Brasil; e 3) educação mediada por tecnologia na saúde. O objeto desta tese de doutorado exige um estudo no mínimo interdisciplinar, pois, como observado, necessita integrar diferentes áreas do conhecimento, tais como: saúde pública, sistema prisional brasileiro, saúde prisional, educação em saúde e tecnologias educacionais. Para tanto, foi necessário estudar e conectar os aspectos teóricos a fim de tecer e consolidar os conhecimentos que envolvem essas diferentes áreas do saber sem perder o foco no objeto de estudo. Nesse contexto, a saúde prisional, o sistema prisional e a educação com mediação tecnológica são temáticas fortemente conectadas com a pesquisa que foi desenhada para esta tese de doutorado. Nesse cenário, o desafio foi encontrar, nas fronteiras desses conhecimentos, o fio condutor para ligar todos os pontos de forma a subsidiar os estudos e as pesquisas que estavam no escopo desta tese.

O desafio foi ainda maior, uma vez que esse processo de construção teórica ocorreu durante o transcurso do desenvolvimento da tese, dada a metodologia escolhida, quase que organicamente, a pesquisa-ação (Tripp, 2005). Essa metodologia impôs um processo de construção teórica dirigida pelas práticas – é o fazer-aprender e o aprender-fazer (Ceccim, 2018). A necessidade de melhorar a prática determinou a busca pelo conhecimento teórico, não empírico. A construção da trilha formativa, objeto da tese, que demandava a busca pelo conhecimento, também determinava o fazer e a prática, que se construiu e se reconstruiu em oficinas com conteudistas, reuniões, imersões no sistema e na saúde prisional, recursos educacionais, conteúdos, cursos e ofertas. Nesse processo, a trilha formativa “Além dos Muros”

e o conhecimento – ambos induzidos durante o processo de construção, que ganhava vida quase que concomitantemente – eram a prática e a teoria que se consolidavam, um alimentava o outro.

Assim, este capítulo apresenta os principais autores utilizados nesse processo interativo de produção do conhecimento, que foram articulados durante a realização da tese de doutorado, sendo esta guiada pelo desenvolvimento da trilha formativa: “Além dos Muros”, e que se consolidou com a sua oferta no Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde (AVASUS). O objetivo deste capítulo é apresentar trabalhos correlatos, pesquisas, definições e conceitos relacionados ao sistema prisional brasileiro, à saúde prisional e à educação em saúde com mediação tecnológica. Tudo isso organizado e estruturado para dialogar com objeto de pesquisa desta tese de doutorado.

2.1 Trabalhos Correlatos: um olhar recente para a área da saúde prisional

Nesta subseção, são apresentadas pesquisas recentes (mais contemporâneas), publicadas desde 2021. Os artigos que tratam dessas pesquisas foram escolhidos por estarem relacionados ao tema desta tese de doutorado.

Para conectar os pontos de convergência, em virtude da interdisciplinaridade, foi definida a saúde prisional como temática norteadora (central) da discussão, à luz do objeto desta tese de doutorado. A abordagem utilizada nesta subseção buscou apresentar e discutir os artigos, e, quando necessário e de forma crítica, apontar os hiatos encontrados nos estudos a fim de situar o que foi feito e as lacunas encontradas. Ao fim desta subseção, foram feitas considerações que destacam o escopo da tese e suas contribuições em relação às pesquisas citadas. Além dessas referências, todas as demais utilizadas nesta tese, particularmente neste Capítulo 2, dialogam

com o objeto desta pesquisa, tendo como objetivo o de apontar trabalhos correlatos no intuito de delinear qual o escopo desta tese e suas efetivas contribuições.

Por exemplo, em Shepherd *et al.* (2021), é possível encontrar uma análise conceitual sobre os dilemas do acesso à saúde relacionados à população prisional. Esses autores identificam que há um debate global que considera que a população prisional deve ter níveis de acesso equivalentes aos da população geral. Os autores aprofundaram a discussão ao incluir o cenário pandêmico ao qual a população prisional, em todo o mundo, foi submetida. A discussão segue dois caminhos: o da tomada de decisão baseada no contexto político ou o da tomada de decisão com base na evidência científica. Na análise conceitual deste artigo, os autores exploram o discurso emergente do coronavírus e explicam seu significado, particular para a tomada de decisões sobre saúde prisional e o conceito de equivalência. Para eles, tanto a pandemia de coronavírus quanto a prática do encarceramento induzem uma sensação de temporalidade variada: o discurso da prisão está repleto nessa área – como o conceito de “tempo difícil”.

No que diz respeito à privação de liberdade, tanto na pandemia como no cumprimento de uma sentença, esse bloqueio tem início e fim. Em ambos os casos, o discurso é que a população prisional está submetida a “tempos difíceis”.

[...] “trancar” os presos – para proteger os vulneráveis contra infecções – é relativamente simples, mas tem repercussões traumáticas no que diz respeito à liberdade e à saúde psicossocial. Afrouxar o bloqueio, por outro lado, é um esforço difícil e corre o risco de colisão entre as temporalidades da prisão – onde o “tempo difícil” é acentuado pela separação do “mundo real” – o político e o científico (Shepherd *et al.*, 2021).

A narrativa em relação à pandemia de covid-19 apontou para dois modos distintos e concorrentes de compreensão temporal: o político – quando a pandemia foi conceituada como

fenômeno que tem “início e fim”; e o científico – que impõe um “novo normal” refletido pela incorporação do “novo” coronavírus no contexto da sociedade. Efetivamente, o político é dissonante do científico, pois suas perspectivas são diferentes, logo, o processo decisório para a formulação de políticas públicas passa a ser algo ainda mais complexo, particularmente no cenário em que há uma crise de saúde pública, como o da pandemia de covid-19.

O impacto desses entendimentos díspares sobre a população carcerária é complexo. Por isso, questiona-se: como discutir o conceito de equivalência em relação a um contexto definitivamente não equivalente? "Como os profissionais e formuladores de políticas podem manter uma postura ética e justa em relação à alocação de recursos quando se trata de uma população politicamente marginalizada e evidentemente vulnerável?" (Shepherd et al., 2021).

Esses autores abordam e discutem o conceito de equivalência, justiça e injustiça no acesso aos serviços de saúde, tema relevante, sobretudo porque coloca luz sobre a perspectiva do sistema prisional em situações em que há crises de saúde pública, como a da pandemia de covid-19. Eles abordam, ainda, aspectos relacionados aos problemas impostos pelas tomadas de decisões que impuseram medidas mais rígidas de isolamento para os privados de liberdade e suas consequências sociais. A partir disso, debatem as questões de equivalência entre os “não equivalentes”, aspecto reforçado em um cenário que exigia medidas mais racionalizadas e efetivas. A discussão dos autores traz uma contribuição importante, pois mostra o quão complexo é tomar decisões quando se trata da saúde prisional, sobretudo em situações de crises sanitárias que expõe, de fato, a não equivalência no acesso à saúde e à assistência social por parte dos privados de liberdade – população considerada vulnerável.

A discussão sobre as iniquidades e as injustiças sociais no sistema carcerário é algo já discutido, por isso, é possível encontrar nos principais repositórios científicos do mundo

publicações que tratam desse tema (Western e Pettit, 2010; Bailey et al., 2017; Li et al., 2023). Nessa perspectiva, os autores não trazem nada de novo. Todavia, ao incluir na discussão os aspectos relacionados à tomada de decisões em cenários de crise sanitária, os autores destacaram que esse processo se deu em meio a duas perspectivas díspares: o da política e o da ciência. Essa foi uma contribuição importante do estudo deles, pois se trata de algo efetivamente observado nas sociedades e que ganhou ampla repercussão na imprensa, particularmente no Brasil. Para além dessa questão, por se tratar de um artigo de conceituação, os autores não fazem recomendações para intervenções de saúde pública. Nesse sentido, faltou neste trabalho, por limitações de seu formato, um conjunto de recomendações para mitigar os efeitos da dicotomia entre a política e a ciência, como observado no artigo, e, conseqüentemente, das iniquidades do sistema carcerário frente ao cenário pandêmico.

Em consonância com Shepherd et al. (2021), Garcia (2022) destaca as questões das iniquidades em relação à atenção e aos cuidados de saúde, particularmente entre as populações mais vulneráveis. Apesar de Garcia (2022) não distinguir, conceitualmente, as disparidades entre a ciência e a política, o autor deixa explícito que não há equivalência no acesso à saúde, fato concreto observado não somente durante a pandemia de covid-19 mas também durante a epidemia de HIV nos Estados Unidos. O autor afirma, de forma bastante contundente, que as populações mais vulneráveis, entre elas, os negros, hispânicos e os encarcerados, são sempre os mais afetados em crises de saúde pública. Para Garcia (2022), a pandemia de covid-19 impactou de forma mais significativa as populações marginalizadas – aquelas que não tiveram o privilégio de poder fazer o isolamento social. Para esse autor, os privados de liberdade estão incluídos nas populações marginalizadas ou mais vulneráveis. Essa mesma afirmação foi também discutida por Li et al. (2023). Para esses autores, apesar de todos os esforços dos governos em mitigar os

efeitos da pandemia de covid-19, as populações mais vulneráveis, entre elas, a população prisional, foram as que mais sofreram.

Segundo Li et al. (2023), a principal vulnerabilidade enfrentada pelas pessoas na prisão está relacionada com a precariedade institucional. Somado a isso, está uma população socialmente isolada, que vive em espaços superlotados, o que pode levar também à vulnerabilidade social. Os problemas de saúde mental e violência também são típicos entre a população prisional. Por essas questões, a densidade espacial nas prisões tem sido associada a surtos de doenças infecciosas e transmissíveis.

Apesar de Li et al. (2023) apresentarem um estudo de revisão que trata dos problemas ou impactos relacionados ao distanciamento social durante a pandemia de covid-19, foi possível identificar pontos de convergência com Shepherd et al. (2021). Em ambos os estudos, apesar de objetos de pesquisa distintos, ficou explícita a questão conceitual de não equivalência, das condições de acesso à saúde na sociedade – as populações vulneráveis foram as mais afetadas. Li et al. (2023) não relataram em seus estudos medidas de intervenção de saúde pública para melhorar as condições da saúde prisional, apesar de considerar que os governos não deveriam negligenciar tais questões, pois os impactos são em cascata e podem atingir toda a população.

Diferentemente de Shepherd et al. (2021) e Li et al. (2023), Garcia (2022) destaca a necessidade de intervenções culturalmente mais responsivas, que possam impactar na saúde pública das populações mais vulneráveis. Este autor discute caminhos para responder aos problemas de acesso à saúde, capazes de atuar sobre as iniquidades que se tornam mais evidenciadas em crises de saúde, como foi na pandemia de covid-19 e na epidemia de HIV. Apesar de Garcia (2022) falar sobre a necessidade de intervenções para as populações consideradas vulneráveis, o autor não aborda essa temática de forma clara e objetiva, isso no

contexto da população carcerária, nem como essas intervenções podem ser desenvolvidas no âmbito da saúde pública – trata-se de uma pesquisa que generaliza o problema do acesso à saúde e ao cuidado integral em situação de crise de saúde pública a todas as populações vulneráveis, entre elas, a população prisional. Esses hiatos em relação à intervenção e à especificidade com a população prisional, observados em Garcia (2022) e Shepherd et al. (2021), não foram observados em Valentim et al. (2022a).

Valentim et al. (2022a) apresentaram em seus estudos uma análise a partir de um conjunto de banco de dados heterogêneos (saúde, educação em saúde e sistema prisional). Esses autores discutem e apresentam as vulnerabilidades do sistema prisional brasileiro e as injustiças sociais. Particularmente no contexto do cenário epidemiológico, foram destacadas as doenças mais prevalentes, entre elas, a sífilis, o HIV e a tuberculose. As análises apresentadas neste trabalho apontam a viabilidade da intervenção de saúde pública no sistema prisional por meio da educação massiva na saúde no sistema prisional, isso em todo o Brasil. O principal achado científico apresentado foi a relação entre as matrículas realizadas no curso e o impacto no diagnóstico de sífilis no sistema prisional. Os autores observaram que o aumento da formação dos profissionais de saúde no curso (quantidade de matrículas realizadas) ocorreu, concomitantemente, ao aumento do diagnóstico dos casos de sífilis nos presídios brasileiros – aspecto que reforça a mudança nos processos de trabalhos na saúde prisional. Para os autores, isso é uma evidência de que a educação massiva pode ser utilizada como política de intervenção na saúde prisional. Todavia, a lacuna deixada pelos autores, no artigo estudado, diz respeito aos dados que foram utilizados, somente secundários. Por conseguinte, não conseguiram apresentar uma avaliação que fosse capaz de aferir as percepções dos profissionais de saúde em relação aos impactos desse processo educacional na saúde prisional. Nesse aspecto, a partir de um processo

de intervenção de políticas públicas de saúde que utilizou como ferramenta a educação massiva, os autores limitaram seus estudos a um curso para atenção à saúde do privado de liberdade. Trata-se de um curso aberto e de livre acesso, cujo público mais interessado nos seus conteúdos foram os profissionais de saúde, como demonstrado nos resultados do trabalho.

Por sua vez, Ryan et al. (2022) apresenta um estudo de revisão especificamente voltado para os policiais penais. Segundo os autores, o papel do Policial Penal é complexo e desafiador. Para que possam cumprir com suas funções de forma eficaz, esses profissionais demandam treinamento e educação com conteúdos relevantes e abrangentes, tanto durante o recrutamento como ao longo de sua carreira profissional. Questões emergentes do sistema prisional e treinamento especializado em saúde e bem-estar devem estar presentes no processo de educação permanente dos policiais.

Mesmo diante dessas necessidades apontadas, a educação permanente dos Policiais Penais, segundo Ryan et al. (2022), parece ter recebido, comparativamente, menos atenção. Para esses autores, isso é surpreendente, pois as demandas do trabalho prisional exigem treinamento e educação.

De fato, um Relatório de Justiça da Câmara dos Comuns do Reino Unido destacou os policiais penais como indivíduos-chave dentro do sistema de justiça criminal que, através do contato diário com os privados de liberdade, conhecimento das circunstâncias pessoais, defesa e formação de relações de trabalho estreitas, têm a oportunidade de exercer influência significativa nos esforços de reabilitação dos prisioneiros (Ryan et al., 2022).

É possível perceber neste estudo a importância que o policial penal exerce no sistema prisional, sobretudo por ser um ator central que interage, cotidianamente, com os

privados de liberdade – esses profissionais são, também, a primeira “porta de acesso” à saúde para os privados de liberdade, são eles, muitas vezes, que percebem o adoecimento dos encarceradas.

Nos resultados, Ryan et al. (2022), apesar de destacarem críticas aos modelos formativos encontrados em sua pesquisa, também denotam diversas estratégias para intervir na educação dos policiais penais, por exemplo, educação presencial, educação *on-line* e híbrida (*on-line* e presencial). O trabalho traz bastantes contribuições para este estudo, uma vez que lista um conjunto de experiências em países como: Estados Unidos, Canadá, Nigéria, Austrália, Suécia, Noruega, Reino Unido e Japão. Devido ao escopo do artigo, o trabalho ficou restrito à educação dos policiais penais. Esses profissionais, apesar de desempenharem um papel importante, não são os únicos atores envolvidos no sistema prisional que necessitam de formação permanente. Ryan et al. (2022) e Valentim et al. (2022a) apresentam trabalhos complementares que apontam a educação como ferramenta de intervenção na política pública do sistema prisional, o primeiro voltado para os policiais penais; e o segundo, no campo da saúde prisional.

Em continuidade às questões relacionadas aos policiais penais, Gao et al. (2022) exploram o estado de *burnout* e seus fatores de influência entre esses profissionais. Síndrome de *burnout* ou Síndrome do Esgotamento Profissional é um distúrbio emocional com sintomas de exaustão extrema, estresse e esgotamento físico resultante de situações de trabalho desgastante que demandam muita competitividade ou responsabilidade. A principal causa da doença é justamente o excesso de trabalho. Essa síndrome é comum em profissionais que atuam diariamente sob pressão e com responsabilidades constantes, como médicos, enfermeiros, professores, policiais e jornalistas (Ministério da Saúde, 2023). O *burnout* é, portanto, um

problema de saúde ocupacional no campo da saúde pública que afeta os policiais penais (Gao et al., 2022).

Para Gao et al. (2022), embora o esgotamento mental tenha sido um assunto polêmico por décadas, nunca houve sobre essa temática foco no grupo específico dos policiais penais. Diante dessa problemática, os autores aplicaram questionário que foi usado para conduzir uma pesquisa com 1.024 policiais penais. Os resultados dessas avaliações indicaram que a exaustão emocional, o distanciamento negativo e a busca pela eficácia foram as dimensões mais significativas do *burnout* entre policiais prisionais. Os resultados das análises apontaram que a carga de trabalho, o contato direto com assuntos relacionados à supervisão e ao senso de suporte organizacional foram estatisticamente os fatores de risco para *burnout* em policiais penais.

Os autores Gao et al. (2022) ainda concluíram, em seu trabalho de pesquisa, que o desgaste entre os policiais penais pode ser reduzido por meio de tratamento preferencial, ou seja, a atenção à saúde dos policiais penais é algo prioritário no contexto da saúde prisional. Eles também destacaram a necessidade de estruturar os mecanismos organizacionais do ambiente prisional e a necessidade de promover o auto aperfeiçoamento entre esses profissionais. Com isso, observa-se a relevância da educação permanente para os policiais penais, sobretudo por ser um ponto de intersecção e convergência entre Gao et al. (2022) e Ryan et al. (2022).

Apesar de Gao et al. (2022) mencionarem a questão do auto aperfeiçoamento dos policiais penais, aspecto positivo, não aprofundam como isso poderia ser feito, nem propõem um modelo que possa ter uma cobertura universal, por exemplo, a fim de atingir de forma massiva um país com as dimensões territoriais do Brasil.

No contexto das infecções sexualmente transmissíveis (IST), há uma vasta literatura científica que trata dessa temática e que considera a população prisional como uma população

vulnerável. A esse respeito, Fiore et al. (2022) apresenta uma pesquisa sobre o vírus da hepatite C (HCV) nas prisões italianas. Os autores, nesse estudo realizado pela Sociedade Italiana de Medicina e Saúde Penitenciária (SIMPe), convidaram um painel de especialistas em gerenciamento de HCV – entre os quais estavam os operadores mais ativos no campo da saúde prisional italiana, envolvidos em reuniões organizadas – para reavaliar a literatura mais recente, discutir suas experiências clínicas e definir novas recomendações práticas para a abordagem da microeliminação do HCV em ambientes prisionais.

Segundo Fiore et al. (2022), a população prisional tem um perfil de risco diferente quando comparado à comunidade externa, afirmação corroborada por Shepherd *et al.* (2021), Li et al. (2023) e Garcia (2022). Para Fiore et al. (2022), comportamentos sexuais de alto risco, uso de drogas injetáveis e tatuagens não estéreis estão amplamente presentes entre os privados de liberdade. Ademais, por ser considerada uma população vulnerável, está mais exposta a doenças dos que a população geral, isso devido às questões relacionadas à situação prisional – que em si é um ambiente de adoecimento, não apenas pelas IST.

É digno de nota que mais de 30% dos encarceramentos na Itália se devem a crimes relacionados a drogas, com alta prevalência de Pessoas que Injetam Drogas (PWID). Além disso, inúmeras comorbidades estão presentes, como ampla difusão de transtornos psiquiátricos (Fiore et al., 2022).

Diante do exposto, os autores aprofundam os estudos sobre o cenário epidemiológico das infecções por HCV nos presídios italianos, e apresentam dados alarmantes. Eles relatam no artigo que os estudos mais recentes, realizados com cerca de 2.500 privados de liberdade, mostram: uma soroprevalência de HCV de cerca de 10% para os que já tiveram a doença; e de

44% para os que estão com a infecção ativa. Entre a população prisional, as pessoas que injetam drogas representaram 66% das infecções ativas (estão doentes).

Fiore et al. (2022) discutem uma temática relevante para a saúde prisional, não apenas na Itália mas também no Brasil. A esse respeito, Sousa et al. (2013) relata a prevalência das infecções sexualmente transmissíveis no sistema prisional do Brasil, entre elas, são citadas a sífilis, o HIV e as hepatites virais, aspecto que corrobora os estudos de Fiore et al. (2022). Para além da temática do vírus da hepatite C nos presídios, Fiore et al. (2022) discutem um protocolo para o diagnóstico rápido, o estadiamento (classificação do nível de fibrose no fígado) e o tratamento da infecção pelo HCV entre pessoas que vivem na prisão. Esse protocolo foi proposto pela Sociedade Italiana de Medicina e Saúde Penitenciária, que desenvolveu a ferramenta com um painel de especialistas. A lacuna desse trabalho foi a ausência de resultados, pois os autores não demonstram a efetividade da aplicação desse protocolo no sistema prisional da Itália. Todavia, isso está justificado, pois se trata de um artigo de opinião, logo, não era de seu escopo apresentar tais resultados.

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são uma das principais preocupações de saúde em todo o mundo (WHO, 2021). Geralmente, a população prisional corre mais riscos de IST devido a fatores que são inerentes ao ambiente prisional, quais sejam: uso de drogas, comportamentos sexuais de alto risco, prisões densamente povoadas e más condições de vida (Oliveira et al., 2022).

Segundo SeyedAlinaghi et al. (2022), o acúmulo de riscos negativos à saúde e as condições de vida precárias nas prisões – como estilo de vida sedentário, dietas inadequadas, hábitos de higiene inadequados e uso de drogas – contribuem para a transmissão de doenças infecciosas entre a população prisional. Além disso, comportamentos de transmissão de alto risco

(como injeção contínua de drogas e compartilhamento de seringas), comportamento sexual inseguro, tatuagem e piercing em um ambiente prisional podem levar à transmissão e à progressão rápida e grave da doença.

SeyedAlinaghi et al. (2022) afirmam que pessoas encarceradas constituem um grupo populacional chave da sociedade que corre alto risco em relação às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e às Infecções Transmitidas pelo Sangue (ITS), especialmente pessoas que injetam drogas (PWID), pois compreendem aproximadamente 3% a 50% dos prisioneiros. As IST virais como HIV/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids), hepatite B (HBV), hepatite C (HCV) e IST bacterianas como *Chlamydia trachomatis* (Chlamydia), *Neisseria gonorrhoeae* (gonorreia) e *Treponema pallidum* (sífilis) compartilham da mesma raiz de transmissão, todavia, têm cargas e custos diferentes. As IST virais têm início assintomático e podem permanecer sem diagnóstico por muitos anos. As infecções bacterianas também podem ser assintomáticas e são curáveis com cursos curtos de antibióticos. O artigo dos autores SeyedAlinaghi et al. (2022) consiste em uma revisão sistemática, com estudos epidemiológicos que demonstram as infecções mais prevalentes entre a população prisional. Esse estudo contribui e corrobora a necessidade de observar as questões inerentes ao ambiente prisional, sobretudo as que estão relacionadas à saúde dos privados de liberdade. Apesar disso, o artigo não apresenta uma discussão que aponte caminhos para intervir no cenário epidemiológico descrito. Os autores ficaram somente no campo da epidemiologia, sem contribuições que pudessem orientar a condução das políticas públicas no sistema prisional. Destaca-se que a descrição epidemiológica é uma contribuição relevante, pois demonstra o atual cenário da saúde do sistema prisional, particularmente no contexto da saúde global. Todavia, é insuficiente para que as autoridades de

saúde possam observar exemplos de intervenções efetivas. Desse modo, o que fazer para mudar o cenário e como intervir não foram temas discutidos no artigo desses autores.

Os artigos apresentados nesta subseção, que aborda trabalhos correlatos, trouxeram questões emergentes e mais contemporâneas que permeiam a temática do sistema prisional. Particularmente, todos os trabalhos destacados nesta subseção discutiram em alguma medida a questão da saúde prisional. Alguns artigos aprofundaram-se na dimensão das iniquidades e injustiças sociais e como essas questões estão relacionadas à população prisional, e em investigar quais os impactos dos fatores sociais, econômicos e culturais na saúde prisional. Outros artigos observaram a dimensão epidemiológica, ou seja, quais são as doenças mais prevalentes do sistema prisional. Nesses trabalhos, observou-se que as doenças mais prevalentes na população prisional do Brasil são as mesmas de outros países. Por conseguinte, a saúde prisional é uma questão que pode ser observada como um problema de saúde global. Alguns trabalhos apresentaram uma preocupação particular com determinados profissionais que fazem parte do sistema prisional, por exemplo, os policiais penais e os profissionais de saúde. Outros trabalhos destacaram intervenções de políticas públicas que foram induzidas por meio da educação permanente no sistema prisional. Nesse sentido, foi apresentado um artigo que discutiu os resultados dessas intervenções ao demonstrar uma relação positiva entre o processo de formação massiva na saúde prisional e o diagnóstico de sífilis.

Todos os temas apresentados são, portanto, pertinentes ao objeto de estudo desta tese, pois estão diretamente correlacionados com as questões de pesquisa e as hipóteses sustentadas. Apesar disso, todos os trabalhos deixaram lacunas que foram, oportunamente, destacadas nesta subseção. Essencialmente, há duas mais relacionadas ao objeto de pesquisa desta tese:

- 1) a intervenção de saúde pública por meio do processo massivo de educação permanente em saúde, que atue na qualificação da tríade do sistema prisional (profissionais de saúde, policiais penais e privado de liberdade) e não somente em um ou em parte desses atores; e
- 2) avaliação de impactos na saúde prisional, a partir da perspectiva dos profissionais de saúde, e não somente a partir de dados secundários.

Diante disso, observa-se que esta tese de doutorado contribui, principalmente, em dois aspectos dessa temática: o da intervenção de saúde pública, pois pesquisa, desenvolve e oferta, massivamente em todo o Brasil, uma trilha formativa, cujo público-alvo prioritário é a tríade do sistema prisional; e o da avaliação dos impactos desse processo de formação no sistema prisional brasileiro, a partir da perspectiva dos profissionais de saúde.

2.2 Sistema Prisional Brasileiro

O Sistema Prisional do Brasil (SPB) passou por várias reformulações. Atualmente, ele é orientado pela Lei de Execução Penal N° 7.210/1984, que garante ao preso e ao internado a devida assistência e outras garantias legais (Nascimento e Barros, 2020). Apesar de ser uma lei de 1984 (aproximadamente 40 anos de sua publicação), ela é considerada por muitos especialistas em sistema prisional uma das mais modernas e garantistas do mundo (Machado, 2008).

Segundo Machado e Guimarães (2014), no Brasil:

Ao contrário do que estabelece a lei, os presídios atualmente proporcionam um ambiente degradante e desumano ao preso, tendo em vista, a superlotação, a ausência de assistência

médica, a precariedade na alimentação e a falta de higiene que desencadeiam diversas doenças.

O declínio do sistema prisional brasileiro atinge não somente os apenados, mas também as pessoas que estão em contato com essa realidade carcerária de forma direta ou indireta.

Para os autores, o tratamento não adequado dos privados de liberdade viola os princípios constitucionais brasileiros, particularmente o princípio da dignidade humana, que enfatiza que todos devem ser tratados de maneira igualitária e de forma digna, conforme dispõe a lei no seu artigo 1º, inciso III, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Esse tema é discutido em Nascimento e Barros (2020) e Assis (2008). Por sua vez, Veronese (2009 apud Machado; Guimarães, 2014) explicam que, quando o próprio Estado viola o direito constitucional que garante a dignidade humana dos apenados, ele afeta de maneira frontal a viabilidade de ressocialização desses indivíduos. Paradoxalmente, o Estado violador dos direitos humanos passou também a ser um delinquente ou a delinquir, constituindo-se em um “Estado Marginal”.

Existe no Brasil uma ampla e consubstanciada discussão sobre criminalidade e segurança pública no Brasil (Lima et al., 2000; Ramos e Paiva, 2008; Carvalho e Silva, 2011). Essa temática no país ainda é cercada de polêmicas, principalmente quando se trata do debate público. Segundo Monteiro e Cardoso (2013), a polêmica que envolve essa temática já foi pauta do cinema brasileiro, a exemplo de *Tropa de elite 2*².

²"*Tropa de Elite 2: O Inimigo Agora É Outro*" é um filme policial brasileiro de 2010, dirigido por José Padilha, que também escreveu seu roteiro, com Bráulio Mantovani, e estrelado por Wagner Moura. Lançado no Brasil em 8 de outubro de 2010, o filme recebeu considerável atenção da mídia, críticas majoritariamente favoráveis e, em 7 de dezembro do mesmo ano, tornou-se o filme mais visto da história do cinema brasileiro, com 11 milhões de espectadores. Em 2011 foi indicado a 16 categorias do Grande Prêmio do Cinema Brasileiro vencendo em 9, incluindo a de melhor longa, melhor direção e a de melhor ator por Wagner Moura. Em 20 de setembro de 2011, foi escolhido para ser o candidato brasileiro a uma indicação para o Óscar de melhor filme estrangeiro. Fonte: Wikipedia (2023).

Em algumas das publicações acadêmicas pesquisadas que versam sobre segurança pública, alguns autores destacam o descompasso entre os avanços ocorridos na esfera política e “os aparatos policial e prisional” que foram resistindo à assimilação de novos padrões da vida democrática – o paradoxo do sistema prisional brasileiro (Monteiro e Cardoso, 2013). Esse fenômeno é explicitado na manutenção de práticas arbitrárias e violentas, muitas delas cultivadas durante o período militar (Adorno, 2006; Salla e Ballesteros, 2008). Esse procedimento corrobora o que aponta o estudo Vasconcelos et al. (2019), pois, para esses autores, no atual contexto do Brasil, o caráter punitivo e de marginalização contribui para as reincidências da criminalidade, a exclusão social e as piores condições de vida e saúde. Tais fatores demonstram as ambiguidades do Sistema Prisional Brasileiro, pois, no seu regimento normativo, existe o importante papel de reinserção social.

Apesar dessa perspectiva contraditória, a Lei de Execução Penal do Brasil (LEP), Lei Nº 7.210, de 11 de julho de 1984, no seu Capítulo II, trata especificamente da assistência aos privados de liberdade. O artigo 10 da Seção I desse mesmo capítulo traz a seguinte disposição geral: “A assistência ao preso e ao internado é dever do Estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade”. No Parágrafo único deste mesmo artigo, a Lei destaca que a assistência estende-se ao egresso. No artigo 11 dessa Lei, estão previstos os tipos de assistência: I) material; II) à saúde; III) jurídica; IV) educacional; V) social; e VI) religiosa.

O objeto desta tese de doutorado atua diretamente em dois tipos de assistência: saúde e educação. Com base em Dias-Trindade e Moreira (2020), é possível afirmar também o caráter de modelo comunicativo, educacional e pedagógico, pois atende as necessidades impostas pelas desigualdades e vulnerabilidades daqueles que se encontram no cárcere. Além disso, constitui-se em uma nova ferramenta para qualificar a saúde no sistema prisional do Brasil, segundo Barros

et al. (2011), na perspectiva da mediação tecnológica, que ocorre no contexto, no formato e na concepção da educação *on-line* e aberta para uma formação massiva.

Nas dimensões da saúde e da educação, isso ocorre por meio do desenvolvimento de ofertas educacionais que contemplam a formação de profissionais de saúde, dos policiais penais e dos privados de liberdade. Na dimensão da educação em favor dos privados de liberdade, isso ocorre porque as ofertas educacionais foram planejadas também para eles. O planejamento (concepção) e o desenvolvimento da trilha formativa Sistema prisional: além do Muros, objeto desta tese, foi guiado pela tríade do sistema prisional brasileiro, portanto, envolveu, no planejamento de suas etapas, os profissionais de saúde, os policiais penais e os privados de liberdade. É por isso que os cursos previstos e ofertados na trilha estão para além dos muros, pois, apesar de terem como objetivo primário a saúde prisional, foram pensados como instrumentos que podem contribuir com a ressocialização dos apenados. Portanto, a trilha formativa é também uma possibilidade de ressignificação para os privados de liberdade e para o sistema prisional, pois contribui, por meio da formação, para a promoção de um fator que é intrínseco à dignidade humana: a saúde.

Nesse contexto, vale retomar Machado e Guimarães (2014) para afirmar que qualificar pessoas (a tríade do sistema prisional) implica atuar como ferramenta de indução de políticas públicas para o Estado. Na prática, significa contribuir para a garantia da dignidade humana no sistema prisional brasileiro. Desse modo, a trilha possibilita que o sistema prisional brasileiro possa ser mais resiliente quanto à ressocialização dos indivíduos encarcerados. Destaca-se, nesse sentido, que estudar a ressocialização não é objeto desta tese, porém, é importante destacar que atuar na formação humana para qualificar a saúde prisional, na perspectiva proposta, também pode contribuir nesse sentido.

A esse respeito, Oliveira et al. (2020) fazem uma ampla discussão na qual se encadeiam narrativas de mulheres encarceradas. O texto é capaz de sensibilizar os leitores, sobretudo quando os autores destacam, em várias falas, como a falta de acesso à saúde qualificada prejudica a ressocialização das mulheres apenadas – a invisibilidade das mulheres encarceradas é algo bastante presente no texto. Nesse sentido, o estudo apresentado pelos autores discute a percepção das mulheres sobre o acesso aos serviços de saúde como ferramenta do processo de ressocialização.

Qualificar a saúde prisional é o tema norteador e o objeto desta tese, porém, é possível observar que um dos efeitos transversais é a ressocialização, ao contribuir com um ambiente prisional saudável, contribui-se também para ressignificar a perspectiva da dignidade daqueles que estão com seus corpos aprisionados (Oliveira et al., 2020; Machado e Guimarães, 2014).

Nessa perspectiva, é preciso destacar que a saúde prisional envolve também outros atores que estão imersos e que atuam diretamente com os privados de liberdade, por isso, os policiais penais e os profissionais de saúde não podem ser negligenciados. Trata-se de atores que precisam compreender e estar sensibilizados às demandas de saúde do sistema prisional, pois são a ponte entre o cuidado e o acesso aos serviços de saúde – isso tem muito significado, sobretudo quando as ações do Estado estão em desconformidade com o que está previsto na Lei de Execução Penal (Oliveira et al., 2020; Machado e Guimarães, 2014).

2.3 Saúde Prisional no Brasil

Os dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) do Brasil, de junho de 2014, demonstraram que, entre 2004 e 2014, ou seja, em apenas 10 anos, houve um crescimento de

111% da população prisional. No ano de 2014, por exemplo, a população prisional já era de 710.000 pessoas. Isso inclui aqueles que estão em prisão domiciliar (Lermen et al., 2015).

De acordo com o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), no Brasil, até a metade do ano de 2022, havia 919.951 pessoas em situação de cárcere, dessas, 867 mil eram homens e 49 mil eram mulheres. Com isso, o índice era de 434 presos para cada 100 mil habitantes (SISDEPEN, 2023).

Trata-se, portanto, de uma população prisional que se aproxima de 1 milhão de pessoas privadas de liberdade no Brasil. Os estudos na área da saúde prisional consideram ser essa uma população vulnerável, pois estão mais suscetíveis ao adoecimento, seja por doenças infectocontagiosas, seja por doenças não transmissíveis, por exemplo, as relacionadas à saúde mental (Schmidt, 2021; Cordeiro et al., 2018; Gabe e Lara, 2008; Souza et al., 2023). No campo das doenças transmissíveis, as mais preocupantes são as infecções sexualmente transmissíveis (HIV, sífilis e hepatites) e a tuberculose, por serem as mais prevalentes no sistema prisional (Cordeiro et al., 2018; Machado et al., 2016; Albuquerque et al., 2014; Valença et al., 2016; Valentim et al., 2023; Miranda et al., 2004).

Segundo a pesquisa intitulada “Análise epidemiológica da situação de saúde na população privada de liberdade no Brasil: dados de bases de informação”, realizada pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), financiada pelo Ministério da Saúde, a ordem de casos notificados em unidades prisionais segundo agravo e ano de notificação no Brasil, entre 2007 e 2014, apontam em primeiro lugar a tuberculose, seguida da dengue, HIV/Aids, hepatites virais, sífilis adquirida, atendimento antirrábico humano, hanseníase, síndrome do corrimento uretral masculino, doença de chagas aguda, violências, leptospirose, entre outra (Soares e Gomes, 2016).

Diante desse cenário epidemiológico, conhecer as doenças mais prevalentes no sistema prisional foi fundamental, uma vez que serviu alicerce durante as etapas de planejamento e desenvolvimento do objeto desta tese. Isso porque, ao compreender que a população prisional é considerada vulnerável e identificar quais os agravos mais comuns nesse ambiente, foi possível fazer as perguntas corretas para os atores (profissionais de saúde, policial penal, educadores e gestores) envolvidos no processo da pesquisa-ação.

Durante esse processo, foram identificadas as necessidades desses agentes em relação aos conteúdos e aos conhecimentos a serem produzidos e ofertados. Entre eles, foi pensada a saúde do homem e da mulher em situação de privação de liberdade. No contexto das mulheres, foi necessário pensar, também, no binômio mãe/filho na situação da maternidade vivenciada em privação de liberdade, aspecto observado por Santos e Bispo (2018) e Miranda et al. (2016).

Segundo Santos e Bispo (2018), o número de mulheres privadas de liberdade no Brasil passou de 5.601 para 37.380 entre os anos de 2000 e 2014. Isso representa um crescimento dessa população de 567% em 15 anos. Assim, a população carcerária feminina do país tornou-se a quinta maior do mundo, o que traz à tona a situação do binômio mãe/filho no cárcere.

Com base em Leal et al. (2016), no Brasil, no ano de 2012, 2% das mulheres privadas de liberdade estavam grávidas e, no período de um ano, 272 mulheres presas tiveram seu parto no sistema público de saúde do país. Nesse período, no Brasil, aproximadamente 400 crianças viviam com suas mães em situação de prisão.

Todos os autores discutidos neste estudo chamaram a atenção para questões evidentes que necessitam de políticas públicas de saúde a fim de que estas possam elaborar e desenvolver ferramentas de intervenção para atuar no problema, com o objetivo de garantir os princípios previstos na Lei de Execução Penal do Brasil, bem como nos demais documentos

constitucionais. Todavia, há uma questão que não foi abordada por qualquer dos autores, pois, muitas vezes, o principal debate na saúde prisional está no campo da população prisional, sendo esquecidos os policiais penais – atores importantes nesse processo. Muitas vezes, eles são a primeira interface que dispara o cuidado e a proteção à saúde no sistema prisional para os apenados, e também precisam de cuidado e atenção.

Nesse contexto, a pesquisa de Melissa e Meira (2022) coloca luz sobre a lacuna existente no que tange aos estudos que tratam de temas relacionados aos policiais penais. Ademais, elas buscam identificar os aspectos relacionados ao adoecimento dos policiais penais em virtude de suas atividades laborais. Para essas autoras, é consenso a necessidade de atenção e cuidado com essa categoria profissional.

Segundo Melissa e Meira (2022), o sistema prisional brasileiro atravessa uma crise histórica, com baixa eficiência em cumprir o seu papel social, que é o de reintegrar à sociedade o indivíduo privado de liberdade. A expectativa nacional de reincidência ultrapassa os 70%. Para além dessa questão, é importante registrar a violência que permeia as instituições prisionais. No Brasil, essa é uma pauta de conhecimento público e também um problema social grave (Monteiro e Cardoso, 2013). Permeados por esse ambiente de violência e insalubridade, encontram-se os policiais penais, sujeitos que fazem a interface entre a gestão das instituições prisionais e os privados de liberdade. É o policial penal que rege o cumprimento dos direitos e deveres institucionais e dos detentos. O cotidiano desses profissionais envolve situações interacionais executadas em um ambiente estressante e, por vezes, degradante.

Nesse sentido, as questões relacionadas à saúde prisional passaram a incorporar as pesquisas e as ações que determinaram o percurso desenhado para alcançar o objetivo da tese. Não foi somente uma revisão teórica pura, mas um estudo amparado pelas necessidades reais da

saúde no sistema prisional, articulado pelo movimento vivo e orgânico da pesquisa-ação. De forma concomitante ao aprender e fazer e ao fazer e aprender, este estudo possibilitou planejar, desenvolver e ofertar uma trilha formativa como ferramenta de indução para intervir na saúde prisional. Todo esse processo foi guiado pela tríade do sistema prisional: o profissional de saúde, o policial penal e o privado de liberdade. Esta pesquisa articulou a prática com a pesquisa de forma dinâmica e interativa, como será descrito no Capítulo da metodologia.

2.4 Educação Mediada por Tecnologia na Saúde no Brasil: a trajetória até o AVASUS

Para iniciar esta subseção, buscamos refletir sobre um trecho da música *Parabolicamará*, lançada em 1992, por Gilberto Gil, um ícone da música popular brasileira.

Antes mundo era pequeno

Porque terra era grande

Hoje mundo é muito grande

Porque terra é pequena

Do tamanho da antena parabolicamará

Volta do mundo, camará

Mundo dá volta, camará

Antes longe era distante

Perto, só quando dava

Quando muito, ali defronte

E o horizonte acabava

Hoje lá trás dos montes, den de casa, camará

Volta do mundo, camará

Mundo dá volta, camará

De jangada leva uma eternidade

De saveiro leva uma encarnação

De jangada leva uma eternidade

De saveiro leva uma encarnação

Pela onda luminosa

Leva o tempo de um raio

Tempo que levava Rosa

Pra aprumar o balaio

Quando sentia que o balaio ia escorregar [...]

(Gilberto Gil, 1992)

Essa canção pode ser considerada quase que uma profecia sobre o futuro das tecnologias da informação e comunicação. Gilberto Gil, ao dizer que “Antes o mundo era pequeno, Porque a terra era grande”, está fazendo menção ao conhecimento e à possibilidade de compartilhá-lo em grande escala e na velocidade da luz. O mundo era pequeno porque o conhecimento tinha dificuldade para chegar em todas as partes, dada a dimensão do globo terrestre. Assim, como

fazer esse conhecimento chegar em tantos lugares e para tantas pessoas em uma velocidade capaz de informar oportunamente? Depois, Gilberto Gil, brilhantemente, diz que “Hoje o mundo é muito grande, Porque terra é pequena, do tamanho da antena parabólicamará”. Nessa estrofe, ele menciona a antena e o que ela representa na disseminação dos dados, das informações e dos conhecimentos. Ele, de maneira figurativa, faz uma analogia com o tempo que a luz leva para dar uma volta no mundo (tempo de propagação da luz), que é o mesmo tempo de um raio, e o mesmo “Tempo que levava Rosa Pra apumar o balaio Quando sentia que o balaio ia escorregar”. Gilberto Gil, em 1992, certamente, não conseguiu prever todos os fenômenos que a internet iria propiciar. Todavia, ele conseguiu compreender como esse meio iria tornar a “Terra pequena” em virtude de um grande mundo de possibilidades – levar conhecimentos para todos os lugares e para todas pessoas de forma oportuna e democrática, sem os limites do espaço-tempo.

Gilberto Gil, certamente, não estava prevendo o desenvolvimento desta tese de doutorado, apesar de ela estar totalmente nesse contexto, mas ele conseguiu descrever, poeticamente, a importância da internet no processo de democratização do acesso à informação em todo o mundo. Em uma escala menor que a do globo terrestre, mas de forma também desafiadora, esta tese de doutorado trata da democratização do conhecimento no campo da saúde prisional, em um país de dimensão continental como é o Brasil.

A educação mediada por tecnologia na saúde é resultante desse processo de globalização do conhecimento que permeia não somente a saúde mas também diversas outras áreas. No caso específico da saúde, a mediação tecnológica atua em duas pontas: para criar e estabelecer novas formas de aprendizagem, e para atuar como ferramenta para escalonar massivamente o processo de formação (Caitano, 2022; Ceccim, 2018; Ceccim, 2005; Valentim et al., 2021b). Para delinear mais o escopo desta seção, o termo mediação tecnológica a ser discutido foi direcionado no

sentido de escala, ou seja, como um meio para promover a educação massiva, pois ela envolve diretamente o objeto de estudo da tese.

Nesse contexto, usar a tecnologia para mediar processos dialógicos de aprendizagem na saúde pode representar avanços importantes, porque possibilita que a educação em saúde possa atuar de forma permanente em diferentes regiões e estabelecimentos de saúde (Rangel, 2019). Segundo Barros et al. (2011), a mediação tecnológica pode ser encarada como um reforço aos métodos tradicionais de ensino ou uma forma de renovação das oportunidades de aprendizagem. Ao mesmo tempo, permite que diversos profissionais de saúde possam se aperfeiçoar ao longo da vida (Valentim et al., 2022). Logo, é correto afirmar que a mediação tecnológica no campo da formação humana em saúde estabelece um meio, para além do tradicional, que democratiza a educação permanente de profissionais, estudantes e da população em geral, essencialmente quando atua de forma massiva (Valentim et al., 2022a). Isso, no Brasil, faz muito sentido, pois se trata de um país de tamanho continental (8.516.000 km²), com uma população de mais de 220 milhões de habitantes, e aproximadamente mais de 3 milhões de trabalhadores na saúde.

No campo da formação massiva em saúde, tema que perfaz o objeto desta tese, e especificamente esta subseção, a mediação tecnológica pode ser utilizada como ferramenta para indução de políticas públicas de saúde, sobretudo quando há crises sanitárias, como foi visto recentemente na pandemia de covid-19 (Valentim *et al.*, 2021d; Dias-Trindade, Correia e Henriques, 2020). Nesse campo, Henriques, Correia e Dias-Trindade (2021) destacam a necessidade de revisitar os debates sobre as interações entre tecnologia e educação, e o valor agregado dos recursos digitais para aprimorar o processo educacional.

Além desse contexto, a mediação tecnológica, quando da formação massiva em saúde, é perfeitamente aplicada em cenários onde há a necessidade de formação situada, ou seja, para

dado contexto ou demanda específica da saúde pública, por exemplo, a saúde prisional (Valentim et al., 2022a; Ceccim, 2016; Ceccim 2018). Para tanto, é preciso medir e avaliar os impactos da formação massiva nos serviços de saúde a fim de compreender a dinâmica e as mudanças nos processos de trabalho no território (Caitano et al., 2022; Valentim et al., 2022; Allen et al., 2019; Allen et al., 2022). Dessa forma, a educação massiva, por meio da mediação tecnológica, pode ser considerada de fato uma ferramenta de indução de políticas públicas de saúde. Isso porque passa a subsidiar os tomadores de decisões e os formuladores de políticas, com dados e informações. Esse fator pode servir de base para delinear as intervenções necessárias no sistema de saúde. Nesse caso, a educação massiva em saúde, por meio da mediação tecnológica, atua como indutora de resiliência no sistema de saúde ao possibilitar respostas aos problemas demandados pelo próprio sistema (Caitano et al., 2022; Valentim et al., 2022a).

Para avaliar a eficácia da educação em saúde, deve-se entender que a diáde educação-saúde forma um campo epistêmico de significativa relevância para a formulação de políticas públicas de saúde (Ceccim e Feuerwerker, 2004; Merhy, 2006; Rangel, 2009; Allen et al., 2019; Allen et al., 2022). Assim, estudar essas dimensões, no contexto da força de trabalho do Sistema Único de Saúde (SUS), com seus efeitos nos serviços de saúde e na saúde pública, representa uma etapa indispensável para avaliar a resiliência dos processos de trabalho (prática), e, portanto, do próprio sistema de saúde (Blasi et al., 2022; Massuda et al., 2018; Nuzzo et al., 2019; Caitano et al., 2022; Valentim et al., 2022; Valentim et al., 2021d; Valentim et al., 2022a; Allen et al., 2019; Allen et al., 2022). No Brasil, a mediação tecnológica aplicada na educação em saúde tem em sua história três marcos importantes, a saber: o primeiro foi o Telelab; o segundo foi o Sistema de Universidades Abertas do SUS (UNASUS); e o terceiro foi o Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde do Brasil (AVASUS).

A epidemia de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) impactou de forma dura o sistema de saúde do Brasil em 1997. Diante desse cenário, veio a necessidade de qualificar os profissionais envolvidos no diagnóstico da infecção. Nessa época, a Dra. Miriam Franchini, que coordenava a Unidade de Laboratório do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids do Ministério da Saúde do Brasil, apresentou à então Diretora do programa, Dra. Lair Guerra de Macedo Rodrigues, a ideia do Telelab. Esse projeto foi desenvolvido por um grupo multidisciplinar – composto pelas pedagogas Maristela Marteleto e Maria Lucia Ribnick e pelos cientistas Luiz Fernando Góes Siqueira, Luiz Alberto Peregrino Ferreira, Maria Luiza Bazzo e Oscar Jorge Berro – reunido para criar um sistema de ensino a distância que permitisse a qualificação em escala dos profissionais envolvidos no diagnóstico das doenças sexualmente transmissíveis, e isso incluiu a Aids (TELELAB, 2023).

Nesse período, o Ministério da Saúde do Brasil entendia que era necessário padronizar as condutas e melhorar a qualidade do diagnóstico laboratorial em todo o país. No primeiro momento, o Telelab criou e produziu oito cursos: Técnicas para coleta de secreções; Técnicas para coleta de sangue; Técnica de coloração de Gram; Cultura, isolamento e identificação de *Neisseria gonorrhoeae*; Diagnóstico laboratorial de *Chlamydia trachomatis*; Diagnóstico sorológico da sífilis; e dois cursos sobre diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV: testes de triagem e testes confirmatórios (TELELAB, 2023; Brites e Rocha, 2017; Biagiotti, 2016; Alonso Neto et al., 2019).

Esses primeiros cursos foram ofertados ao público no dia 7 de abril de 1997 e contaram com a colaboração de inúmeros especialistas de diferentes instituições, os quais foram devidamente creditados nos materiais disponíveis. Nessa ocasião, o TELELAB conquistou o Prêmio Hélio Beltrão de inovação, em virtude da sua criatividade, do alcance e da tecnologia

utilizada; também foi contemplado com o Prêmio About de comunicação. Todos os cursos produzidos pelo Telelab eram oferecidos em vídeos em VHS e, posteriormente, em DVD, bem como por manuais que eram enviados gratuitamente pelos Correios para todo o território nacional (TELELAB, 2023).

O TELELAB inicia, assim, o processo de formação massiva de profissionais de saúde por meio dos recursos disponíveis na época. Apesar de a internet já existir no Brasil em 1997, ainda era algo em estágio inicial, logo, grande parte dos trabalhadores da saúde e dos estabelecimentos de saúde não tinha acesso a esse recurso – era algo ainda em fase inicial no país, caro e pouco acessível. Um aspecto que chama a atenção para o TELELAB é que a indução que buscava formar com mediação tecnológica, ocorrida no Brasil, em 1997, foi impulsionada pela necessidade de formação massiva dos profissionais de saúde, isso em virtude de uma das maiores crises de saúde pública do mundo, a do HIV/Aids. Atualmente, o TELELAB migrou para uma plataforma *on-line* disponível no Ministério da Saúde do Brasil³. Ao mudar para um ambiente *on-line*, o TELELAB conseguiu ampliar suas ofertas educacionais, disponibilizando para mais de 380 mil estudantes 18 cursos e 30 aulas. Mesmo em desuso, o TELELAB ainda certifica estudantes em todo o Brasil. Assim, compõem o ecossistema tecnológico para ofertas educacionais do Ministério da Saúde. Após 13 anos de criação do TELELAB, o Ministério da Saúde do Brasil resolveu criar o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS).

A UNA-SUS foi criado em 2010 para atender as necessidades de capacitação e educação permanente dos profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente devido às demandas impostas pelo maior programa de provimentos de médicos do Brasil, o Programa Mais Médicos (UNA-SUS, 2023; Granville, 2017). Coordenado pelo Ministério da

³ Disponível em: <https://telelab.aids.gov.br/>.

Saúde, por meio da atuação conjunta da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), o Sistema UNA-SUS conta com uma rede colaborativa formada atualmente por 35 instituições de ensino superior, entre elas, a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), por meio do Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (Lais), que oferece cursos a distância gratuitamente (UNA-SUS, 2023; Granville, 2017).

Segundo a UNA-SUS (2023), a sua rede é composta por 35 universidades públicas em todo o Brasil, e possui cerca de 5,5 milhões de matrículas e um total de mais de 370 cursos ofertados em todo o território nacional. Hoje, as ofertas educacionais cobrem todos os municípios brasileiros, porém, aproximadamente 50% dos profissionais capacitados estão na Atenção Primária (UNA-SUS, 2023).

A UNA-SUS foi instituída pelo Decreto Nº 7.385, de 8 de dezembro de 2010, e regulamentada pela Portaria Interministerial Nº 10, de 11 de julho de 2013 (UNA-SUS, 2023). É importante ressaltar que a UNA-SUS tem como principal oferta cursos de pós-graduação *lato sensu* (especializações) na modalidade a distância, particularmente na área de Estratégia em Saúde da Família, exatamente para atender as demandas do Programa Mais Médicos (Granville, 2017; UNA-SUS, 2023, Medeiros et al., 2018).

Efetivamente, as ofertas educacionais não ocorrem na UNA-SUS, pois essa universidade não pode certificar os estudantes, uma vez que não é reconhecida pelo Ministério da Educação do Brasil como uma instituição de ensino superior credenciada para esse fim (Granville, 2017; Medeiros et al., 2018). Como se trata de uma Rede de Educação em Saúde composta por universidades públicas, são essas instituições que elaboram, desenvolvem e fazem todo o processo de oferta dos cursos sempre na modalidade a distância (Cunha et al., 2020). Essas

Instituições de Ensino Superior (IES) são financiadas diretamente pelo Ministério da Saúde do Brasil sempre que há necessidade de produção de novos cursos e/ou ofertas educacionais (Granville, 2017; Cunha *et al.*, 2020; Salvador *et al.*, 2021).

Ao fazer uma análise da UNA-SUS e de sua importância para o sistema de saúde, é fato que foi uma importante iniciativa do Ministério da Saúde do Brasil. No entanto, a UNA-SUS apresentou muitas limitações, sendo a principal articular sua rede de universidades, uma vez que grande parte não conseguiu produzir cursos ou desenvolver ofertas educacionais, o que implicou pouca participação na rede. Esse foi um aspecto negativo, pois fragilizou o objetivo da rede. Ademais, apesar de haver repositórios públicos da UNA-SUS, não há registros de reutilização e do compartilhamento efetivo desses recursos pelas Universidades que compunham a Rede.

Para além dessa questão, devido a sua nomenclatura, a UNA-SUS não conseguiu desenvolver e implantar uma plataforma centralizada (única) para as ofertas educacionais no SUS. Esse aspecto dificultava a gestão e a governança do processo de formação por parte do Ministério da Saúde do Brasil – principal ordenador e financiador da educação permanente no SUS. Essa problemática é justificada, pois cada uma das universidades consorciadas à UNA-SUS era detentora de uma plataforma educacional própria, aspecto que também impactou a usabilidade e a experiência dos estudantes, pois tinham de aprender uma nova plataforma a cada curso ofertado, caso ocorresse em uma universidade diferente. A descentralização das plataformas educacionais criou muitas dificuldades para a governança do processo formativo no Ministério da Saúde. Isso porque não havia interoperabilidade entre esses ambientes, fator que dificultava a produção de dados e informações oportunas para os gestores e tomadores de decisão. No âmbito da gestão da educação permanente em saúde no Brasil, isso se caracterizava

como uma espécie de “voo cego”, pois dados e informações ficavam, em sua grande parte, retidos nas universidades, quando poderiam estar centralizados no Ministério da Saúde.

Os problemas relacionados à governança por parte do Ministério da Saúde do Brasil e a usabilidade das plataformas educacionais, dada a grande variedade (uma plataforma por universidade), ajudam a explicar algumas críticas relacionadas à baixa taxa de sucesso (número de estudantes concluintes em relação ao número de estudantes matriculados) em alguns cursos da rede UNA-SUS (Granville, 2017; Ferreira et al., 2022; Portella, 2019). Apesar desses problemas, a UNA-SUS contribuiu muito no delineamento das políticas públicas para educação permanente no Sistema Único de Saúde (SUS), essencialmente nos períodos em que o Brasil precisou ampliar a cobertura de médicos nas equipes de saúde da família (Granville, 2017) e (Portella, 2019). Os números da UNA-SUS demonstram que, assim como o Telelab, essa rede composta por 35 universidades públicas teve como propósito primário a formação em escala nacional (Cunha et al., 2020; Granville, 2017; UNA-SUS, 2023).

Diante das problemáticas apresentadas, o Ministério da Saúde do Brasil, por meio de sua Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), decidiu fomentar o desenvolvimento do Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único do Brasil (AVASUS). O AVASUS é, portanto, uma plataforma do Ministério da Saúde, desenvolvida pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), por meio do seu Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS) (Valentim et al., 2022).

O AVASUS teve sua primeira versão publicada em 2015, ou seja, cinco anos após a criação da UNA-SUS. Nesse período, a plataforma já ofertava 34 cursos para formação de profissionais de saúde de todo o Brasil. O objetivo do AVASUS foi o de unificar todas as ofertas educacionais em uma única plataforma do Ministério da Saúde do Brasil. Com isso, esperava-se

prover dados e informações sobre os processos formativos em um único lugar, que pudesse estar disponível a qualquer momento para os gestores do SUS e coordenadores de cursos (Valentim et al., 2022).

Ao longo do tempo, o AVASUS ampliou suas ofertas e se consolidou como uma das maiores plataformas de educação em saúde da região das Américas. Atualmente, conta com mais de 973 mil estudantes, mais de 2,5 milhões de matrículas realizadas em 348 cursos, e mais 1,5 milhão de certificados emitidos. É uma plataforma que, hoje, disponibiliza mais de 10 mil horas de cursos ofertados de forma *on-line*, com e sem tutoria (Valentim et al., 2022).

Diferentemente da UNA-SUS, que é uma rede colaborativa, o AVASUS é uma plataforma educacional cuja mediação tecnológica é o eixo central de todo o processo de formação. A similaridade dessa plataforma com o TELELAB e com a UNA-SUS é basicamente a ideia de promover a formação massiva de profissionais de saúde em todo o território nacional – em larga escala. A grande diferença entre elas e o AVASUS está no modelo centralizado e padronizado de formação e na capacidade de resposta rápida às demandas formativas do Sistema Único de Saúde do Brasil, o SUS. Essas características do AVASUS fizeram com que o Ministério da Saúde do Brasil utilizasse essa ferramenta com indução das políticas públicas de saúde em algumas crises sanitárias no Brasil, por exemplo, a crise de microcefalia, em 2015; a resposta à epidemia de sífilis, em 2018; e mais recentemente na pandemia de covid-19.

O AVASUS foi a primeira plataforma do Brasil a ofertar o curso Vírus respiratórios emergentes, incluindo a covid-19, em parceria com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Esse curso trata do tema da covid-19, tendo como público-alvo trabalhadores do SUS e a população geral, e, somente ele, já alcançou mais de 99 mil estudantes (Valentim et al., 2021d). Apesar de ser um curso em língua

portuguesa, ele registrou estudantes matriculados oriundos dos cinco continentes – aspecto que demonstra sua capacidade de escala (Valentim et al., 2022; Valentim et al., 2021d).

Atualmente, há uma quantidade importante de pesquisas sobre esse ambiente virtual de aprendizagem – mais de 435 pesquisas ou estudos registrados –, o que pode ser conferido com busca pelo termo “AVASUS” no Google Acadêmico. O AVASUS dispõe de uma grande quantidade de cursos ofertados. Assim, o número de usuários e de pesquisas configura o interesse da comunidade acadêmica para além da UFRN e do LAIS/UFRN acerca dessa temática.

Ainda com relação ao AVASUS como ferramenta de mediação tecnológica aplicada à formação massiva na área da saúde, algumas pesquisas serão destacadas, sobretudo por fazerem parte dos estudos relacionados ao grupo de investigação que perfaz o contexto específico desta tese de doutorado. A esse respeito, Valentim et al. (2022) apresenta uma pesquisa realizada por meio de um questionário em todo o território nacional que destaca os impactos do AVASUS nos serviços de saúde. Essa pesquisa apontou que a formação massiva em saúde, baseada no modelo de autoaprendizagem, conseguiu induzir a melhoria de serviços de saúde existentes, também foi responsável por contribuir com a criação de novos serviços de saúde. Um achado desse estudo é que os cursos ofertados massivamente no AVASUS contribuíram para mudanças nos processos de trabalhos e para a disseminação de conhecimento entre as equipes de saúde em todos os níveis de Atenção à Saúde (primário, secundário e terciário) no Brasil.

Com relação à epidemia de sífilis, o Projeto “Sífilis Não” – fruto de uma parceria do LAIS com o Ministério da Saúde, apoiado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) – tinha como uma de suas metas a formação massiva de profissionais de saúde. Nesse sentido, foram produzidos mais de 60 cursos autoinstrucionais, ofertados para mais de 270

mil estudantes em todo o Brasil. A esse respeito, Caitano et al. (2022) publicaram o artigo “Massive health education through technological mediation: Analyses and impacts on the syphilis epidemic in Brazil”, que demonstra o impacto da formação massiva em saúde no contexto epidemiológico da sífilis no Brasil. O artigo conseguiu demonstrar correlação estatística entre as matrículas realizadas na trilha formativa Sífilis e outras IST e o aumento dos testes para diagnosticar sífilis. Esse estudo também apontou uma relação entre o aumento das matrículas nessa trilha e a redução da razão entre o número de mulheres gestantes diagnosticadas com sífilis e o número de notificações de casos de sífilis congênita no Brasil. Trata-se de achados importantes que apontam que a educação massiva em saúde contribuiu de maneira efetiva na resposta à sífilis no Brasil, sobretudo na indução de resiliência no sistema de saúde.

No âmbito do sistema prisional e diante dos estudos que envolvem esta tese de doutorado, Valentim et al. (2022a) explicam que o processo de formação massiva em saúde desenvolvido por meio da mediação tecnológica contribuiu para mudanças nos processos de trabalho. Segundo esses autores, foi possível observar uma concomitância entre o aumento de matrículas no curso Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade, da trilha formativa Sistema prisional do AVASUS e o aumento do diagnóstico de sífilis no sistema prisional brasileiro. Para esses autores, isso pode ser explicado pela mudança de processos de trabalhos. Trata-se, portanto, de um achado científico que será apresentado de forma bastante aprofundada no Capítulo de Resultados desta tese.

No contexto da pandemia de covid-19, Valentim et al. (2021d) encontraram resultados de um estudo exploratório de base documental, o qual identificou a relevância de um ecossistema tecnológico durante a maior crise sanitária do século. Segundo Valentim et al. (2021d), um dos elementos desse ecossistema foi o AVASUS, que ofertou, nacionalmente, a trilha formativa

“covid-19”. Essa trilha disponibilizou para os profissionais de saúde e para população em geral mais de 20 cursos autoinstrucionais, os quais tiveram mais de 220 mil matrículas registradas em todas as regiões do país e até em países de cinco continentes. Apesar de os autores deste artigo não terem feito análise dos impactos, especificamente sobre a trilha da covid-19, pois o objeto era o ecossistema, eles afirmaram que a formação massiva dada pelo AVASUS contribui também como resposta à covid-19, uma vez que a educação permanente em saúde é uma ferramenta de resiliência para o sistema de saúde.

Os estudos apresentados nesta subseção serviram de base para o desenvolvimento da pesquisa, pois permitiram uma melhor compreensão sobre quais caminhos deveriam ser seguidos no transcurso da tese. Além disso, contribuíram com a formulação das questões de pesquisa, aspecto fundamental para o desenvolvimento das análises e dos estudos disponíveis na seção de resultados. Outrossim, concorreram para a preparação de alguns trabalhos que permitiram validar e analisar a utilização de ambientes virtuais na formação da tríade do sistema prisional, aspecto este que possibilitou compreender como a educação massiva pode impactar na saúde prisional.

O próximo Capítulo trata da metodologia utilizada para o desenvolvimento desta tese de doutorado. Além de todo o processo metodológico, serão apresentados os materiais e recursos utilizados, necessários para a execução das pesquisas em função das questões a serem respondidas e das hipóteses a serem sustentadas.

3. Materiais e Métodos

A metodologia utilizada para o desenvolvimento do objeto de estudo da tese foi a pesquisa-ação. Essa pesquisa teve seu início, efetivamente, a partir de uma revisão bibliográfica e de um estudo sistematizado em três eixos fundamentais: o da educação mediada por tecnologia, o do sistema prisional brasileiro, e o da saúde prisional no Brasil. O primeiro eixo visou a obter a base teórica necessária para a construção de uma arquitetura pedagógica que justificasse a trilha formativa no contexto do objeto de estudo da tese, pois foi importante considerar suas singularidades. O segundo eixo teórico buscou promover uma apropriação dos conceitos, das singularidades e da legislação que permeia o sistema prisional do Brasil. O terceiro foi necessário para qualificar a oferta, ou seja, identificar quais os aspectos e agravos (doenças) têm mais prevalência no sistema prisional e quais são os fatores determinantes. Desse modo, a organização da trilha atuou de forma consonante às necessidades formativas, aspecto necessário para validar as hipóteses sustentadas. Portanto, foram duas imersões simultâneas, uma teórica e outra prática (no problema).

Destaca-se que todo esse processo de estudo teórico exigiu, de forma mandatória, que houvesse imersões presenciais no sistema prisional com foco, principalmente, nos aspectos relativos à saúde nesse contexto. Isso porque foi necessário extrapolar o espaço teórico para conhecer de fato “as dores” do sistema prisional brasileiro. Para tanto, foram organizadas reuniões e seminários com os atores da saúde e do sistema prisional. Além disso, foram realizadas visitas técnicas em presídios no Rio Grande do Norte/Brasil e em Curitiba/Brasil. Esse conjunto de ações/atividades preparatórias e indutoras do desenvolvimento desta pesquisa

permitiu, inclusive, a produção do documentário *Além do Concreto*⁴ (Sampaio, 2021), que deu origem ao título desta tese de doutorado.

Diante do exposto, este capítulo, Materiais e Métodos, foi dividido em três subseções. A primeira subseção descreve em detalhes todas as etapas empregadas para o desenvolvimento da trilha formativa. A segunda subseção apresenta a metodologia e os recursos utilizados para análise dos impactos epidemiológicos e sociais relacionados ao curso "Atenção à pessoa privada de liberdade", por meio de dados secundários e também dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030. A terceira subseção deste capítulo trata da metodologia empregada na elaboração e aplicação de um questionário com o objetivo de avaliar como a educação mediada por tecnologia contribuiu no contexto da saúde prisional brasileira a partir da perspectiva dos estudantes.

3.1 Metodologia para o Desenvolvimento da Trilha Formativa “Sistema Prisional: além dos muros”

Uma trilha formativa é, em essência, um percurso educacional formado por cursos, cuja sequência ou cujo caminho para a formação dos estudantes é dada de forma livre, ou seja, sem pré-requisitos, com conteúdos e recursos disponíveis para os cursistas (Adorni e Koceva, 2016) e (Caitano et al., 2022). Portanto, são os estudantes que decidem, autonomamente, quais caminhos seguir durante seu processo educativo. Um aspecto a ser destacado, no contexto das trilhas formativas, é que elas devem ser compostas por ofertas educacionais que agregam informações e conhecimentos, os quais estão relacionados (Basu et al., 2013; Chen, 2008). Por exemplo, um conjunto de cursos, conteúdos e recursos educacionais pode constituir uma trilha sobre saúde

⁴ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=pLf9pCjOCWc>

prisional (Valentim et al., 2021c). Assim, só faz sentido criar uma trilha formativa para agregar, em um mesmo lugar ou espaço, conhecimentos que estão relacionados a uma necessidade de formação situada (para dado contexto). Destaca-se, portanto, que foi essa conceituação utilizada nesta tese de doutorado. Há, ainda, outras definições sobre trilha formativa (caminho de aprendizagem), particularmente no campo da recomendação de conteúdos.

Pela natureza do objeto e pela necessidade de responder, oportunamente, à primeira questão norteadora da investigação, optou-se pela utilização do método pesquisa-ação, como conceituado por Tripp (2005). Para o autor, a pesquisa-ação é executada em ciclos de “aprimoramento de práticas” que dependem da sistematização do trabalho em dois campos: “o da prática e o da pesquisa a respeito desta prática”.

Na pesquisa-ação os pesquisadores desempenham um papel ativo no equacionamento dos problemas encontrados, no acompanhamento e na avaliação das ações desencadeadas em função dos problemas. Sem dúvidas a pesquisa-ação, exige uma estrutura de relações entre pesquisadores e pessoas da situação investigada que seja de tipo participativo. Os problemas de aceitação dos pesquisadores devem ser resolvidos no decurso da pesquisa (Thiollent, 2022).

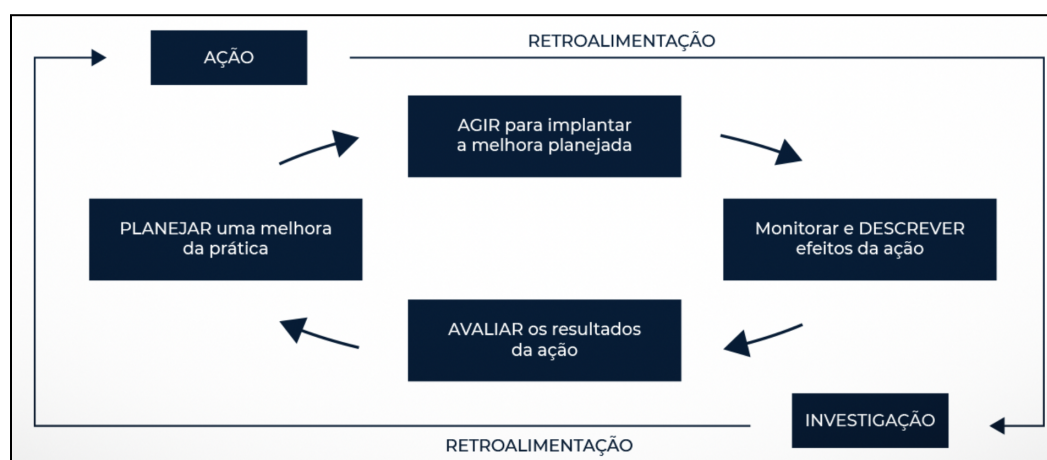
Por sua vez, Thiollent (2022) corrobora a justificativa da pesquisa-ação como metodologia aplicada ao desenvolvimento desta tese. De fato, havia problemas concretos no contexto do sistema prisional que poderiam ser resolvidos por meio da interação do pesquisador com os atores envolvidos (o profissional de saúde, o policial penal e o privado de liberdade).

Ademais, o processo de revisão teórica e sistematizada ocorreu concomitantemente ao desenvolvimento da trilha formativa e dos recursos educacionais. Assim, durante todo o processo metodológico, houve um fluxo de retroalimentação e melhoria contínua da pesquisa e das suas resultantes, que se desenvolveu de forma cíclica e espiralar. A Figura 1, a seguir, ilustra como se

deu o processo de pesquisa-ação durante a pesquisa e o desenvolvimento da trilha formativa Sistema prisional. Observe que a prática induz a pesquisa e que a pesquisa atua (age) sobre a prática, o monitoramento descreve os efeitos da ação, para que os resultados sejam avaliados no sentido de melhorar (planejar) a prática - é um processo contínuo de melhoria da pesquisa e da própria prática.

Figura 1

Modelo básico da Pesquisa-ação.

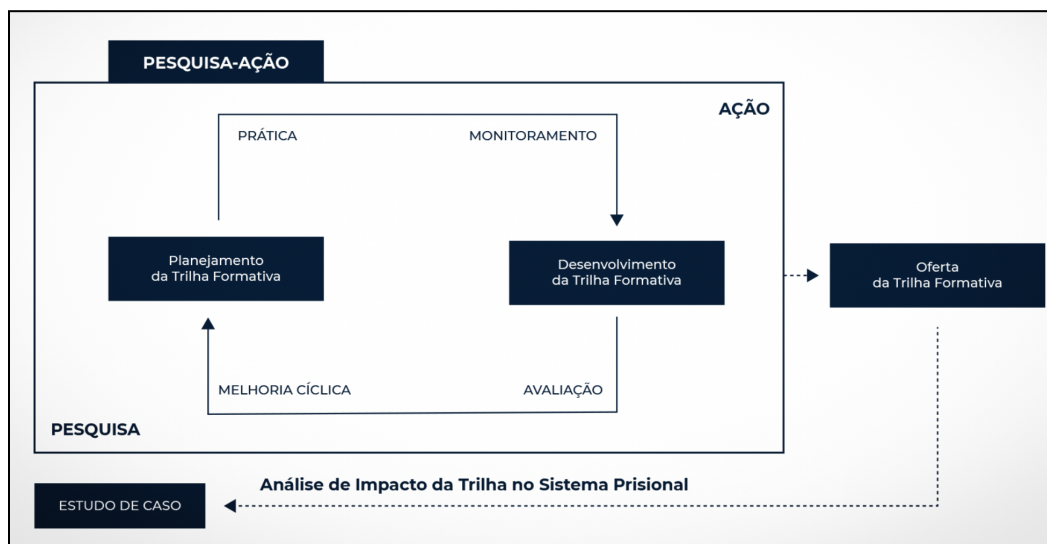


Fonte: Tripp (2005).

A Figura 2, a seguir, ilustra, com alto nível de abstração, como foi aplicado o método pesquisa-ação no contexto da produção da trilha formativa Sistema prisional. Na seção 4.1 da tese, é feita uma descrição mais detalhada da aplicação do método. Para tanto, utilizou-se um modelo de fluxo de produção de recursos educacionais abertos para formação com mediação tecnológica.

Figura 2

Modelo aplicado na produção da trilha Sistema prisional.



Fonte: Autoria própria.

A pesquisa-ação, no caso desta tese doutorado, permitiu não somente um aprofundamento dos conhecimentos na área do sistema prisional por meio de atividades empíricas como ainda definir qual seria o objeto principal da tese diante de um enorme conjunto de problemas e desafios. As interações (ações), os estudos (pesquisas) e o contexto definiram, quase que organicamente, o melhor caminho a ser desenvolvido, aquele que mais poderia contribuir, nesse caso, para o desenvolvimento da trilha formativa Sistema prisional.

3.1.1 Fluxo de Produção da Trilha Formativa Baseado no Método Pesquisa-Ação

Nesta subseção, é descrito o fluxo aplicado à produção da trilha formativa Sistema prisional. Esse fluxo é totalmente baseado no método pesquisa-ação. A Figura 3, a seguir, apresenta o fluxo e as etapas de produção dos recursos educacionais.

Figura 3*Etapas de Produção da trilha formativa Sistema prisional*

Planejamento	Desenvolvimento	Oferta
<ul style="list-style-type: none"> • Imersão no sistema prisional; • Definição das prioridades e do objeto a ser desenvolvido; • Seleção dos possíveis conteudistas; • Capacitação de conteudistas; • Definição dos conteúdos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Imersão no sistema prisional; • Definição das prioridades e do objeto a ser desenvolvido; • Seleção dos possíveis conteudistas; • Capacitação de conteudistas; • Definição dos conteúdos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Imersão no sistema prisional; • Definição das prioridades e do objeto a ser desenvolvido; • Seleção dos possíveis conteudistas; • Capacitação de conteudistas; • Definição dos conteúdos.
	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração dos conteúdos; • Revisão técnico-científica; • Revisão pedagógica; • Design instrucional; • Acessibilidade; • Revisão linguística e normas; • Produção dos recursos educacionais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração dos conteúdos; • Revisão técnico-científica; • Revisão pedagógica; • Design instrucional; • Acessibilidade; • Revisão linguística e normas; • Produção dos recursos educacionais.
	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptação do curso no ambiente virtual (AVASUS); • Homologação do curso no ambiente virtual; • Publicação do curso no ambiente virtual; • Divulgação da trilha formativa. 	

Fonte: Autoria própria.

Como mostra a Figura 3, o fluxo foi dividido em três etapas: planejamento, desenvolvimento e oferta. Cada etapa foi composta por um conjunto de atividades executadas durante toda a produção. A Figura 3 também destaca um aspecto importante das etapas de produção, que são as tonalidades de cores que explicam a intensidade das atividades realizadas em cada etapa de produção. A cor vermelha indica um maior esforço; a cor laranja, um esforço

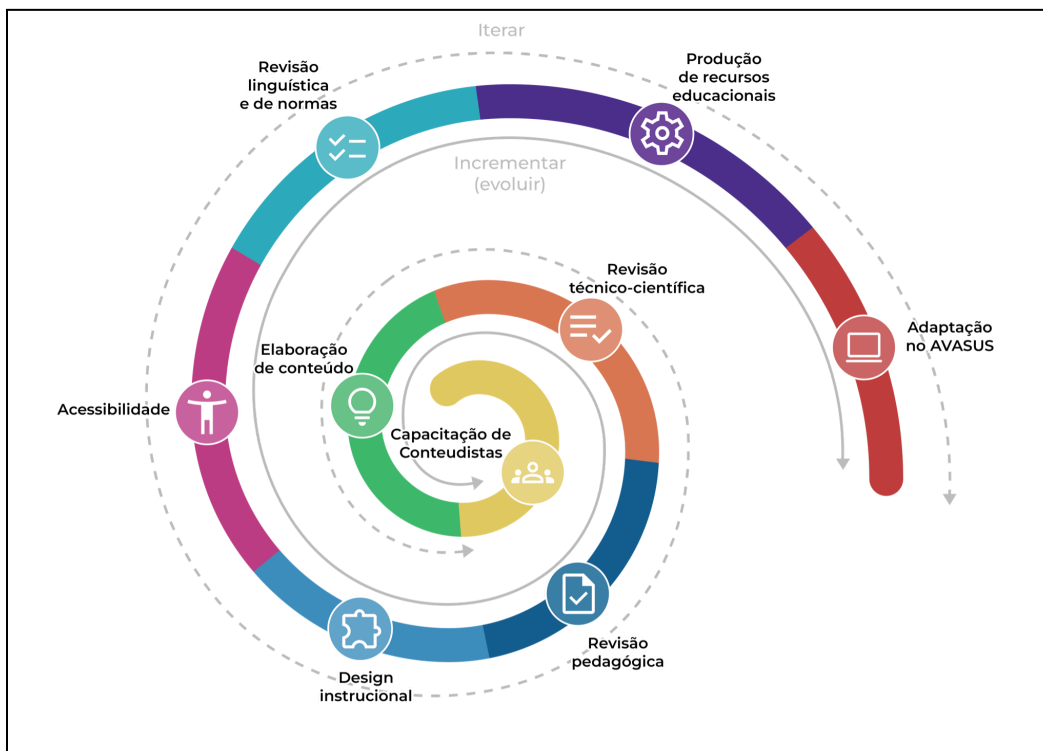
moderado; e a cor amarela, um esforço mais leve, isso em relação à respectiva etapa de produção da trilha e ao conjunto de atividades relacionadas a ela.

Outro aspecto a ser observado na Figura 3 é que o processo de produção adotado permite que as atividades sejam cumulativas, ou seja, é possível executar atividades da etapa anterior, porém, a intensidade se reduz em função das novas demandas impostas pela nova etapa corrente. A justificativa para isso é a necessidade de melhoria contínua durante o processo de produção da trilha formativa, que se deu de forma iterativa e incremental. Portanto, a cada vez que o processo avançava nas etapas de produção, era possível identificar pontos de melhoria que exigiam que fossem revisitadas atividades presentes na etapa anterior.

Diante disso, verifica-se que o fluxo de produção da trilha formativa guiado pela pesquisa-ação foi dirigido por um modelo iterativo, incremental, cíclico e espiralar, conforme pode ser observado na Figura 4. Logo, foi implementado um processo recursivo de melhoria contínua na produção dos recursos educacionais que compuseram a trilha formativa.

Figura 4

Modelo cíclico, espiralar, iterativo e incremental



Fonte: Autoria própria.

O modelo cíclico e espiralar (começando pela capacitação dos conteudistas e seguindo etapas até a adaptação do produto ao AVASUS, como mostra a Figura 4) permitiu que todas as atividades presentes nas etapas de produção da trilha formativa fossem executadas em dado número de vezes até que os cursos fossem avaliados, homologados e considerados adequados para ser publicados no Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde (AVASUS) do Brasil.

O modelo cíclico e espiralar de melhoria contínua, descrito nas Figuras 3 e 4, não segue um modelo sequencial e em cascata. Desse modo, as atividades podem ser executadas em paralelo e as atividades previstas em uma etapa anterior podem ser executadas na etapa corrente.

Isso é importante, pois contribui para que erros sejam descobertos e rapidamente corrigidos, não sendo somente identificados ao final do processo, como ocorre nos modelos sequenciais em cascata.

As subseções 3.1.1.1 (Planejamento), 3.1.1.2 (Desenvolvimento) e 3.1.1.3 (Oferta) descrevem com mais detalhes o que representa cada uma das etapas descritas na Figura 3 e como foram executadas as atividades previstas em cada uma delas. Destaca-se, ainda, que todos os resultados alcançados por meio da metodologia descrita nesta subseção são apresentados na subseção 5.1 do Capítulo 5 desta tese.

3.1.1.1 Etapa: planejamento da trilha Sistema Prisional: além dos muros

A etapa Planejamento seguiu um conjunto de atividades necessárias para compreender o contexto do sistema prisional. Nela, foram desenvolvidas atividades que permitiram organizar, estruturar e definir, de forma mais evidente, o escopo da pesquisa. Foi durante essa etapa que se definiu que o escopo do objeto desta tese seria voltado para a saúde no sistema prisional.

Como observado na Figura 3, as atividades desenvolvidas nesta etapa foram:

- 1. Imersão no sistema prisional:** atividade importante para reconhecer *in loco* os problemas, a realidade do cárcere e as necessidades do sistema prisional relacionados à saúde. Essa atividade primária foi realizada por meio de:
 - a. visitas a presídios e estabelecimentos relacionados ao sistema prisional;
 - b. reuniões técnicas com atores do sistema prisional e da saúde; e
 - c. reconhecimento dos problemas relacionados à saúde.

- 2. Definição das prioridades e do objeto a ser desenvolvido:** ao reconhecer o contexto do sistema prisional, foi possível compreender quais eram as necessidades, as prioridades e os problemas inerentes ao cárcere, com foco na saúde. No Brasil, há uma infinidade de hiatos presentes no sistema prisional, os quais se apresentaram durante o processo de imersão. Desse modo, foi possível definir com mais clareza o objeto de pesquisa, o público-alvo e as prioridades a serem desenvolvidas. Diante das inúmeras demandas do sistema prisional brasileiro, o critério de escolha do objeto se deu em virtude da capacidade técnica, de infraestrutura e de recursos humanos que pudessem contribuir para viabilizar toda a pesquisa. Todos esses quesitos estavam disponíveis, em algum nível, na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), na Secretaria de Educação a Distância (SEDIS/UFRN), no Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (Lais/UFRN), no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte (IFRN), no Núcleo Avançado de Inovação (NAVI/IFRN), no Campus de Educação a Distância (CED/IFRN), no Sistema Prisional do Rio Grande do Norte e na Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte (SESAP/RN), os quais poderiam contribuir com o desenvolvimento da pesquisa. Esse não foi um processo trivial, pois exigiu muitas articulações, reuniões, atividades de campo e técnicas para conseguir desenvolver o objeto de pesquisa, com diversos atores cujas formações e cujos interesses, muitas vezes, eram diferentes e divergentes.
- 3. Seleção dos possíveis conteudistas:** após o processo de imersão, de definição de prioridades e do objeto de estudo, uma equipe de doutores e especialistas, com

experiência nas áreas da Educação, Educação com Mediação Tecnológica em Saúde, Educação no Sistema Prisional e de Saúde, discutiram e definiram o perfil dos conteudistas que iriam desenvolver a trilha formativa Sistema prisional. Após esse processo, foi aberto um edital público de seleção para os perfis definidos.

- 4. Capacitação de conteudistas:** depois de selecionados os conteudistas, foram produzidas oficinas e realizadas reuniões de qualificação a fim de prepará-los para a produção de recursos educacionais com mediação tecnológica. Essa foi uma atividade importante para os conteudistas durante a fase de planejamento, pois permitiu a eles conhecer o fluxo do processo de produção dos recursos educacionais, como apresentado na Figura 4. É importante destacar que muitos desses conteudistas nunca haviam produzido um recurso educacional aberto. Portanto, não bastava ter o conhecimento técnico necessário, era importante desenvolver nos conteudistas as competências e habilidades necessárias para a construção de recursos educacionais dialógicos e que pudessem estar disponíveis de forma *on-line*.
- 5. Definição dos conteúdos:** após o processo de seleção e capacitação dos conteudistas, a equipe de especialistas para a produção da trilha formativa estava inicialmente consolidada (pesquisadores especialistas e conteudistas especialistas – um time de trabalho). A partir desse momento, um conjunto de reuniões e discussões foi realizado com o propósito de definir o escopo do conteúdo a ser elaborado para a trilha formativa, bem como as estratégias de trabalho para o desenvolvimento dos módulos e recursos educacionais. A equipe de especialistas definiu que a trilha formativa Sistema prisional seria composta por quatro cursos,

e que o foco de formação deveria ser, prioritariamente, voltado para os profissionais de saúde, os policiais penais e os privados de liberdade – a tríade do sistema prisional. Um desses cursos foi reutilizado e adaptado do Curso de Pós-Graduação em Estratégia e Saúde da Família, uma vez que este módulo aborda a temática de forma introdutória, porém, com conteúdos relevantes para a Atenção Primária à Saúde no Sistema Prisional. Os outros três módulos que compuseram a trilha foram pensados e desenvolvidos a partir do fluxo normal do processo de desenvolvimento, ou seja, iniciaram com a elaboração dos conteúdos até a sua publicação no AVASUS.

As Figuras 5 e 6 são registros fotográficos das visitas realizadas ao sistema prisional durante o processo de imersão. A Figura 5 é uma fotografia tirada durante uma visita ao Complexo Penal Agrícola Mário Negócio, na cidade de Mossoró, no Estado do Rio Grande do Norte, Região Nordeste do Brasil, no dia 27 de setembro de 2019. Nela, são apresentadas algumas imagens utilizadas para o documentário *Além do Concreto* (Sampaio, 2021), produzido durante o período de imersão e das visitas técnicas.

Nas duas fotos do lado esquerdo da Figura 5, estão os apenados e a professora Laysa Nunes (conteudista e especialista em educação no sistema prisional). Nas duas fotos do lado direito, estão uma imagem do presídio de Mossoró/RN/Brasil e uma da professora Laysa Nunes na sala de aula do presídio com os estudantes (privados de liberdade).

Figura 5*Atividade no Complexo Penal Agrícola Mário Negócio*

Fonte: Acervo do autor.

A Figura 6, a seguir, é uma fotografia tirada em 12 de novembro de 2019, durante uma visita à Penitenciária Central do Estado Paraná (PR), Região Sul do Brasil. O presídio visitado foi a Unidade de Progressão Piraquara, na Cidade de Piraquara/PR.

Na Figura 6, que apresenta a visita técnica a uma unidade prisional na cidade na Cidade de Piraquara/PR, é possível observar, do lado esquerdo, uma sala de aula onde foram feitas colagens na parede sobre as infecções sexualmente transmissíveis, trabalho feito com os apenados. Do lado direito, na imagem inferior, observa-se uma fábrica de canecas. Durante esse registro, o apenado falava sobre o processo de produção desses produtos. Um aspecto que chamou a atenção é que, nesse presídio, os alunos (privados de liberdade) não assistem às aulas em uma cela com grades, mas em salas de aulas convencionais, diferentemente do que foi

observado na visita ao presídio de Mossoró/RN/Brasil, como destacado na Figura 5 (lado direito da imagem inferior).

Figura 6

Unidade de Progressão Piraquara, na Cidade de Piraquara/PR



Fonte: Acervo do autor.

Para fins de registro memorial do processo de imersão, foram feitos dois vídeos, que estão publicados no Canal do Youtube. O primeiro é derivado da visita ao presídio de Mossoró/RN/Brasil⁵; e o segundo, a visita ao presídio de Piraquara/PR/Brasil⁶ considerado modelo em tratamento penal no Brasil.

⁵ Disponível em: Documentário - Além do Concreto/<https://www.youtube.com/watch?v=pLf9pCjOCWc>;

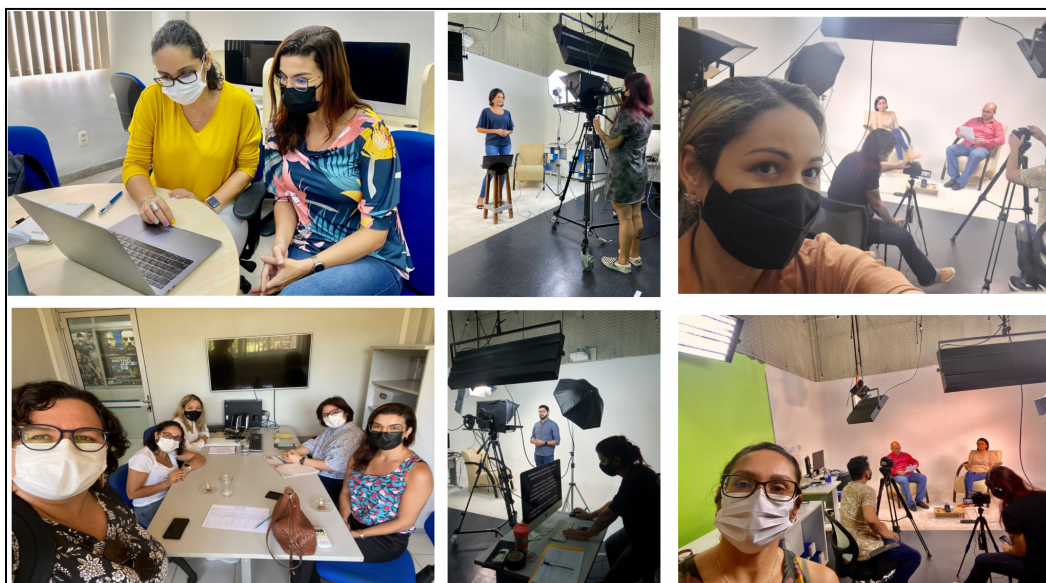
⁶ Disponível em: Pesquisadores do LAIS visitam unidade prisional considerada modelo em tratamento penal no Brasil <https://youtu.be/E3MnTFaoMng>

3.1.1.2 Etapa: desenvolvimento dos módulos educacionais que compõem a trilha Sistema prisional

A etapa Desenvolvimento se deu de forma estruturada, ou seja, por meio de um conjunto de atividades previamente planejado e direcionado para a produção de conteúdo. A Figura 7 ilustra diversas atividades realizadas durante todo o processo de desenvolvimento da trilha formativa.

Figura 7

Registro das atividades durante a etapa de desenvolvimento



Fonte: Acervo do autor.

Dessa etapa, participaram diversos especialistas: conteudistas, revisores técnico-científicos, revisores pedagógicos, profissionais de design instrucional, profissionais de acessibilidade, revisores linguísticos de normalização textual, profissionais de ilustração,

produção de vídeo e programadores de página web. Todas as atividades dessa etapa de desenvolvimento são descritas a seguir:

- 1. Elaboração dos conteúdos:** a atividade de elaboração de conteúdo trata especificamente da produção dos cursos por meio dos conteudistas. Durante a execução dessa atividade, o conteudista elaborou o seu respectivo plano do módulo educacional para cada um dos módulos da trilha formativa. Os planos dos módulos educacionais foram apreciados pela equipe de revisão pedagógica antes do início da elaboração dos conteúdos. Os conteudistas, durante o processo de produção dos módulos, interagem de forma permanente com a equipe de revisão pedagógica, em virtude da pouca experiência na produção de cursos autoinstrucionais na modalidade a distância. Desse modo, observa-se que as atividades não ocorriam em paralelo, mas, sempre que necessário, de forma concomitante.
- 2. Revisão técnico-científica:** esse tipo de revisão comumente ocorria quando o conteudista concluía a produção do conteúdo. O conteúdo somente era considerado como concluído depois de validado pela revisão pedagógica. A atividade de revisão técnico-científica foi responsável por validar tecnicamente todo o conteúdo dos módulos educacionais. Atuaram nessa atividade especialistas na área de saúde prisional e de sistema prisional brasileiro.
- 3. Revisão pedagógica:** a revisão pedagógica desempenhou um papel importante na construção da trilha formativa, pois orientou os conteudistas na produção de módulos. O objetivo dessa atividade, que foi desenvolvida por especialistas na área de educação com mediação tecnológica, foi o de intervir pedagogicamente na

produção dos conteúdos, pois geralmente os conteudistas não têm experiência na área de educação. Essa atividade foi necessária para garantir que o itinerário formativo dos cursos disponíveis na trilha Sistema prisional pudesse atuar como mediador e facilitador do processo de aprendizagem dos estudantes, por meio da inserção de uma linguagem dialógica e baseada em situações-problemas.

- 4. Design instrucional:** a educação com mediação tecnológica envolve os princípios gerais da didática, em atenção às decisões que foram baseadas na escolha do método de apresentação do conteúdo, ou seja, como esse conteúdo deve ser apresentado ao estudante (Garcia *et al.*, 2020). Esse processo didático de construção do conteúdo foi revisado e desenvolvido por técnicos de design instrucional. Todavia, no caso da trilha Sistema prisional: além dos muros, houve uma participação muito efetiva e interativa dos conteudistas e da equipe de revisão pedagógica. O design instrucional tem um papel importante, que é o de contribuir com a revisão e com o desenvolvimento dos itinerários de formação dos conteúdos, para que se possa manter a atenção, o interesse e a motivação dos estudantes, bem como maximizar os resultados da aprendizagem (Gonçalves, 2021) e (Garcia *et al.*, 2020). Desse modo, o desafio foi escolher e propor o design instrucional que os conteudistas quiseram ou decidiram adotar. Cabe destacar que, como os conteudistas, em sua maioria, não eram docentes, eles, por conseguinte, não tinham experiência na área da educação. Portanto, a decisão pelo design ocorreu em conjunto com a equipe de revisão pedagógica, sendo implementada pelos técnicos de design instrucional da Secretaria de Educação a Distância da UFRN.

- 5. Acessibilidade:** essa atividade permitiu incluir nos cursos e recursos educacionais da trilha formativa alguns recursos de acessibilidade, por exemplo, legendagem nos vídeos. A atividade de acessibilidade ocorreu durante a produção dos recursos educacionais.
- 6. Revisão linguística e normas:** essa atividade teve como objetivo garantir a correção linguística dos textos produzidos pelos conteudistas, orientada pelas normas da língua portuguesa no Brasil. Além disso, preocupou-se com a normalização dos conteúdos conforme as recomendações da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).
- 7. Produção dos recursos educacionais:** essa atividade foi desenvolvida em conjunto com os conteudistas, com a equipe de revisão pedagógica e com a equipe de especialistas na produção de conteúdos audiovisuais, hipermídicos e gráficos. Ela foi desenvolvida já na etapa final de desenvolvimento dos módulos educacionais e demandou recursos humanos e tecnológicos. Apesar de ser uma atividade finalística da etapa de desenvolvimento, algumas vezes, foi necessário voltar para as revisões pedagógicas e técnico-científicas para validação e ajustes. A produção dos recursos educacionais, sobretudo a dos vídeos, foi, sempre que necessário, acompanhada por conteudistas e por alguns especialistas na área de saúde e do sistema prisional para observar se as diretrizes técnicas de conteúdo estavam presentes na produção do material audiovisual.

3.1.1.3 Etapa: oferta dos módulos no AVASUS

A etapa Oferta teve como esforço principal publicar a trilha formativa Sistema prisional no ambiente virtual de aprendizagem, o AVASUS. Essa etapa representa a finalização do processo de produção da trilha formativa. Para tanto, um conjunto de atividades prévias era necessário até que a oferta da trilha formativa estivesse totalmente consolidada no ambiente virtual de aprendizagem (AVASUS). Foram elas:

- 1. Adaptação do curso no ambiente virtual (AVASUS):** essa atividade era desempenhada por um técnico especialista em ambientes virtuais de aprendizagem, que foi responsável por implementar, no AVASUS, os módulos educacionais previamente validados pelos conteudistas e pelas equipes pedagógicas e técnico-científicas. Esse processo de adaptação seguia, exclusivamente, o que estava determinado no design instrucional dos cursos.
- 2. Homologação do curso no ambiente virtual:** depois de implementados e previamente validados, esses módulos eram revisados pelas equipes técnico-científicas e pedagógicas. Essa etapa de homologação foi fundamental para garantir a conformidade técnica e pedagógica dos cursos da trilha antes de serem publicados no AVASUS.
- 3. Publicação do curso no ambiente virtual:** a publicação dos cursos da trilha formativa no AVASUS foi realizada por um técnico especialista em ambientes virtuais de aprendizagem. Esse processo ocorria somente depois de o curso ser homologado pelas equipes técnico-científicas e pedagógicas.
- 4. Divulgação da trilha formativa:** após a trilha formativa ser publicada no ambiente virtual de aprendizagem (AVASUS), ainda era necessário desenvolver a

atividade de divulgação. O objetivo principal da divulgação da trilha formativa era ampliar as matrículas em nível nacional. Os cursos ofertados na trilha formativa não eram de matrícula obrigatória, ou seja, sua adesão era totalmente espontânea. Por isso, foi necessário adotar algumas estratégias de divulgação, conforme listadas a seguir:

- a. publicação de matérias *on-line* em sites e na imprensa, em redes sociais e em aplicativos de mensagens;
- b. envio de malas diretas por e-mail; e
- c. realização de seminários sobre a trilha formativa.

A Figura 8, a seguir, registra o lançamento da trilha formativa, realizada no dia 26 de novembro de 2021, que contou com autoridades do poder judiciário, do sistema prisional, das áreas de saúde e de educação e do público em geral interessado no tema.

Figura 8

Lançamento da trilha formativa Sistema prisional no Seminário Além dos muros



Fonte: Acervo do autor.

Destaca-se que a trilha já estava no ar desde o ano de 2018, por meio do seu curso introdutório Atenção à saúde da pessoa privada de liberdade. Todavia, o lançamento oficial da trilha ocorreu somente em 2021 (como citado), pois foi o período em que todos os cursos que faziam parte dela ficaram prontos e, portanto, foram ofertados na íntegra no AVASUS para todos os públicos previstos, em todas as regiões do Brasil.

Nos Quadros 1 e 2, a seguir, estão disponíveis, respectivamente, o link para entrevistas que ocorreram após o lançamento da trilha formativa; e o link que dá acesso ao Seminário de lançamento da trilha formativa.

Quadro 1

Entrevistas no lançamento da trilha formativa

[LAIS lança "Trilha Formativa no Sistema Prisional: Além dos muros"](#)

Entrevista: <https://www.youtube.com/watch?v=1vQEVwv5n74>

Quadro 2

Seminário completo da trilha formativa

[TRILHA FORMATIVA NO SISTEMA PRISIONAL](#)

Entrevista: <https://www.youtube.com/watch?v=obADzfaJ-RU>

A Figura 9, a seguir, é um registro de uma apresentação da trilha formativa Sistema prisional: além dos muros no evento “Implementação do Programa para Detecção da Infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatites Virais B e C em Prisões Femininas, com Ênfase na Prevenção da Transmissão Materno Infantil”, organizado pelo Ministério da Saúde do Brasil em cooperação

com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/Brasil). Essa apresentação foi realizada para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), para o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), para o Conselho Nacional de Saúde (CNS), para integrantes da OPAS/Brasil e da OPAS/EUA. Além desse público, que esteve presencialmente na OPAS/Brasil em Brasília (Distrito Federal do Brasil – capital do país), participaram de forma *on-line* também o Ministério Público de Pernambuco e o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN).

Figura 9

Apresentação da trilha formativa Sistema prisional: além dos muros na Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/Brasil)



Fonte: Acervo do autor.

O evento também foi transmitido ao vivo pela internet. Um aspecto importante é que ele permitiu apresentar a trilha formativa para as principais autoridades de saúde pública do Brasil e também da região das Américas, além de autoridades relacionadas com o sistema prisional brasileiro. Portanto, foi um excelente espaço para divulgação da trilha formativa, sobretudo por estar com a chancela do Ministério da Saúde do Brasil.

3.2 Metodologia aplicada a análise de impacto epidemiológico e social

Esta subseção da metodologia apresenta um estudo exploratório a partir de dados oriundos de fontes heterogêneas, com o objetivo de responder à seguinte questão de pesquisa: a

mediação tecnológica induzida pelo processo de autoaprendizagem é capaz de produzir impactos epidemiológicos e sociais na dimensão da saúde prisional brasileira?

Diante desse questionamento, o estudo buscou avaliar os impactos da trilha formativa como ferramenta de intervenção de saúde pública. Para tanto, foi necessário identificar como essa intervenção, que se deu por meio do processo da educação massiva em saúde, impactou o cenário epidemiológico do sistema prisional e também os seus impactos sociais. Esses resultados são oriundos de uma análise desenvolvida a partir de dados secundários e também de um estudo desenvolvido a partir dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030, os quais serão descritos nas próximas subseções. Os resultados alcançados por meio da metodologia descrita nesta subseção são apresentados na subseção 5.2 do Capítulo 5 desta tese.

3.2.1 Metodologia Aplicada à Análise dos Impactos Epidemiológicos

Com a necessidade de qualificar os profissionais de saúde para o problema da saúde no sistema prisional, principalmente porque a pessoa privada de liberdade é considerada população-chave para a resposta à epidemia de sífilis no Brasil, o curso Atenção à saúde da pessoa privada de liberdade foi ofertado nas trilhas formativas Sífilis e outras IST (Caitano et al., 2022) e Sistema prisional (Valentim et al., 2022a). O objetivo foi intervir, por meio da formação massiva em saúde, junto a diferentes profissionais de saúde, com base em um modelo de educação situada para o sistema prisional brasileiro em resposta à epidemia de sífilis.

Para Ceccim (2018) e Ceccim et al. (2016), a educação situada é construída por meio das necessidades formativas com o objetivo de melhorar as práticas. Ela pode ser desenvolvida por meio da pesquisa-ação, que pode produzir intervenções e experimentações na construção de

projetos de educação permanente em saúde e de problema educossanitário. Isso contribui para a identificação de temáticas mais significativas durante o estudo-ação – estudar e aprender para atuar e agir nos problemas sanitários (Ceccim et al., 2016). Isso foi observado durante o projeto de desenvolvimento da trilha formativa Sistema prisional: além dos muros.

Diante do exposto, era importante compreender como esse processo de formação massiva e situada em saúde, delineado e articulado para atuar como ferramenta de intervenção em saúde pública, poderia ter impactado no sistema prisional brasileiro. Compreender esse contexto, por meio de uma avaliação baseada em dados secundários, permitiu observar os impactos de forma quantitativa e qualitativa, respectivamente, no campo epidemiológico e social, como será discutido nas próximas subseções.

3.2.1.1 Fontes utilizadas e o Processamento dos Dados

Esta pesquisa realizou um estudo transversal do curso Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade, oferecido na plataforma AVASUS⁷. Recentemente, Valentim et al. (2021b) disponibilizaram um *data report*⁸ do curso. Essa contribuição permitiu que outros pesquisadores pudessem desenvolver estudos mais avançados sobre o tema. O artigo “Data Report: ‘Health care of Persons Deprived of Liberty’ Course From Brazil’s Unified Health System Virtual Learning Environment” (Valentim *et al.*, 2021b) ultrapassou as 3.000 visualizações (leituras *on-line*), com

⁷ Disponível em: <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=114>.

⁸ A natureza de um artigo tipo *data report* é somente a de publicar bancos de dados originais que possam trazer contribuições para a comunidade científica. Desse modo, é possível somente descrever os resultados sem que seja feita uma discussão aprofundada. Junto ao banco de dados, deve ser disponibilizado também um dicionário de dados explicando a semântica – metadados.

mais de 280 *downloads* da versão em PDF, duas citações e foi acessado por pesquisadores de todos os continentes⁹.

No artigo “Data Report”, os autores apresentaram somente uma breve descrição dos resultados, não havendo discussões e análises de impacto em relação à saúde no sistema prisional. Apesar disso, esses dados preliminares são fundamentais para mensurar a intervenção e a indução das políticas públicas de saúde no sistema prisional, segundo a perspectiva da Educação Permanente em Saúde (EPS) discutida por Allen et al. (2019).

De acordo com Allen et al. (2019, 2022), a avaliação de impacto a partir de ações de educação permanente em saúde não deve medir apenas os resultados do curso, os quais, geralmente, tratam somente dos números em relação à qualidade do ensino. O estudo deve ir além, buscando entender e avaliar o contexto, a partir do seguinte questionamento “como e porque o programa funcionou e o que mais aconteceu?”. Foi essa reflexão que induziu o questionamento sobre quais impactos a trilha formativa produziu além do seu alcance massivo de formação no Brasil.

Nesse sentido, foi feito um adendo à base de dados do “Data Report” de Valentim *et al.* (2021b). Com isso, foi ampliada a amostra de 4.861 estudantes para 8.118 estudantes (população devidamente anonimizada), a partir de estudo realizado um ano após o do “Data Report”. Para que a análise de contexto pudesse ser realizada com foco em subsidiar a discussão dos impactos do curso no sistema prisional, foram incluídos dados epidemiológicos referentes à sífilis no Brasil e no próprio sistema prisional do país, todos obtidos a partir de bases de dados públicas.

⁹ Todas essas informações podem ser consultadas em *Frontiers in Medicine*, disponível em: <https://loop-impact.frontiersin.org/impact/article/742071#totalviews/views>)

3.2.1.2 Construção dos Dados

Os dados foram coletados de sete fontes públicas. São elas: AVASUS; CNES; CBO; DEPEN; IBGE; Ministério da Saúde do Brasil; Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS). Todos os dados utilizados foram devidamente anonimizados e disponibilizados em um repositório de domínio público¹⁰.

A partir do AVASUS (Brasil, 2022a), foram construídos os dados de 8.118 estudantes inscritos, especificamente no curso Atenção à saúde da pessoa privada de liberdade. Com base neles, foram extraídas 106 características, nas quais estão contidos os principais atributos analisados nesta pesquisa, tais como: sexo, região, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), e percentual de integralização e avaliação do curso. Essas informações são importantes para identificar o perfil dos cursistas, por exemplo, profissão na área de saúde ou tipo de estabelecimento e região do país em que atuam. Além disso, foi possível identificar em quais níveis da rede assistencial do SUS os profissionais de saúde estão atuando, por exemplo: primária, secundária ou terciária.

Em relação ao curso Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade, este recebe inscrições em fluxo contínuo, ou seja, não há um período específico para que os estudantes possam se matricular. Com isso, foi fixado um intervalo de coleta para a construção dos dados que foram analisados, que compreendeu o início do curso (07/06/2018) e o dia da captação dos dados (14/01/2022).

Para o desenvolvimento das análises de contexto, foi necessário um conjunto de dados transversais – que não faziam parte diretamente da base dados do Avasus – obtido a partir de cinco fontes diferentes, quais sejam: CNES (Brasil, 2022c); CBO (Brasil, 2022b); DEPEN

¹⁰ Trata-se de dados abertos, disponíveis em: <https://zenodo.org/record/6499752#.YmoLffPML0r>

(Brasil, 2022d); Ministério da Saúde, através do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) (Brasil, 2022f); e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Brasil, 2022e).

Os dados oriundos do CNES e do CBO foram utilizados para identificar a profissão e os vínculos dos estudantes em seus respectivos estabelecimentos de saúde do Brasil, onde eles desenvolviam suas funções laborais. Depois de processadas essas identificações, foi realizada a integração dos dados (CNES e CBO) com os dos estudantes obtidos no Avasus. Com isso, dados que eram de fontes heterogêneas passaram a integrar uma única base. Para fazer o *data link* (ligação/conexão) entre os dados do Avasus e do CNES, foi utilizado ID (código único de identificação) que era comum em ambas as bases de dados. Da mesma forma, o *data link* entre os dados do CNES e os dados da CBO foi obtido por meio do código de ocupação, também comum em ambas as bases de dados.

Para subsidiar as análises da pesquisa, foram construídos dados referentes ao quantitativo populacional das regiões do Brasil e do sistema prisional, a partir do Portal de Dados Públicos do IBGE e do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) do Brasil, respectivamente. Também foram coletados dados do sistema prisional referentes aos cenários epidemiológicos, com informações sobre o quantitativo de testes sorológicos realizados para detecção da sífilis nas cinco regiões do Brasil. Essa ação ocorreu a partir do DEPEN. O período de referência dos dados compreende os anos de 2017 a 2020¹¹.

¹¹ Esses dados podem ser consultados nas Tabelas 1 e 2, que serão apresentadas e detalhadas no capítulo que trata dos resultados.

3.2.1.3 Processamento dos Dados

Após a conclusão do processo de construção dos dados, foi executada a técnica *pipeline* (ou *workflow*) a fim de integrar, transformar e organizar os dados para a análise do estudo e também tornar o conjunto de dados público à comunidade científica (uma base de dados pública). Esse processo poderia ter sido feito de forma manual, todavia, em virtude do grande número de estudantes e do volume de dados, foi mais adequado criar um algoritmo computacional para automatizar essa etapa necessária ao estudo. Esse algoritmo foi desenvolvido por especialistas da área de Informática em Saúde que trabalhavam no Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Isso foi feito de acordo com as especificidades do estudo, as quais foram descritas para os estudiosos em diversas reuniões de pesquisa.

Segundo os especialistas que desenvolveram os algoritmos, o *pipeline* para o processamento dos dados foi executado por meio da linguagem de programação Python 3.8.9, bem como de suas bibliotecas, de modo a possibilitar a manipulação e a visualização de dados. Esse processo foi dividido em três procedimentos: (i) integração e padronização de dados; (ii) extração de características; (iii) e seleção de recursos.

O primeiro procedimento – integração e padronização de dados – foi executado para integrar o conjunto de dados dos estudantes com a descrição das suas profissões desenvolvidas no Sistema Único de Saúde do Brasil. Essa ação foi realizada com base no código de identificação dos estudantes coletados disponível no Avasus. Esses dados possibilitaram identificar os respectivos códigos de ocupações registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Esse cruzamento de informações permitiu as consultas na base oficial do CBO (Brasil, 2022b) para extrair a descrição da profissão de cada estudante.

Ainda durante a primeira etapa, foram integrados dados relacionados aos estabelecimentos de saúde, especificamente no que diz respeito aos níveis da rede assistencial do SUS na qual os cursistas mantêm seus vínculos profissionais. Nessa mesma etapa, alguns atributos da base de dados unificada passaram por um processo de normalização. Efetivamente, foi necessário padronizar os dados para que as análises pudessem ser feitas, pois cada uma das fontes de dados utiliza nomenclaturas diferentes. Por exemplo, o atributo sexo dos estudantes foi padronizado para “Feminino”, “Masculino” e “Não Informado” na base de dados unificada. O atributo referente ao Estado (UF – Unidade Federativa) dos estudantes também foi padronizado.

No caso do CBO, os estudantes que não possuíam afiliação profissional formal no CNES foram rotulados como “Indivíduo sem afiliação formal”. Um tratamento especial, baseado no método de expressões regulares (técnica computacional que permite analisar automaticamente texto e palavras), foi realizado e aplicado ao atributo descritivo das ocupações dos estudantes. O objetivo foi minimizar a dispersão entre as ocupações derivadas, pois todo código de ocupação no Brasil tem um subconjunto de códigos, também chamado de família CBO. Por exemplo, as diferentes descrições de ocupações derivadas da área médica (i.e., médicos especialistas, cardiologista, ginecologista, pneumologista, psiquiatra e outros) foram tratadas e agregadas em um único grupo chamado “Médico”.

A etapa de extração de características concentrou-se, exclusivamente, em criar novos atributos relacionados aos estabelecimentos de saúde e região dos estudantes. Inicialmente, e por meio do CNES dos estudantes que tinham vínculos formais, foram criados atributos associados aos níveis de atenção à saúde do Brasil, que são “atenção primária”, “média complexidade” (nível secundário de assistência à saúde) e “alta complexidade” (nível terciário de assistência à saúde). Esses atributos armazenam valores booleanos (verdadeiro ou falso) e indicam os vínculos

de atuação profissional dos estudantes, isso em relação aos níveis de atenção em que eles atuavam nos serviços de saúde no Brasil.

O atributo região foi criado para permitir agrupar os estudantes em uma das cinco regiões do Brasil: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul. Nesse caso, esse atributo foi criado com base na divisão político-administrativa e regional do Brasil, segundo o IBGE (Brasil, 2021). Para esse agrupamento, foi utilizado o atributo referente à UF (Unidade Federativa – Estado) dos estudantes presente no conjunto de dados do Avasus.

No procedimento de seleção de recursos, foram definidos os principais atributos que seriam utilizados para subsidiar as análises desta pesquisa. Além disso, esta etapa foi fundamental para manter a base de dados que foi unificada – de forma consistente, coerente, anonimizada – e adequada para a publicação em repositório público. Uma descrição detalhada da base de dados unificada (*dataset*), denominada “aspl_dataset_v2.csv”, está disponível no repositório Zenodo¹² para consulta pública (Valentim et al., 2022b).

3.2.1.4 Análise dos dados

A análise foi realizada com base em recursos estatísticos como média, mediana e desvio padrão. Os números absolutos de dados agrupados com seus respectivos percentuais equivalentes também foram analisados. Além disso, a Equação 1, a seguir, foi utilizada para normalizar os dados para fins de comparação entre as populações de cada região e do Brasil.

As seguintes notações foram definidas para as variáveis contidas na Equação 1:

$$taxa = \left(\frac{x_{alvo}}{x_{pop}} \right) \cdot n_{fator} \quad (1)$$

¹² Dados disponíveis no repositório Zenodo <https://doi.org/10.5281/zenodo.6499752>.

Onde:

taxa: referente aos indicadores proporcionais de cada região ou do Brasil;

x_{alvo} : valor referente aos indicadores-alvo (número de alunos, testes de sífilis, casos de sífilis na prisão);

x_{pop} : valor referente à população de cada região (tamanho populacional das regiões, tamanho da população prisional das regiões);

n_{fator} : valor referente à proporcionalidade, usado para normalizar os dados (nesta pesquisa foi por 100.000 habitantes ou 1.000 habitantes).

De acordo com a Equação 1, o coeficiente (*taxa*) representa a proporção de cada população estudada (valores normalizados por 100.000 habitantes ou por 1.000 habitantes)¹³. Nesse contexto, também foram utilizados no estudo as estimativas populacionais das regiões do Brasil, o tamanho da população do sistema prisional, o número de estudantes inscritos no curso Atenção à saúde da pessoa privada de liberdade, o quantitativo de testes sorológicos para detecção da sífilis e o número de casos de sífilis na prisão.

3.2.2 Metodologia Aplicada a Análise dos Impactos Sociais

Diferentemente da metodologia descrita na subseção anterior, que utilizou uma abordagem quantitativa, a análise dos impactos sociais do curso "Atenção à saúde da pessoa privada de liberdade" utilizou um olhar qualitativo e associativo. Sob esse viés, foram feitas

¹³ A Equação 1 foi utilizada, fundamentalmente, para a construção da Tabela 2, além de calcular a taxa de matriculados e concluintes do curso Atenção à saúde da pessoa privada de liberdade (Figura 15) por região do país.

inferências e associações quantitativas à luz dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Ao aplicar esse processo, foi possível classificar quais ODS e suas respectivas metas foram implementadas. A base para a classificação e associação foi a oferta do curso Atenção à saúde da pessoa privada de liberdade e seu respectivo plano com o respectivo conteúdo programático. Para tanto, foram observadas a literatura relacionada aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável que pudessem subsidiar esse processo de inferência associativa e de classificação.

Essa foi uma etapa metodológica complementar à da análise dos impactos epidemiológicos, descrita na subseção anterior, adotada para responder à totalidade da questão de pesquisa Q2. Destaca-se que o olhar puramente quantitativo do cenário epidemiológico, em relação aos dados produzidos pelo curso, é insuficiente para explicar os impactos sociais. Por isso, foi necessário utilizar uma abordagem qualitativa baseada nos ODS, uma vez que eles têm como foco questões relacionadas com a redução da pobreza e das desigualdades sociais, além de buscar a promoção da justiça social, dos direitos humanos e do enfrentamento a iniquidades.

3.3 Metodologia da análise dos impactos da trilha formativa na saúde prisional do Brasil na perspectiva do estudante

A metodologia aplicada para análise dos impactos na saúde prisional na perspectiva do estudante teve como objetivo subsidiar a resposta à seguinte questão de pesquisa: como a educação mediada por tecnologia contribui no contexto da saúde prisional brasileira? Nessa direção, um questionário foi elaborado e aplicado nacionalmente durante o período de 23/03/2022 a 30/06/2022 (aproximadamente 3 meses) aos estudantes do curso "Atenção à Pessoa

Privada de Liberdade". Os critérios de escolha do curso foram: 1) ser o primeiro ofertado na trilha formativa; 2) no período de aplicação do questionário, era o único curso com um número significativo de estudantes concluintes em todas as regiões do país (mais de 1.000 concluintes distribuídos por todas as cinco regiões), ou seja, havia um número considerável de concluintes aptos a responder ao questionário. Como o curso também fazia parte do Programa de Pós-graduação em Estratégia em Saúde Família (PEPSUS), já estava disponível desde 2018 no AVASUS, e tinha como público-alvo os profissionais de saúde, os quais foram o foco principal deste questionário.

O questionário foi aplicado no AVASUS para todos os estudantes concluintes do curso Atenção à pessoa privada de liberdade. Durante o período de aplicação do questionário, foram identificados 6.345 estudantes concluintes aptos a responder. Desse total, 270 responderam ao questionário. O tamanho da amostra esperada seria de 184¹⁴ estudantes concluintes respondentes (participantes) para que o grau de confiança desta pesquisa fosse de 90% com um erro de 6%. Nesse caso, o questionário foi respondido por 86 estudantes concluintes a mais do que o esperado (184), o que representa 46,73% a mais. O tamanho da amostra foi determinado pelo modelo descrito na Equação 2.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)} \quad (2)$$

Onde:

n = Tamanho da amostra a ser calculada;

N = Tamanho do universo (p.e. 6.345 estudantes concluintes);

¹⁴ A análise dos resultados, em função das respostas obtidas, foi descrita em relação às profissões destes estudantes respondentes.

Z = Desvio do valor médio que é aceito para alcançar o nível de confiança desejado. Em função do nível de confiança que se busca, deve-se usar um valor determinado que é dado pela forma da distribuição de Gauss. Os valores mais frequentes são¹⁵:

- **Nível de confiança 90% -> Z=1,645;**
- Nível de confiança 95% -> Z=1,96
- Nível de confiança 99% -> Z=2,575

e = É a margem de erro máximo que se deseja admitir (p.e. 6%); e

p = É a proporção de confiança que se espera encontrar.

O questionário desenvolvido foi composto por 42 questões, nos seguintes formatos: 1) múltipla escolha (mais de uma resposta possível); 2) objetivas (somente uma resposta possível); e 3) por algumas questões em que o estudante participante poderia responder em texto livre. O questionário pode ser consultado no Anexo I. As questões foram divididas em seis eixos, a saber:

1. Perfil do cursista: com seis questões;
2. Compartilhamento do conhecimento: com sete questões;
3. Conteúdo: com onze questões;
4. Direito à saúde da pessoa privada de liberdade: com seis questões;
5. Prática profissional: com seis questões; e
6. Ambiente de trabalho: com seis questões.

O questionário foi composto por perguntas com as seguintes características: questões categóricas nominais, categóricas ordinais, escala de Likert e perguntas abertas (texto livre), conforme descrito a seguir:

¹⁵ Foi destacado em negrito o valor usado para determinar o nível de confiança desta pesquisa.

- I. perfil do cursista: questões categóricas nominais;
- II. compartilhamento do conhecimento: questões categóricas nominais;
- III. conteúdo: questões ordinárias com cinco itens;
- IV. direito à saúde da pessoa privada de liberdade: questões ordinárias;
- V. prática profissional: duas questões baseadas na escala de Likert e quatro abertas; e
- VI. ambiente de trabalho: quatro questões baseadas na escala de Likert e duas abertas.

O questionário, depois de produzido, foi revisado e aprimorado por uma equipe de especialistas com mais de dez anos de experiência nas áreas de educação, educação em saúde, saúde prisional e sistema prisional, conforme descrito no Quadro 3, a seguir.

Quadro 3

Perfil dos especialistas que revisaram o questionário

Especialista	Descrição do Perfil do Especialista
01	Professor universitário, sanitarista, mestre em educação, doutor em Psicologia Clínica com pós-doutorado em Antropologia Médica. Especialista há mais de 30 anos em Educação em Saúde.
02	Professor universitário, enfermeiro, mestre em Saúde da Família e doutor em Saúde Coletiva. Especialista em Saúde Pública há mais de 11 anos.
03	Professora universitária, enfermeira, especialista em saúde da família, mestre em Saúde Pública e doutora em Saúde Coletiva. Desenvolve pesquisas na área de Saúde Prisional há mais de 12 anos.

04

Professor universitário, mestre em Psicologia Social e doutor em Políticas Públicas e Formação Humana. **Especialista em Sistema Prisional há mais de 18 anos.**

Todos os dados derivados das perguntas do questionário, antes de serem utilizados nesta pesquisa, foram previamente anonimizados pela equipe de tecnologia da informação e comunicação do Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Destaca-se que os dados provenientes da aplicação do questionário eram de interesse da coordenação do Projeto “Sífilis Não” e da coordenação do Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde do Brasil (AVASUS). Nesse contexto, todo o processo de aplicação foi de interesse administrativo, cuja finalidade, para além de produzir a pesquisa, foi de aprimorar a qualidade dos cursos ofertados no Avasus. Portanto, a aplicação do questionário no AVASUS foi realizada por demanda da gestão, o que contribuiu também com a pesquisa. Nesse sentido, esta pesquisa utilizou um banco de dados cujas informações são agregadas sem a possibilidade de identificação individual, sendo de domínio público.

No Brasil, existem as Resoluções Nº 510/2016 e Nº 674/2022 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), publicadas no Diário Oficial da União do Brasil, no dia 24 de maio de 2016, edição 98, seção 1, página 44 e no dia 06 de maio de 2022, edição 203, seção 1, página 65, respectivamente. De acordo com esses documentos, ficam dispensadas de registro em Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)/Brasil ou na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/Brasil as seguintes pesquisas (Resolução Nº 510/2016) e (Resolução Nº 674/2022):

- a) que utilize informações de acesso público nos termos da Lei N° 12.527, de 18 de novembro de 2011; ou
- b) que trabalhe com bancos de dados, cujas informações são agregadas sem possibilidade de identificação individual; ou
- c) que utilizem informações de domínio público (Resolução, 2016).

Pelas razões apresentadas, esta pesquisa não foi registrada no CEP/CONEP do Brasil, pois não havia necessidade, conforme as resoluções supracitadas. Além disso, por se tratar de uma pesquisa que foi de interesse da administração pública, todos os dados estão disponibilizados publicamente no AVASUS e também em um repositório de domínio público; em ambos os casos, de forma anonimizada. Esse é outro aspecto que dispensa o registro no comitê de ética, pois se trata de dados públicos.

4. Resultados

Esta seção foi organizada de forma a descrever os resultados obtidos durante o desenvolvimento do objeto de pesquisa desta tese de doutorado. Para tanto, foram organizadas quatro subseções, cujos resultados a serem descritos respondem às questões de pesquisa previstas na tese.

4.1 A trilha formativa Sistema prisional: além dos muros, o alcance nacional e o engajamento

Os resultados apresentados nesta seção descrevem a trilha formativa Sistema prisional, que se encontra publicada e totalmente em execução no Ambiente Virtual do Sistema Único de Saúde do Brasil (AVASUS, 2022) desde 25 de novembro de 2021¹⁶. Essa trilha é uma sequência de ofertas de módulos educacionais toda baseada no modelo de autoaprendizagem ou autoinstrucional. Nela, não existem pré-requisitos entre os módulos ofertados, ou seja, os estudantes (cursistas) podem escolher qual ou quais cursos, ou a ordem em que desejam fazer os cursos.

A trilha permite aos estudantes a oportunidade de definir o próprio itinerário formativo, conforme planejado para a sua arquitetura pedagógica (projeto pedagógico). Dessa forma, eles podem percorrer todos os cursos, ou somente aqueles que eles tenham necessidade de aprendizagem, em virtude das demandas do trabalho, ou simplesmente porque eles têm interesse por um tema específico. A Figura 10, a seguir, apresenta, de forma resumida, os cursos e seus respectivos planos. É possível acessar todos os planos dos cursos e obter as seguintes

¹⁶ Disponível em: <https://avasus.ufm.br>.

informações: informações gerais (carga horária, público-alvo, se tem ou não facilitação/tutoria, avaliações e data de lançamento), informações sobre o curso, objetivos, conteúdo¹⁷.

Figura 10

Trilha formativa: módulos, público-alvo e carga horária



Fonte: Autoria própria.

A Figura 11 apresenta a arquitetura pedagógica da trilha, que foi organizada de maneira intencional e sistemática, com conteúdos organizados de acordo com as necessidades de qualificação identificadas no contexto da saúde prisional. O objetivo dessa arquitetura foi o de

¹⁷ Os planos dos cursos podem ser consultados no seguinte link: <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/prisional.php>.

possibilitar uma trajetória de formação coesa e contínua, por meio do aprofundamento do conhecimento. Ela também busca estabelecer relações de significado entre os temas afins e os principais atores identificados durante o processo de pesquisa-ação aplicado na construção da trilha formativa Sistema prisional¹⁸. O seu público-alvo principal foram os atores diretamente envolvidos com o sistema prisional no Brasil, que compõem a seguinte tríade: profissionais de saúde, policial penal e o privado de liberdade.

Figura 11

Arquitetura pedagógica da trilha Sistema prisional



Fonte: Autoria própria.

¹⁸ Está disponível em: <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/prisional.php>.

A utilização do Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde (AVASUS), plataforma voltada para promover o conhecimento integrado e acessível a todos, é coerente com as necessidades dessa formação humana em saúde. O AVASUS foi escolhida por ser uma das maiores plataformas educacionais abertas do mundo, com destaque, particularmente, na Região das Américas (Valentim et al., 2022).

Segundo Valentim et al. (2022), o AVASUS, na condição de ambiente virtual de aprendizagem, conseguiu implementar no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil um processo de formação massiva em saúde, isso por meio da mediação tecnológica que possibilitou atingir uma grande escala no processo de formação em todo o território brasileiro. Isso contribuiu para produzir diversos impactos positivos nos serviços de saúde de tal forma que esses impactos podem ser também considerados como indutores de resiliência do sistema de saúde. Particularmente, observou-se a potência do AVASUS em cenários de crises sanitárias, como os que foram vistos durante a epidemia de sífilis e a pandemia de covid-19, que ocorreram de forma concomitante no Brasil (Valentim et al., 2022; Valentim et al., 2021d; Valentim, Dias-Trindade et al., 2022a; Caitano et al., 2022).

No AVASUS, a trilha formativa Sistema prisional foi composta de um módulo introdutório de 30 horas e mais três módulos autoinstrucionais de 60 horas cada um. Portanto, totalizou 210 horas de oferta em cursos livres (totalmente gratuitos) e abertos. Transversalmente à tríade, a trilha também abrange as dimensões apresentadas na Figura 11, as quais são descritas nos tópicos a seguir:

Saúde: aborda questões recorrentes ao sistema prisional, como a saúde mental e os agravos mais prevalentes ao ambiente carcerário, infecções sexualmente transmissíveis (sífilis, HIV e outras), tuberculose e hanseníase, bem como

aspectos relacionados à saúde do homem, à saúde da mulher e às questões materno-infantil no cárcere;

Educação: objetiva disponibilizar para o privado de liberdade os seus direitos e deveres e permitir que ele possa reconhecer e compreender que a saúde e a educação são direitos garantidos pela Lei de Execução Penal (LEP) brasileira. Essa dimensão é estendida para toda a tríade que envolve a saúde prisional, pois, para além do privado de liberdade, é importante ofertar conhecimento que possa sensibilizar todos os atores envolvidos e também a sociedade sobre a temática do sistema prisional. Estar privado de liberdade no Brasil, geralmente, implica uma série de tabus, preconceitos e estigmatização que dificulta a aplicação da lei como ela deve ser – o conhecimento é, portanto, uma intervenção necessária que pode contribuir para mudar a realidade, ou seja, para que a LEP seja de fato cumprida e não somente de direito.

Participação Social: além da inclusão dos três principais atores envolvidos no curso, a trilha formativa Sistema prisional foi aberta para o público em geral que tenha interesse pela temática. Nesse caso, estudantes da área da Saúde, do Direito, trabalhadores do sistema prisional, os familiares dos privados de liberdade podem ter interesse na temática. Por isso, considera-se importante que todos esses indivíduos possam ter acesso de forma indiscriminada aos módulos ofertados por essa trilha formativa. Quando a sociedade compreende que ao tratar da saúde prisional está tratando também da saúde na comunidade, outros objetivos são alcançados para além dos muros dos presídios, por exemplo, da saúde coletiva (de toda a sociedade).

A trilha formativa Sistema prisional: além dos muros é composta por quatro módulos. No que diz respeito ao módulo introdutório Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade, este foi o primeiro a ser ofertado. Nesse módulo, caracteriza-se a população do sistema prisional e as políticas públicas de saúde voltadas para essa população. Além desses aspectos, visa a promover no estudante reflexões e conhecimentos necessários à temática do sistema prisional cujo foco é a Atenção Primária à Saúde. Esse módulo da trilha é uma adaptação do Curso de Pós-graduação em Estratégia em Saúde da Família (PEPSUS/Especialização), uma oferta nacional que ocorreu por meio do Programa Mais Médicos (Oliveira et al., 2015) do Ministério da Saúde.

O Curso de Especialização em Estratégia em Saúde da Família (PEPSUS) foi ofertado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)/Brasil e já contribuiu para formar mais de 3.000 médicos em todo o país. É um curso aprovado e validado pelo Ministério da Saúde, que ainda deverá formar mais 1.500 médicos até 2025¹⁹.

A segunda oferta da trilha formativa Sistema prisional foi o módulo Políticas de Atenção à Saúde no Sistema Prisional. O objetivo foi o de capacitar os profissionais de saúde das equipes de atenção básica prisional para promoção e proteção à saúde das pessoas privadas de liberdade, conforme a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Esse curso aborda vários aspectos da PNAISP, cujo eixo norteador são os direitos humanos e a saúde.

O terceiro módulo ofertado foi O Policial Penal e a Saúde em Ambientes de Privação de Liberdade. Esse módulo visa a desenvolver competências sobre aspectos vinculados à saúde inerentes à profissão do policial penal bem como sobre a qualidade de vida no trabalho. O principal eixo foi o de promover a compreensão dos aspectos éticos e da cultura da humanização

¹⁹ Esse curso de especialização está disponível em: Pepsus: <https://avassus.ufrn.br/course/index.php?categoryid=10> e Rede Pepsus: <http://redepepus.lais.huol.ufrn.br>.

no cárcere. Aborda questões relacionadas à saúde mental do policial penal, além de contribuir para desenvolver competências para a promoção da assistência à própria saúde e à saúde da população prisional.

O quarto módulo – Conversando com Pessoas Privadas de Liberdade sobre Saúde: cuidados, promoção da saúde, direitos e cidadania – tem como meta desenvolver competências para a promoção e o acesso à saúde nos espaços de privação ou restrição da liberdade. O principal eixo norteador é o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, seus princípios e sua aplicabilidade no sistema prisional.

Uma vez totalmente preparada, e como já referido, a trilha formativa Sistema Prisional: Além dos Muros foi lançada em 26 de novembro de 2021 (Figura 8). O lançamento contou com a presença de representantes do Ministério da Saúde, do poder judiciário, de autoridades da administração penal e de educadores. Em 9 de fevereiro de 2023, a trilha formativa já contava com mais de 26.500 estudantes matriculados e concluintes em todo o território brasileiro, conforme mostra a Figura 12.

Figura 12

Estudantes matriculados e concluintes em todo o Brasil (dados obtidos em 09/02/2023)



Fonte: Autoria própria.

Como pode ser visto na Figura 12, o curso Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade, é o que possui o maior número de alunos matriculados. Isso se explica provavelmente por ter sido o primeiro módulo a ser ofertado. Assim, diferentemente dos outros três módulos, ele não passou pelo mesmo fluxo de desenvolvimento, uma vez que ele foi adaptado para a trilha

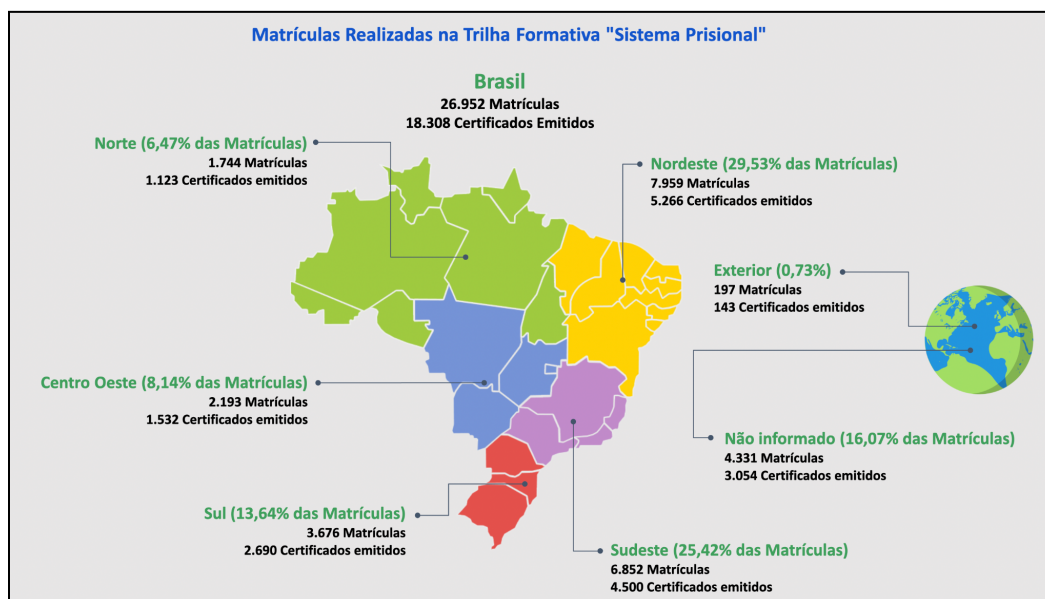
formativa, ou seja, demandou menos esforço. Para Sidrim (2018), o processo de adaptação demanda um esforço menor do que o de construção de um novo curso. No caso do curso Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade, foram feitas somente atualizações pontuais de adaptações para o AVASUS, as quais foram necessárias para inclusão dele na trilha formativa.

Um fator interessante, destacado na Figura 12, é que apesar de os outros três módulos terem sido lançados no mesmo período, eles apresentam um número de matrículas diferente. Uma justificativa para esse fenômeno é que, no Brasil, o número de profissionais de saúde é maior que o número de policiais penais. Portanto, os cursos que apresentam uma relação mais direta com a saúde estão com maior número de matrículas. Outro fator que ajuda a explicar é que os cursos da trilha não são de adesão obrigatória, portanto, os estudantes escolhem livremente e segundo os seus interesses em quais cursos devem se matricular, por isso, não há um número de matrículas uniforme.

A Figura 13, a seguir, apresenta os quantitativos de estudantes matriculados e concluintes no Brasil e por região do país. Nesse mapa, também é possível observar o número de profissionais que se matricularam e de estudantes sem vínculos formais. São considerados sem vínculos formais aqueles indivíduos que não estão registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde do Brasil. Portanto, podem ser estudantes da área de saúde e de outras áreas, profissionais de outras áreas, por exemplo, do Direito, e até mesmo pessoas da população em geral que tenham interesse pelo tema.

Figura 13

Mapa com a distribuição das matrículas realizadas no Brasil



Fonte: Autoria própria.

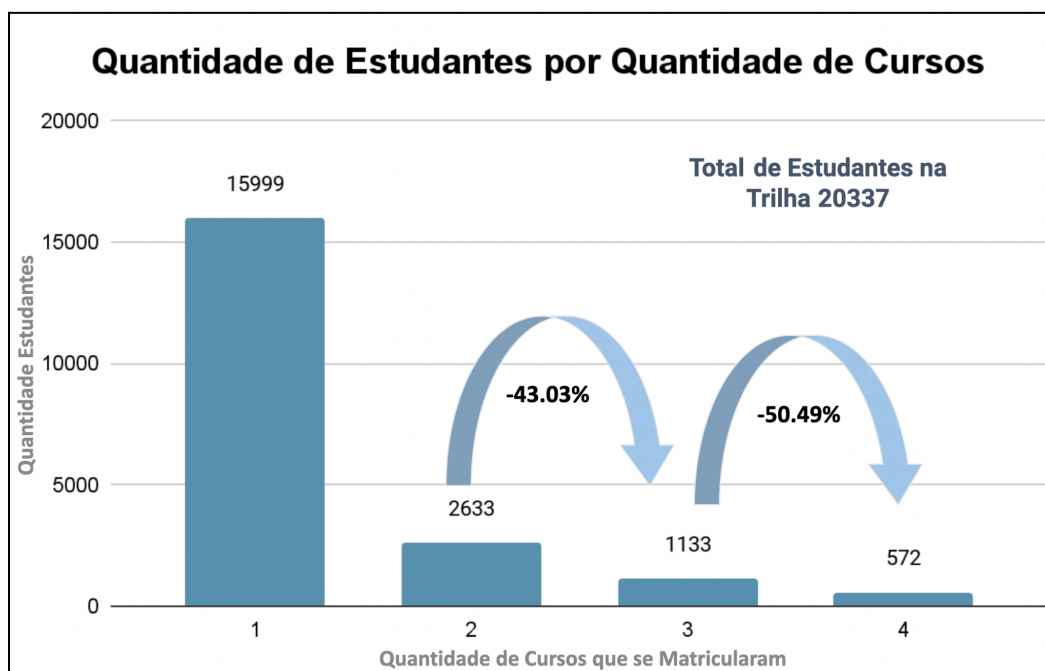
A caracterização dos dados dos estudantes matriculados na trilha formativa também foi descrita na Figura 13. Com relação ao Brasil, até a data de 17 de fevereiro de 2023, foram registrados no AVASUS um total de 26.952 matrículas na trilha formativa. A Figura 13 ainda destaca que ocorreu um total de 197 matrículas realizadas por estudantes que estão no exterior, ou seja, fora do Brasil. O número de estudantes do exterior representa um total de 0,73% de todas as matrículas realizadas na trilha. O que chama a atenção nesses dados é que todos os cursos da trilha formativa são ofertados somente em língua portuguesa.

Um dado que se destaca na Figura 13 diz respeito às regiões Nordeste, com 7.959 matrículas; e Sudeste, com 6.852 matrículas, pois ambas as regiões totalizaram 14.811 matrículas nos cursos da trilha. Isso significa que 54,95% de todas as matrículas realizadas foram somente por estudantes dessas duas regiões. Outro dado que chama a atenção é que as regiões Nordeste e

Sudeste do Brasil, ambas têm 62,96% da população prisional do país (Moura, 2019), esse fato pode ajudar a explicar o porquê de essas regiões terem apresentado uma maior procura pelos cursos, quando comparadas com as demais. Já a região Sul do Brasil, que tem 17,78% da população prisional do país (Moura, 2019), registrou 13,64% das matrículas realizadas na trilha formativa. Com relação às regiões Norte e Centro-Oeste do Brasil, ambas registraram 14,61% das matrículas realizadas na trilha formativa. Essas duas regiões também apresentam as menores populações prisionais, respectivamente, 7,89% e 11,37%.

Apesar de não ter sido feito um estudo de correlação estatística entre as variáveis matrículas e população prisional, pois não era esse o objeto deste estudo, observa-se que, nessas duas regiões, o tamanho de suas populações prisionais, assim como nas demais regiões, podem também ajudar a explicar a busca pelos cursos e matrículas realizadas na trilha. Isso porque existe uma coincidência entre o tamanho da população prisional e a proporção de matriculados por regiões do Brasil.

Uma característica da arquitetura pedagógica da trilha é que, apesar de ser totalmente aberta para qualquer público, ela foi, intencionalmente, planejada para atender a especificidade de formação dos atores que compõem a tríade no contexto da saúde prisional. Diante desse conceito, foi feita uma análise para identificar como o processo de formação massiva observado nos dados da Figura 13, com mais 26 mil matrículas realizadas em toda a trilha, foram impactados pela especificidade da arquitetura pedagógica. Os resultados, apresentados na Figura 14, a seguir, demonstram que os estudantes escolheram, majoritariamente, apenas um curso da trilha (os dados deste gráfico foram processados em outubro de 2022, por isso foram registrados menos estudantes matriculados).

Figura 14*Histograma de matrículas dos estudantes nos cursos*

Fonte: Autoria própria.

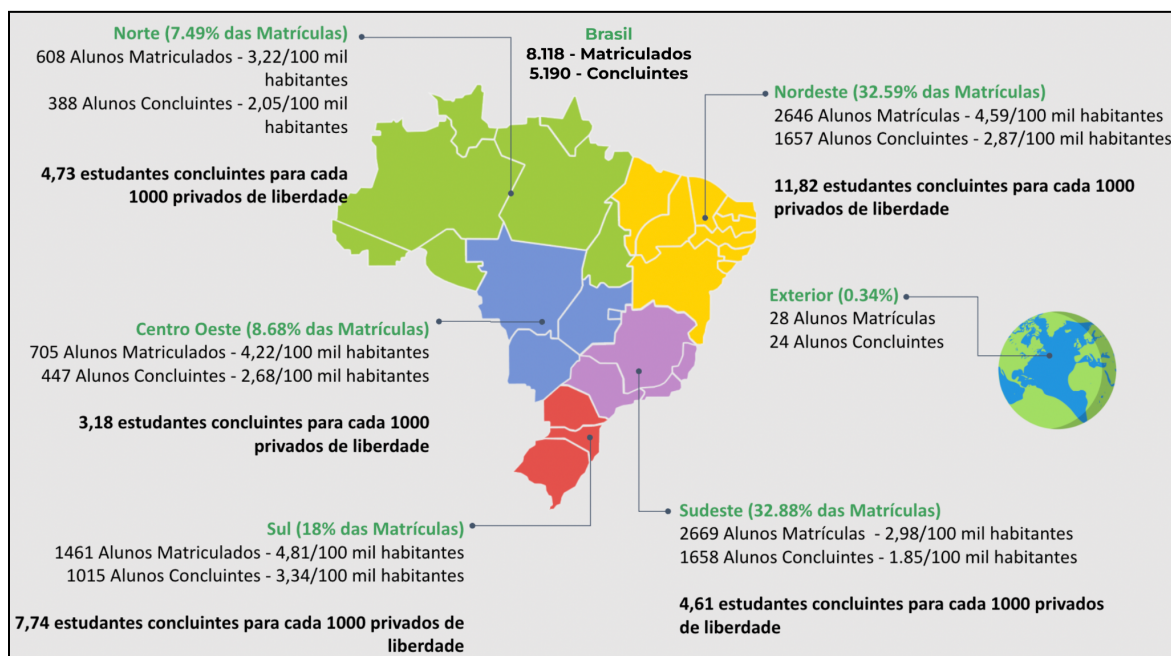
Com base na Figura 14, pode-se observar que aproximadamente 16.000 (78,67%) estudantes de um total de 20.337 fizeram somente um curso. Outra observação é que o número de estudantes que fizeram dois cursos ou mais reduziu de forma significativa, em uma razão entre 43% e 50%, aproximadamente, respectivamente de dois para três cursos (redução de 43,03%); e de três para quatro cursos (redução de 50,49%), como destacado na Figura 14. Portanto, isso demonstra que os estudantes se matricularam nos cursos da trilha de acordo com seus interesses e/ou necessidades, o que é plausível em virtude da arquitetura pedagógica proposta, que induz uma escolha de forma livre por parte dos estudantes e baseada nos seus interesses de formação. Esse aspecto, observado por meio dos dados secundários extraídos do

Avasus, será mais discutido na subseção 5.3, na qual é apresentado um estudo a partir de um questionário aplicado aos estudantes da trilha.

Diante dos resultados apresentados nesta subseção, é possível afirmar que o método de pesquisa-ação possibilitou o desenvolvimento de uma trilha formativa para a saúde prisional, alcançando, de forma espontânea, escalabilidade nacional, aspecto demonstrado pelo número de estudantes de todo o país matriculados na trilha. Portanto, a questão de pesquisa Q1 – é possível, a partir do método da pesquisa-ação, produzir uma trilha formativa para a saúde prisional que possa alcançar escalabilidade nacional com engajamento por meio da adesão espontânea (não obrigatória)? – foi respondida de forma positiva.

4.2 Impactos epidemiológicos da trilha formativa Sistema prisional: os dados do curso versus os dados epidemiológicas

Durante o período de 07/06/2018 a 14/01/2022, o curso Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade obteve um total de 8.118 inscrições de participantes de todas as regiões do Brasil. A Figura 15, de forma sintetizada, reporta características que evidenciam a amplitude do curso, como a distribuição espacial dos cursistas no território brasileiro, a taxa de matriculados e concluintes por 100.000 habitantes (conforme Equação 1), o número absoluto dos cursistas que concluíram o curso por região e o número de cursistas por 1000 privados de liberdade por região (conforme Equação 1).

Figura 15*Análise dos estudantes por região do Brasil*

Fonte: Autoria própria.

Observa-se que, além das cinco regiões brasileiras, o curso Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade recebeu 28 inscrições de participantes que se encontravam no exterior, o que representa 0,34% do total de matriculados. Ainda com base na Figura 15, destaca-se que, em números absolutos, as regiões Sudeste e Nordeste possuem o maior índice de matriculados, 2.669 (32,88%) e 2.646 (32,59%), respectivamente. Em termos proporcionais, a região Sul destaca-se como a que apresenta a maior taxa de matriculados e de estudantes que concluíram o curso por 100.000 habitantes: 4,81 e 3,34, respectivamente. Ao acompanhar a análise proporcional, a região Nordeste e a Centro-Oeste possuem valores aproximados aos da região Sul, quando observadas as taxas de matriculados. A região com o maior índice de conclusão do curso foi, portanto, a região Sul, seguida da região Nordeste (ver Figura 15), isso durante o período amostral desta pesquisa.

Ao somar os concluintes em todas as regiões do Brasil, no exterior e daqueles que não informaram sua localização, o curso Atenção à saúde da pessoa privada de liberdade qualificou 5.189 (63,93%) estudantes. Desses, 4.752 (91,56%) avaliaram o curso e atribuíram a ele uma nota, que varia de 0 a 5, relacionada ao grau de satisfação. Com base na média aritmética das avaliações, o curso obteve nota 4,94. Já em relação à mediana, o curso obteve a nota máxima, 5. O desvio padrão das avaliações foi igual a 0,35. Portanto, é possível considerar que os estudantes avaliaram bem o curso. A nuvem de palavras apresentada na Figura 16, a seguir, reforça essa afirmação, uma vez que as palavras mais frequentes inseridas pelos estudantes durante a avaliação do curso (momento quando o cursista conclui o curso) definem seus sentimentos em relação à qualidade do curso (palavras mais frequentes: excelente, bom, gostei, ótimo e conteúdo).

Figura 16

Nuvem de palavras dos comentários dos alunos



Fonte: Autoria própria.

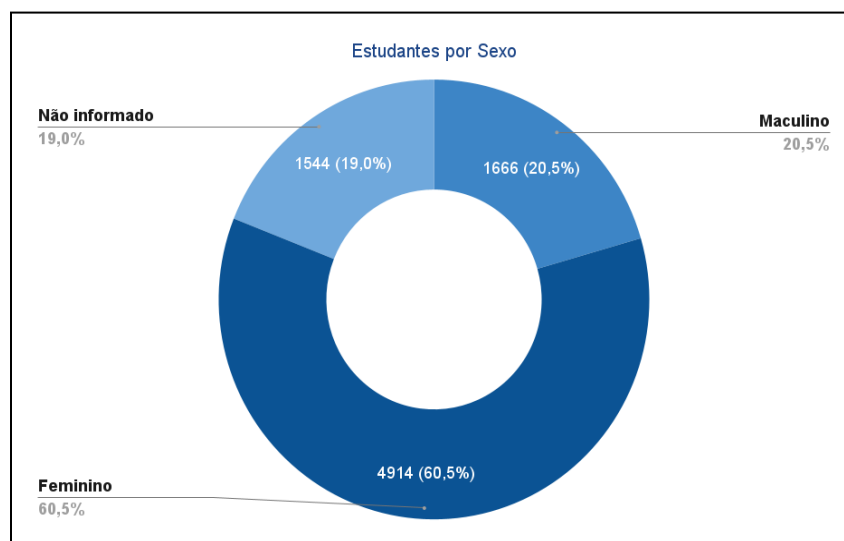
A nuvem de palavras apresentada na Figura 16 foi elaborada a partir do texto que os estudantes inscreveram espontaneamente (não são obrigados a escrever) após avaliar a qualidade do curso.

4.2.1 Caracterização dos estudantes

O processo de caracterização teve como objetivo qualificar algumas informações sobre estudantes matriculados no curso. A Figura 17 destaca a prevalência do sexo feminino entre os inscritos no curso Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade, com um total de 4.914 (60,53%) estudantes. Os demais inscritos se dividem entre os estudantes do sexo masculino e aqueles que não informaram o sexo, sendo eles 1.660 (20,45%) e 1.544 (19,02%), respectivamente.

Figura 17

Estudantes por sexo

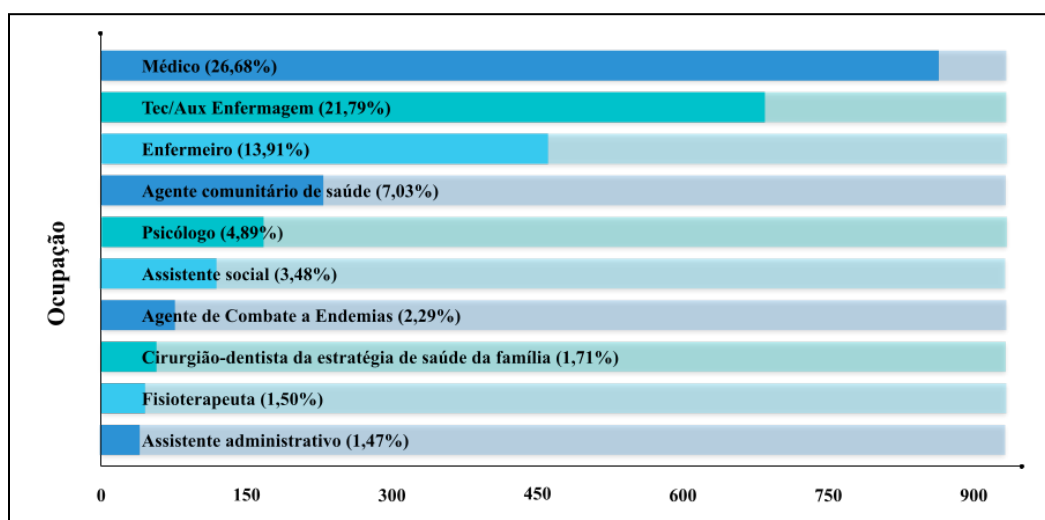


Fonte: Autoria própria.

Em relação à profissão dos estudantes, 3.272 (40,31%) declararam ou tiveram o código CBO identificado por meio do CNES. A Figura 18, a seguir, lista, descritiva e quantitativamente, as 10 ocupações mais frequentes entre os estudantes. Desse grupo de 3.272 estudantes, destacam-se as quatro primeiras profissões mais frequentes, quais sejam: 873 (26,68%) estudantes que exercem atividades profissionais como médicos; 713 (21,79%) técnicos ou auxiliares em enfermagem; 455 (13,91%) que atuam como enfermeiros; e 230 (7,03%) agentes comunitários de saúde.

Figura 18

Número de estudantes por ocupação



Fonte: Autoria própria.

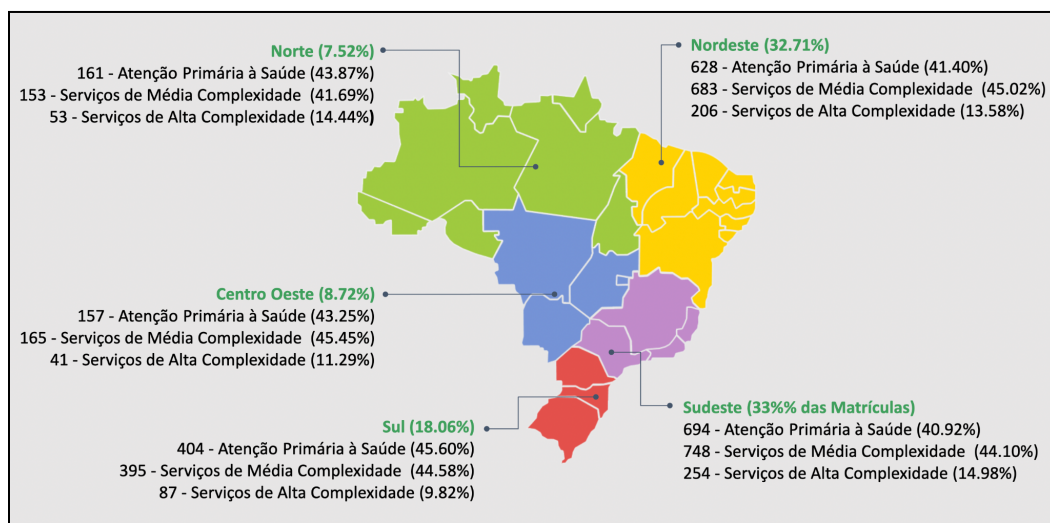
Ao considerar os 8.118 estudantes, observou-se que 4.846 (59,69%) não apresentaram afiliação formal, pois não possuíam ou exerciam qualquer tipo de ocupação formal registrada no CNES no momento em que realizaram o curso. Esses indivíduos sem vínculo formal no CNES

podem ser estudantes da área de saúde ou de outra área interessada no tema, ou pessoas da população em geral também interessadas nesse tema.

O Brasil segue a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que define três diferentes níveis assistenciais para a saúde, de acordo com a complexidade do cuidado, a saber: primária, secundária (média complexidade) e terciária (alta complexidade). A Figura 19 mostra uma visão geral de onde estão geograficamente localizados os estudantes que exercem atividades profissionais no Sistema Único de Saúde do Brasil, o SUS, e em quais níveis assistenciais da saúde eles atuam. De acordo com os dados apresentados na Figura 19, é possível afirmar que os estudantes do curso Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade exerciam suas atividades profissionais nos diferentes níveis assistenciais da saúde, independentemente das regiões do Brasil.

Figura 19

Estudante (profissionais) por nível de atenção à saúde e região



Fonte: Autoria própria.

Além disso, em números absolutos, os estudantes (profissionais) das cinco regiões atuaram, principalmente, em estabelecimentos que prestam serviços à saúde na atenção primária e/ou secundária. Isso se justifica devido a esses dois níveis das redes de atenção à saúde estarem mais diretamente relacionados à saúde no sistema prisional. A atenção primária à saúde no Brasil tem em suas atribuições o papel de atuar na comunidade, portanto, a saúde prisional faz parte de suas competências. A rede assistencial secundária (a média complexidade do SUS) atua com os serviços ambulatoriais de especialidade ou referência, os quais também estão diretamente relacionados à saúde prisional.

4.2.2 Análises: os impactos da formação massiva no contexto epidemiológico da saúde prisional

As análises desenvolvidas nesta subseção estão relacionadas aos impactos do curso Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no cenário epidemiológico do sistema prisional brasileiro. Ao mesmo tempo, de forma qualitativa, foram também analisados os impactos sociais. No contexto social, em relação ao Brasil, foram observados os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030, que serviu de base para a construção analítica e associativa desses objetivos e suas metas, em relação ao curso da trilha formativa estudada nesta pesquisa. Portanto, trata-se de uma análise que procurou responder para além das questões relacionadas aos resultados quantitativos do curso Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade.

Ao olhar para o contexto epidemiológico, observa-se que as pessoas privadas de liberdade fazem parte de um grupo vulnerável a doenças transmissíveis como sífilis, HIV, tuberculose, hepatites ou outros agravos (Fazel e Baillargeon, 2011; Hammett, 2009; Miranda et

al., 2000). Portanto, é também uma população-chave quando se trata de políticas públicas de saúde para o enfrentamento desses agravos.

As prisões são um problema grave de saúde pública e um desafio para a Saúde Global (Valentim et al., 2022a). No Brasil, isso não é diferente: o aumento da população prisional coloca o país em um ranking negativo, pois está nas primeiras posições entre os países que mais encarcera pessoas no mundo (Soares e Gomes, 2016, Valentim, et al., 2022a). Na Tabela 1, é possível observar, no Brasil, que o aumento da população prisional é seguido pelo aumento da população. Esse fenômeno ocorreu em todas as regiões do país, com exceção do Sudeste, que, em 2020, registrou uma redução.

Tabela 1

População do Brasil e do sistema prisional, por região e ano

Região	População				População Prisional (PoP*)			
	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020
Norte	17.929.800	18.182.253	18.430.980	18.672.591	52.167	57.414	63.346,5	64.980
Nordeste	56.442.149	56.760.780	57.071.654	57.374.243	119.835	126.835	137.397	140.159
Centro Oeste	15.870.886	16.085.885	16.297.074	16.504.303	66.093	68.497	71.909	85.226
Sudeste	87.035.037	87.711.946	88.371.433	89.012.240	373.028	380.846	385.399	359.190
Sul	29.526.869	29.754.036	29.975.984	30.192.315	94.473	84.852	92.091	131.130
Brasil	206.804.74 1	208.494.90 0	210.147.125	211.755.69 2	705.597	718.444	750.143	780.686

*Notação: $N = \{2017, \dots, 2020\}$. Cálculo: $PoP_i^r = \frac{PoP(jan-jun)_i^r + PoP(jan-jun)_i^r}{2}$, $\forall i \in N$ e $\forall r \in Região$.

No caso da região Sudeste, esse fenômeno foi explicado em virtude da pandemia de covid-19, pois, nesse período, o Supremo Tribunal de Justiça (STJ) do Brasil autorizou a

liberação temporária de presos que faziam parte do grupo de risco. Portanto, libertou da prisão, aproximadamente, 30 mil presos (Vasconcelos et al., 2020). A região Sudeste do Brasil tem a maior população prisional do país, aproximadamente 46% de todos os privados de liberdade estão em presídios desta região, conforme mostra a Tabela 1.

Em 2016, o Brasil declarou epidemia de sífilis, pois observou um crescimento de, aproximadamente, 5.000% dos casos de sífilis em todo o país. Em 2017, o Ministério da Saúde apresentou uma política nacional de enfrentamento a essa doença no país (Andrade et al., 2020). Nessa política pública de resposta à sífilis, foram incluídas as populações-chave. Isso incluiu a população prisional como uma prioridade.

Em 2018, o Ministério da Saúde lançou o Projeto “Sífilis Não”, que fez parte da pactuação interfederativa entre o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde (são 26 em todo o Brasil, mais o Distrito Federal) e as Secretarias Municipais de Saúde (são 5.570 distribuídas entre os 26 estados do Brasil, mais o Distrito Federal) (Valentim et al., 2022a). Diante dessa ação do Ministério da Saúde do Brasil, pela primeira vez, em mais de 35 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, o tema sífilis entrou na agenda pública nacional de saúde. A sífilis no Brasil deixou de ser uma doença negligenciada depois de pelo menos três décadas (Rocha et al., 2022).

O Projeto “Sífilis Não” foi uma das ferramentas de indução da política pública nacional de enfrentamento à sífilis no Brasil, utilizada pelo Ministério da Saúde. Nesse projeto, foram previstas ações universais e locais. As ações locais foram executadas por meio de intervenções diretas de saúde pública em 100 municípios considerados prioritários, municípios escolhidos pelo Ministério da Saúde em função de terem a maior incidência de sífilis no Brasil. Nas ações

universais, estavam previstas: distribuição de penicilina, testagem, comunicação em saúde pública e educação em saúde (Pinto et al., 2022; Pinto et al., 2021).

Na dimensão da educação em saúde, foi elaborada e produzida uma trilha educacional com 60 cursos direcionados à sífilis e a outras IST, os quais foram ofertados no Avasus. O curso Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade é o único curso dessa trilha educacional cujo objetivo é qualificar profissionais de saúde nesse tema (Valentim et al., 2021c). Ele foi incorporado à trilha Sistema prisional: além dos muros como curso introdutório. Particularmente, essa trilha formativa compõe o repertório da trilha Sífilis e outras IST, porém, com destaque, em virtude de suas especificidades (formar mecanismos de intervenção para a população prisional – população-chave) e públicos-alvos.

Essa breve contextualização a respeito do cenário epidemiológico da sífilis no Brasil contribui para explicar as ações e a proposta educacional do curso, objeto deste estudo, que atuaram na formação massiva de trabalhadores do SUS, de estudantes e da população em geral interessada no tema saúde prisional. Depois dessa compreensão, o presente estudo dirigiu-se a descrever suas análises para o contexto epidemiológico, porém, sem furtar-se dos esclarecimentos que permearam as questões relacionadas ao Projeto “Sífilis Não” – principal indutor desta pesquisa.

Os dados epidemiológicos foram sumarizados na Tabela 2. Nela, é apresentada a taxa de estudantes por 100 mil habitantes, a taxa de testes para sífilis por 1.000 habitantes e a taxa de sífilis no sistema prisional brasileiro por 1.000 habitantes (em relação à população prisional). A normalização dos dados foi importante em virtude da necessidade de análise comparativa dos dados entre as regiões e também com o país.

Tabela 2

Indicadores: curso, teste de sífilis e casos de sífilis no presídio

Região	Estudantes ^{(taxa) a,b} por 100.000 habitantes			
	2018	2019	2020	
Nordeste	537 (0,95)	849 (1.49)	1204 (2.1)	
Sudeste	463 (0.53)	737 (0.83)	1141 (1.28)	
Sul	278 (0.93)	404 (1.35)	674 (2.23)	
Centro-Oeste	135 (0.84)	192 (1.18)	284 (1.72)	
Norte	131 (0.72)	188 (1.02)	252 (1.35)	
Brasil	1544 (0.74)	2.370 (1.13)	3.555 (1.68)	
Região	Teste de Sífilis no Brasil ^{(taxa) c} por 1000 habitantes			
	2017	2018	2019	2020
Nordeste	3.652.437 (64.71)	5.116.669 (90.14)	4.758.341 (83.37)	3.987.258 (69.5)
Sudeste	4.023.328 (46.23)	6.000.901 (68.42)	5.109.036 (57.81)	5.140.036 (57.7)
Sul	1.521.658 (51.53)	2.449.347 (82.32)	2.313.173 (77.17)	1.331.642 (44.1)
Centro-Oeste	1.010.069 (63.64)	1.359.956 (84.54)	1.520.205 (93.28)	762.879 (46.22)
Norte	1.590.936 (88.73)	2.322.215 (127.72)	1.872.062 (101.57)	1.171.197 (62.7)
Brasil	11.798.428 (57.05)	17.249.088 (82.73)	15.572.817 (74.1)	12.393.012(58.5)
Região	Casos de Sífilis na Prisão ^{(taxa) c} por 1000 habitantes			
	2017	2018	2019	2020
Nordeste	1062.5 (8.87)	1353.5 (10.67)	1541 (11.22)	1052.5 (7.51)
Sudeste	2198 (5.89)	2334 (6.13)	2748 (7.13)	2007.5 (5.59)
Sul	1037.5 (10.98)	68.5 (8.03)	710.5 (7.72)	811 (6.18)
Centro-Oeste	438.5 (6.63)	762 (11.12)	876 (12.18)	448 (5.26)
Norte	392 (7.5)	435.5 (7.59)	559 (8.82)	355 (5.46)
Brasil	5128.5 (7.27)	5566.5 (7.75)	6434.5 (8.58)	4674 (5.99)
^a Soma cumulativa dos estudantes matriculados no ano corrente somados com estudantes matriculados ano anterior				

^bEquação 1: $n_{fator} = 100.000 \text{ habitantes}$

^cEquação 1: $n_{fator} = 1000 \text{ habitantes}$

Observação: o período de 2017 a 2020 se deu em virtude da limitação do boletim epidemiológico da sífilis que somente é publicado pelo Ministério da Saúde uma vez por ano, e sempre referente ao ano anterior. Portanto, no final de 2021 tinha-se o boletim de 2020 consolidado. O mesmo para os dados referente ao sistema prisional.

A Tabela 2 apresenta dados relevantes quando se observa a taxa de estudantes matriculados por ano, pois foi observada uma tendência de crescimento em todas as regiões do país. As regiões Sudeste e Norte ficaram com uma taxa de estudantes menor que a taxa nacional, todavia, ainda apresentaram tendência de crescimento. Esse é um fator positivo, pois demonstra que o interesse pelo tema não diminuiu ao longo do tempo. Os dados chamam a atenção, pois isso ocorreu mesmo durante a pandemia, quando alguns especialistas haviam previsto que o grande esforço global no combate à covid-19 poderia fragilizar as redes de cuidado à saúde destinadas ao controle das infecções sexualmente transmissíveis (Nagendra et al., 2020; Napoleon et al., 2020). Destaca-se que a temática das infecções sexualmente transmissíveis é parte essencial do curso estudado devido à incidência desses agravos nos presídios brasileiros.

A explicação para esse resultado referente à taxa de estudantes matriculados no curso Atenção à saúde da pessoa privada de liberdade é a utilização do modelo de oferta massiva, o qual foi viabilizado por meio da mediação tecnológica do AVASUS. É preciso considerar que, em um país como o Brasil, de tamanho continental, com grandes desigualdades sociais e que ainda estava imerso na pandemia de covid-19, seria extremamente complexo usar modelos presenciais para qualificar profissionais, em grande escala, para a saúde no sistema prisional em resposta à epidemia de sífilis.

Nesse contexto, compreende-se a relevância da educação massiva com mediação tecnológica, sobretudo em cenários de crise de saúde pública especialmente em relação ao caso objeto de estudo, visto que o Brasil vivenciava duas crises sanitárias simultaneamente: a de sífilis e a de covid-19. Ao utilizar um modelo de educação massiva e escalável, estruturada por meio da mediação tecnológica, conseguiu induzir mais resiliência no contexto da educação para a saúde prisional. Se não fosse isso, talvez o curso Atenção à saúde da pessoa privada de liberdade não tivesse obtido um alcance tão amplo devido às demandas impostas somente pela covid-19.

Mesmo diante da pandemia de covid-19, a manutenção do interesse pelo tema sífilis no Brasil se explica pelas intervenções do Projeto “Sífilis Não” em todo o território nacional (Pinto et al., 2021), que não parou durante a pandemia, e foi articulado em consonância com as políticas do Ministério da Saúde. Por exemplo, as ações de comunicação do Projeto “Sífilis Não” contribuíram para que o tema estivesse sempre presente na agenda pública de saúde dos estados e municípios do país (Pinto *et al.*, 2021). Um trabalho de divulgação dos cursos da trilha educacional Sífilis e outras IST (isso inclui o curso em análise) foi realizado também por meio de um conjunto de ações interfederativas, especialmente nos 100 municípios considerados prioritários pelo Ministério da Saúde (Pinto et al., 2022; Valentim et al., 2021c).

O estudo de Rocha et al. (2022) reforça o argumento e demonstra quantitativa e qualitativamente que as ações de intervenção nos municípios prioritários foram importantes para incluir o tema sífilis na agenda de saúde pública, e que elas ocorreram mesmo diante de um cenário pandêmico. Esse aspecto também contribui para explicar a tendência de aumento de matrículas no curso Atenção à saúde da pessoa privada de liberdade durante a pandemia de covid-19. Ao mesmo tempo, reforça que a indução das políticas públicas de saúde é uma

estratégia importante que impõe uma melhor resiliência e responsividade ao sistema de saúde (Valentim et al., 2021a).

A coluna Teste de sífilis no Brasil, da Tabela 2, mostra que há um aumento importante dessa testagem em 2018, ano de início do Projeto “Sífilis Não”. A Tabela 2 também mostra os dados para os anos de 2019 e 2020, quando há uma redução da testagem de sífilis. Apesar disso, a quantidade de testes ainda é maior que a do ano de 2017. O ano de 2020 seria um período em que os testes poderiam ter sido reduzidos de forma mais significativa em função da pandemia de 2019, porém, isso não ocorreu, se comparado com o ano de 2017, quando não havia essa crise sanitária mundial.

Com base em Rocha et al. (2022), Pinto et al. (2022), Pinto et al. (2021) e Valentim et al. (2021c), esse fenômeno é explicado pelas intervenções do Projeto “Sífilis Não”, tanto na dimensão da comunicação em saúde como na da educação em saúde. Os autores demonstraram em seus estudos a relação entre as intervenções de saúde pública, o aumento da testagem e a redução dos casos de sífilis no Brasil, particularmente os de sífilis congênita. Esses dados são importantes para as análises de alguns pontos encontrados na coluna Casos de sífilis na prisão da Tabela 2.

Ao observar os casos de sífilis no sistema prisional do Brasil, segundo os dados Tabela 2, na coluna Casos de sífilis na prisão, verifica-se um aumento importante de casos entre 2018 e 2019; em ambos, o número de casos foi maior do que no ano de 2017. Em um primeiro momento, esse pode parecer um dado negativo, todavia não é, pois, se foram detectados mais casos, isso indica que aumentou a testagem – fator preponderante para o diagnóstico e para o tratamento. De fato, o aumento desses casos foi resultante do expressivo aumento de testagem no Brasil, aproximadamente 33 milhões de testes de sífilis foram realizados neste período.

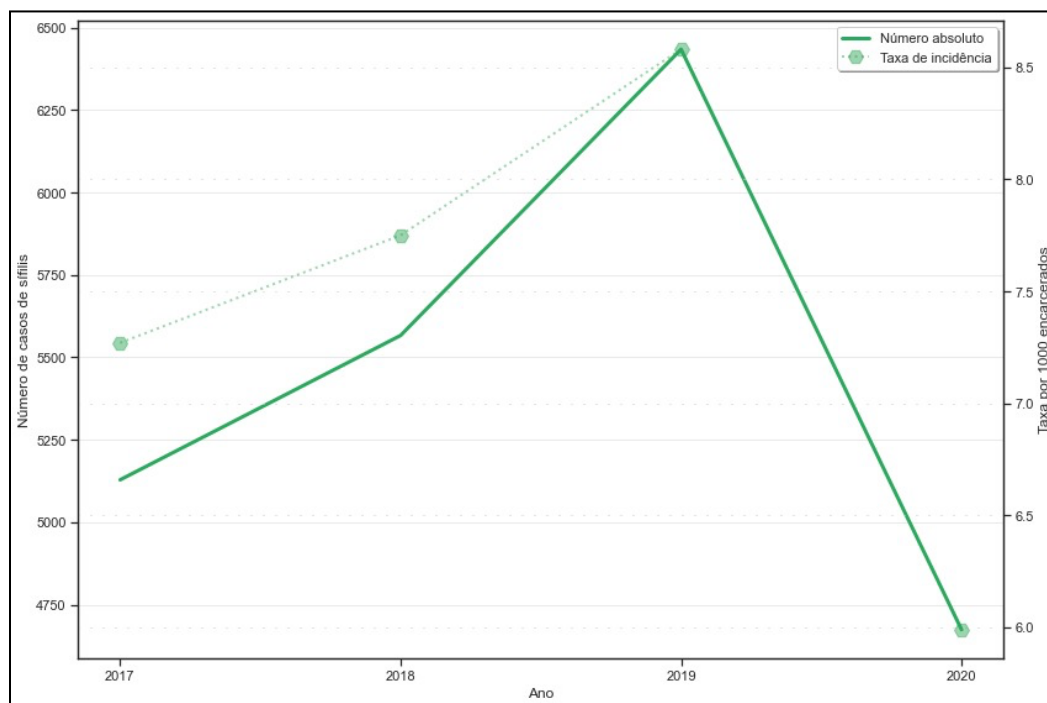
O aumento da testagem qualifica melhor o diagnóstico, o que induz o tratamento (testar e tratar, e, no caso da sífilis, curar). A testagem e o tratamento de sífilis são ações necessárias para tentar interromper a cadeia de transmissão. Ao analisar os dados relacionados à taxa de matrículas da coluna Estudantes e os da coluna Casos de sífilis na prisão, verifica-se que, no ano de 2018, as regiões que tiveram a maior taxa de cursistas concluintes foram aquelas que apresentaram as maiores taxas de sífilis no sistema prisional, a saber: Nordeste, Sul e Centro-Oeste. O aumento de notificações não é um problema, pois pode indicar que houve melhor testagem no sistema prisional dessas regiões, por conseguinte, houve uma maior notificação – nesse processo, não é possível detectar e tratar se não testar. Não haver casos registrados de sífilis nos presídios não quer dizer que eles não existam.

Um dado que chama a atenção na Tabela 2 é a região Sudeste. Nela, observa-se que, em 2018 e 2019, essa região registrou a menor taxa de estudantes matriculados. Concomitantemente, foi a região que registrou a menor taxa de casos de sífilis no sistema prisional, o que pode ser um indício de baixa testagem. Esse fator repercute na redução das notificações dos casos de sífilis nas bases de dados oficiais do governo federal, visto que a sífilis é de notificação compulsória no Brasil.

Apesar de não ser possível demonstrar causalidade ou correlação estatística ainda sobre esse fato, esses dados devem ser considerados em qualquer análise, pois a educação em saúde é uma das variáveis indutoras de resposta nos sistemas de saúde (Valentim et al., 2021a; Ammar et al., 2016; Massuda et al., 2018), portanto, no sistema prisional, isso não seria diferente. Quando se observam os casos de sífilis no sistema prisional do Brasil entre 2017 e 2019, descritos na Tabela 2, há um ponto de inflexão em 2018, que foi observado e destacado na Figura 20, a seguir.

Figura 20

Casos de sífilis no sistema prisional e taxa por 1.000 habitantes (em relação a população prisional)



Fonte: Autoria própria.

Na Figura 20, um ponto que chama a atenção é um aumento expressivo de aproximadamente de 15% de casos entre 2018 e 2019. Nesse mesmo período, houve um aumento de 53% no número de estudantes concluintes no curso Atenção à saúde da pessoa privada de liberdade. Quando se compara o aumento de casos de sífilis entre o ano de 2017, quando esse curso ainda não era ofertado no Avasus, e o ano de 2018, verifica-se que foi registrado, em 2017, um crescimento menor (8,5%) de notificações em relação ao período de 2018 e 2019.

Dois pontos precisam ser considerados nessa análise, 2018 foi o ano em que o Brasil registrou o maior número de testes em todas as regiões, logo, deveria aparecer nos registros o maior número de casos notificados no sistema prisional, isso quando comparado com 2017. No

entanto, esse aumento não ocorreu. Outro ponto é que, em 2019, o Brasil registrou menos testes de sífilis do que no ano de 2018, logo, deveria ter notificado menos casos de sífilis no sistema prisional do que em 2018, todavia, isso também não ocorreu. Nesse mesmo período, o AVASUS registrou um aumento de 53% de estudantes concluintes no curso Atenção à saúde da pessoa privada de liberdade. O aumento dos estudantes concluintes e o registro da maior taxa de notificação de sífilis nos presídios brasileiros é indício de mudanças de processos de trabalho no contexto da saúde prisional. Aumentar a testagem e as notificações indica que algo ocorreu no sistema prisional, pois aumentou o diagnóstico, fator que implica, conseqüentemente, o tratamento dos privados de liberdade, ou seja, os dados indicam uma maior atuação da atenção primária à saúde nos presídios.

As análises apresentadas nesta subseção apontam para a efetividade da educação massiva em saúde em relação ao cenário epidemiológico da sífilis no sistema prisional do Brasil. Os dados analisados evidenciam, ainda, que o curso, além de ter conseguido qualificar mais de 8.000 profissionais de saúde no Brasil, mostra-se como ferramenta estratégica e relevante de intervenção da política pública de saúde para a população prisional, pois tem apresentado resultados que sugerem induzir resiliência e uma melhora na resposta aos problemas relacionados à sífilis nos presídios. Com isso, a questão de pesquisa Q2 foi respondida parcialmente e de forma positiva, pois se verificou que a mediação tecnológica, induzida pelo processo de autoaprendizagem, foi, sim, capaz de produzir impactos epidemiológicos como os destacados nesta subseção.

4.3 A Educação Massiva no Contexto da Saúde Prisional Brasileira: um olhar a partir dos estudantes

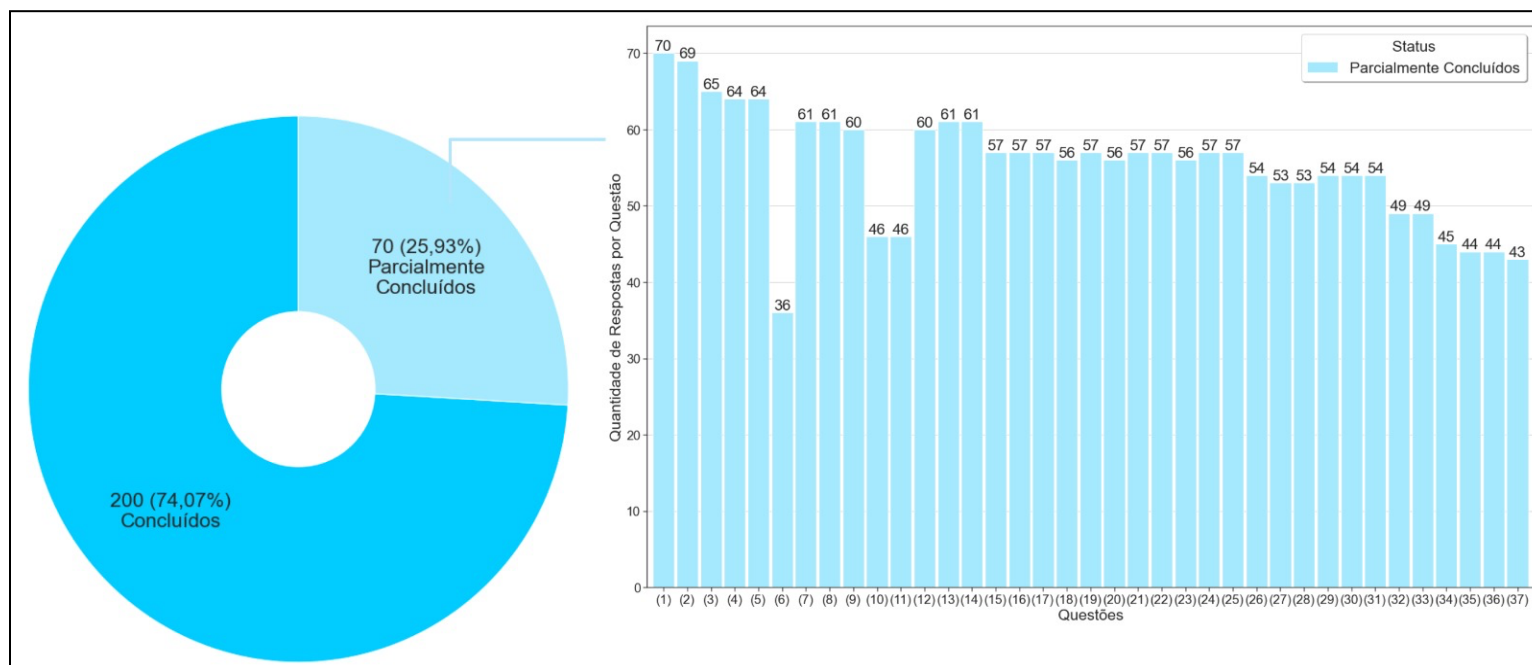
Esta subseção trata de apresentar os resultados obtidos por meio da aplicação do questionário, como descrito na subseção 3.3 do Capítulo 3, que trata da metodologia. Portanto, será uma subseção mais descritiva do que analítica, pois há diversos resultados que precisavam ser apresentados.

O questionário foi composto por 42 questões, nos seguintes formatos: múltipla escolha (mais de uma resposta possível), objetivas (somente uma resposta possível) e abertas (em que o estudante poderia responder em texto livre). Para responder à questão Q3, foi necessário desenvolver uma análise construída a partir da descrição dos resultados apresentados, os quais foram suficientes para consubstanciar a análise.

O primeiro dado a ser apresentado está disponível na Figura 21, a seguir, que demonstra que 200 estudantes concluintes responderam a todas as questões do questionário e 70 responderam parcialmente. Na Figura 21, ainda é possível verificar a frequência de resposta por questão, por exemplo, a questão 1 foi a que obteve o maior número e a questão 6 foi a que obteve o menor número de respostas.

Figura 21

Frequência de respostas por questão do questionário

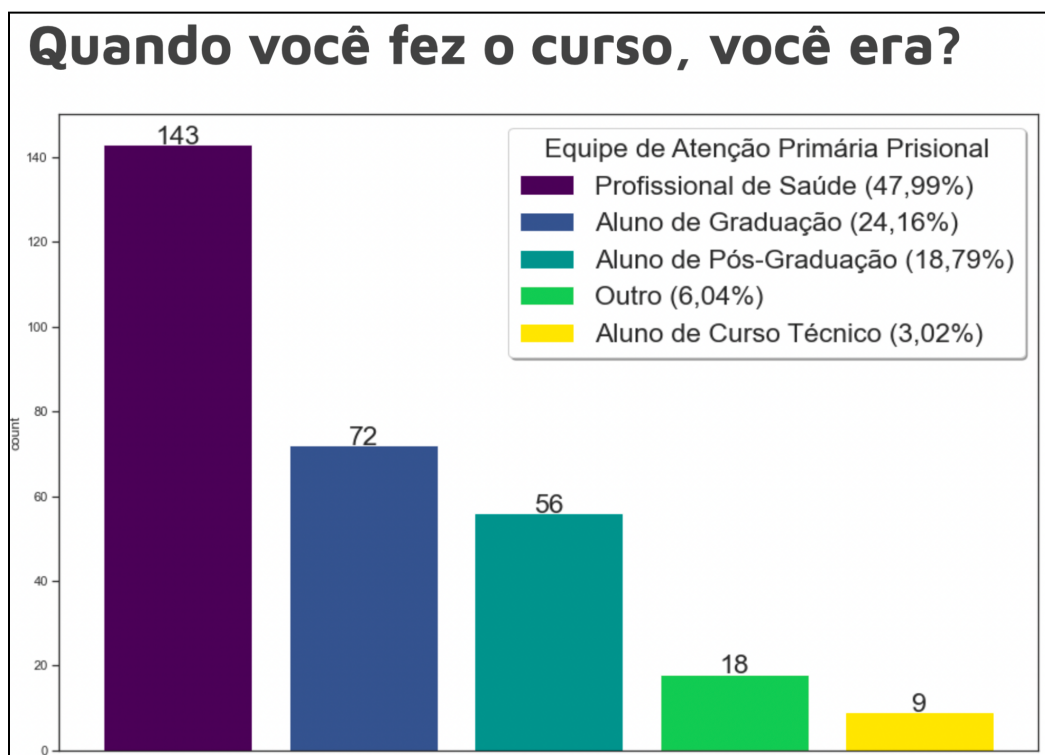


Fonte: Autoria própria.

Ao serem questionados sobre o âmbito de atuação no momento em que participavam do curso, a Figura 22, a seguir, mostra as respostas dos estudantes.

Figura 22

Atuação do estudante quando fez o curso



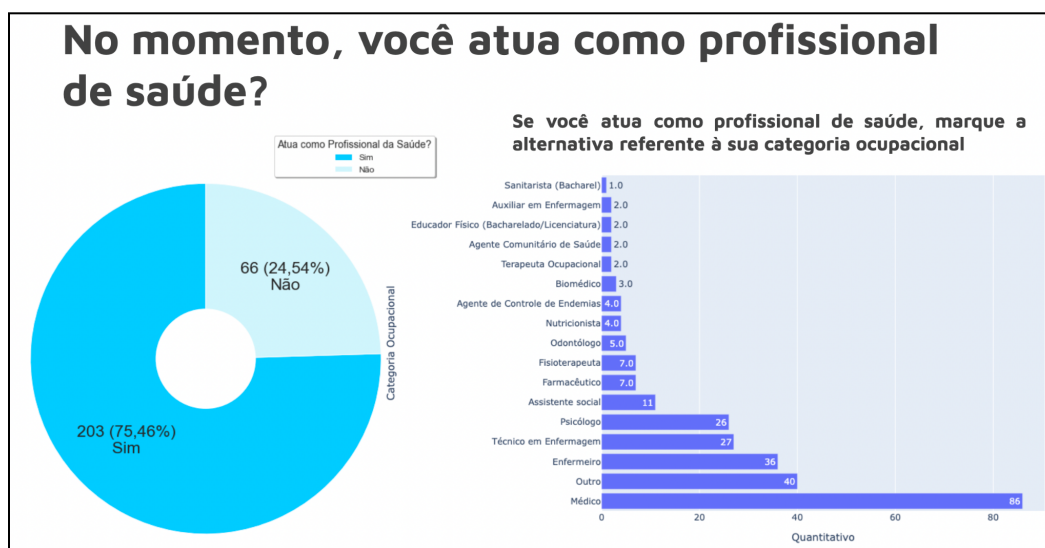
Fonte: Autoria própria.

Com relação à atuação do estudante quando fez o curso Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade, é possível verificar, na Figura 22, que 143 eram profissionais de saúde, ou seja, aproximadamente 48% dos participantes. Quando se observa os que eram estudantes quando fizeram o curso, somam-se aproximadamente 46%. Os trabalhadores da saúde e estudantes interessados no tema do curso somam aproximadamente 94% dos respondentes do

questionário. Já o gráfico da Figura 23, a seguir, destaca a profissão dos estudantes quando fizeram o curso.

Figura 23

Profissão dos estudantes quando fizeram o curso



Fonte: Autoria própria.

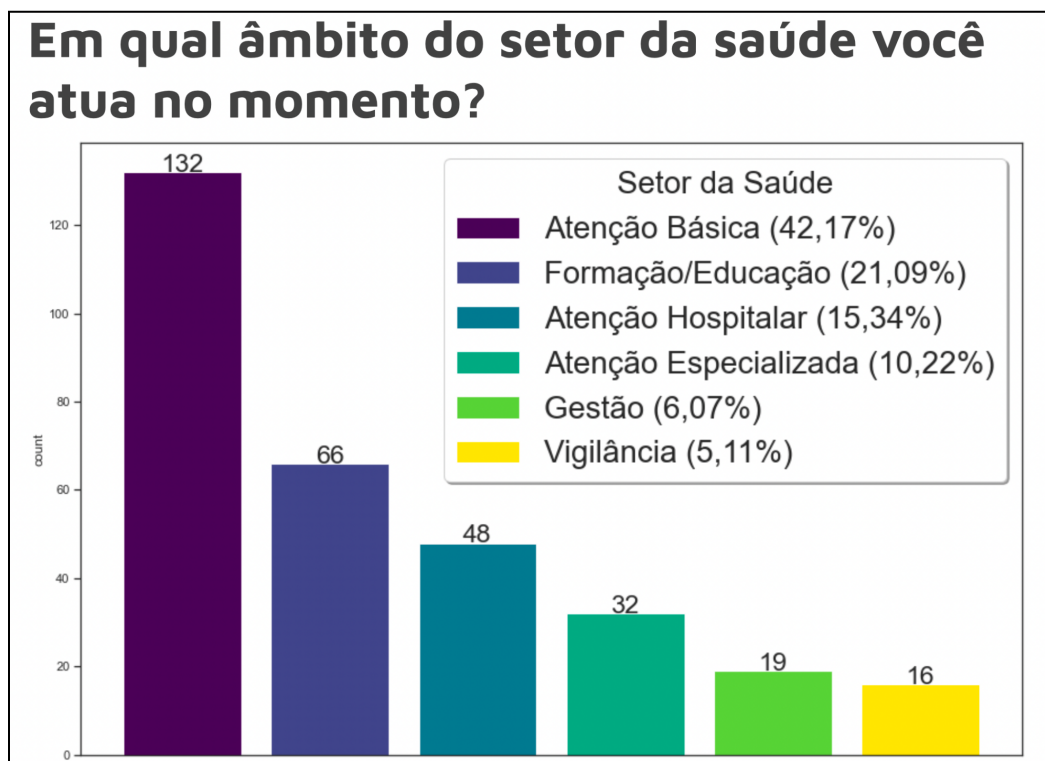
Como resultado, observa-se, na Figura 23, uma predominância de médicos e enfermeiros, com 86 e 36 estudantes respondentes, respectivamente. Essas duas profissões, somadas, representam 60,09% das profissões dos estudantes que responderam ao questionário.

Quando perguntados em qual setor da saúde atuavam no momento do curso, os estudantes responderam de acordo com o que se apresenta na Figura 24. Como resultado, 132 (42,31%) estudantes responderam atuar na atenção primária à saúde. Um dado que chama a atenção no gráfico da Figura 24 é que mais de 21% dos respondentes informaram atuar na área de formação ou educação. Uma justificativa para isso pode ser o interesse de educadores ou de pessoas da área de educação por conteúdos que tratam de temas relacionados ao sistema

prisional. Esse foi o segundo maior grupo de atuação entre os respondentes. Outro dado é que há estudantes de todos os níveis de atenção à saúde no Brasil (primário, secundário e terciário) e também da vigilância e da gestão, portanto, de setores estratégicos do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. Desses setores, praticamente só não foram identificados estudantes da auditoria do SUS.

Figura 24

Setor de atuação dos estudantes no momento da resposta



Fonte: Autoria própria.

É importante destacar que foi perguntado em qual setor o estudante atuava antes de fazer o curso, porém, foi observada pouca variação em relação ao que foi apresentado na Figura 24:

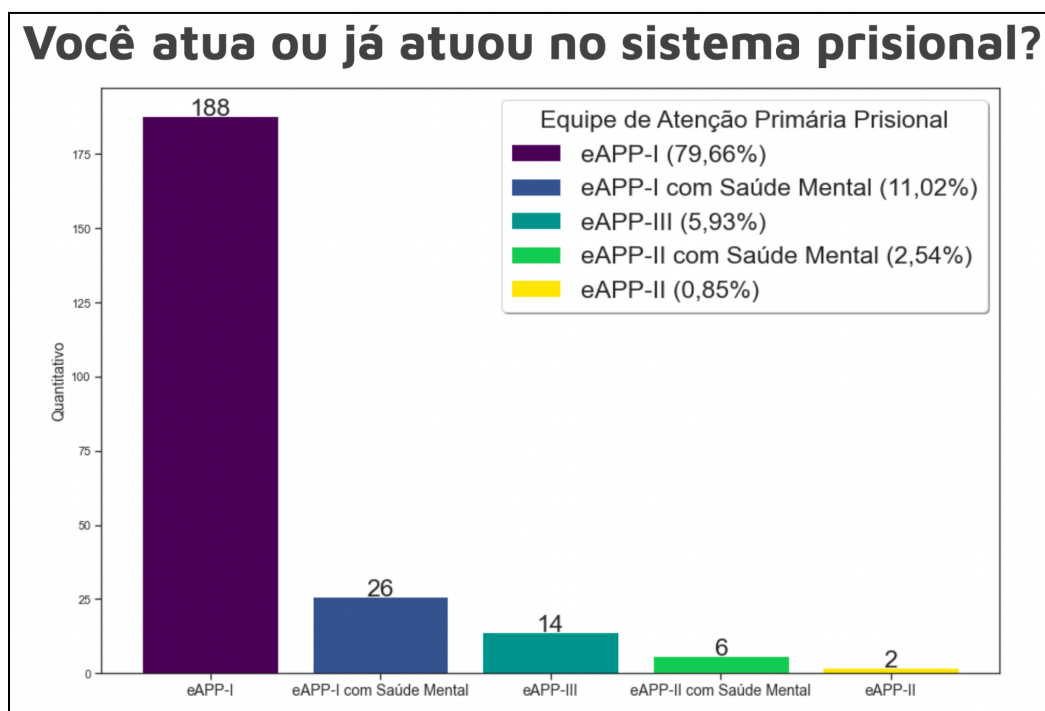
- atenção básica (141): 44,76%;

- formação/educação (68): 21,59%;
- atenção hospitalar (47): 14,92%;
- atenção especializada (26): 8,25%;
- gestão (18): 5,71%; e
- vigilância (15): 4,76%.

Buscou-se identificar que estudantes atuaram/atuavam no sistema de saúde prisional. A esse respeito, foi registrado que havia participantes de todos os tipos de equipes previstas, como pode ser observado no gráfico da Figura 25, a seguir.

Figura 25

Atuação dos estudantes no sistema prisional



Fonte: Autoria própria.

Das Equipes de Atenção Primária Prisional, a de Tipo I foi a de maior predominância entre os estudantes, como mostra a Figura 25, pois 188 (79,66%) respondentes afirmaram atuar ou já ter atuado nesse tipo de equipe. Destaca-se que, na referida equipe, atuam enfermeiros, médicos, técnicos ou auxiliares de enfermagem, cirurgiões-dentistas e técnicos ou auxiliares de saúde bucal. Os demais tipos serão descritos a seguir.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (Pnaisp) foi instituída por meio da Portaria Interministerial Nº 1, de 2 de janeiro de 2014, que disciplina os objetivos, as diretrizes, bem como as responsabilidades do Ministério da Saúde, do Ministério da Justiça e Segurança Pública, dos estados e do Distrito Federal, representados pelas Secretarias de Saúde, de Justiça ou congêneres e dos municípios. As normas de operacionalização dessa política no SUS estão instituídas pelo Anexo XVIII da Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017, que disciplina os tipos de equipes de saúde prisional e os profissionais que compõem essas equipes, conforme descrito a seguir (Melgaço e Torres, 2020).

Equipe de Atenção Primária Prisional Tipo I (eAPP-I): Formada por cinco profissionais, sendo as mesmas categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família (enfermeiro, médico, técnico ou auxiliar de enfermagem, cirurgião-dentista e técnico ou auxiliar de saúde bucal), com carga horária de seis horas semanais.

Equipe de Atenção Primária Prisional Tipo I com Saúde Mental (eAPP-I com Saúde Mental): Formada por oito profissionais: cinco profissionais das mesmas categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família, somados a um psiquiatra ou um médico com experiência em Saúde Mental e dois profissionais

escolhidos entre as seguintes categorias: terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, farmacêutico ou enfermeiro. Essa modalidade de equipe cumprirá carga horária de seis horas semanais.

Equipe de Atenção Primária Prisional Tipo II (eAPP-II): Formada por oito profissionais: cinco profissionais das mesmas categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família, somados a um psicólogo, um assistente social e um profissional escolhido entre as seguintes categorias: terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, assistente social ou enfermeiro. Essa modalidade de equipe cumprirá carga horária de 20 horas semanais.

Equipe de Atenção Primária Prisional Tipo II com Saúde Mental (eAPP-II com Saúde Mental): Formada por onze profissionais: cinco profissionais das mesmas categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família, somados a um psiquiatra ou um médico com experiência em Saúde Mental, um psicólogo, um assistente social e três profissionais escolhidos entre as seguintes categorias: terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, assistente social ou enfermeiro. Essa modalidade de equipe cumprirá a carga horária de 20 horas semanais.

Equipe de Atenção Primária Prisional Tipo III (eAPP-III): Formada por onze profissionais: cinco profissionais das mesmas categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família, somados a um psiquiatra ou um médico com experiência em Saúde Mental, um psicólogo, um assistente social e três profissionais escolhidos entre as seguintes categorias: terapeuta ocupacional,

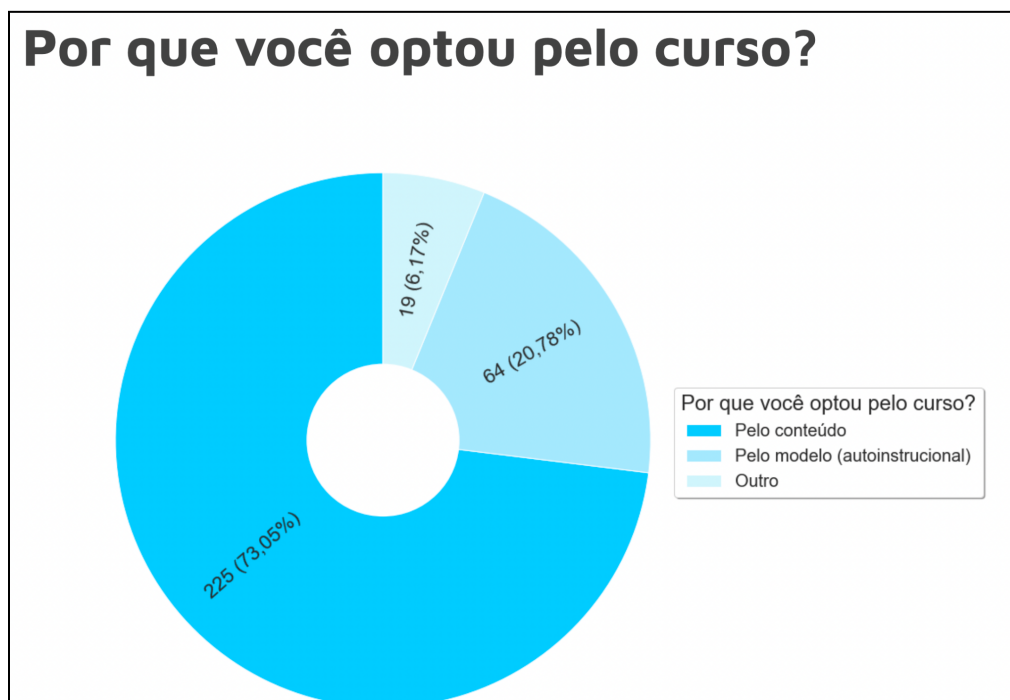
psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, assistente social ou enfermeiro. Essa modalidade de equipe cumprirá a carga horária de 30 horas semanais.

Os dados descritos dizem respeito ao perfil dos estudantes. Quando da resposta ao questionário, foi possível observar que mais de 75% atuavam como profissionais de saúde, e que pouco mais de 24% não atuavam. Um dado significativo, que é complementar, foi que aproximadamente 46% (Figura 22) dos respondentes, quando perguntados sobre a ocupação quando fizeram o curso, afirmaram ser estudantes. Esse dado, ao ser confrontado com os da Figura 23, sugere que o sistema de saúde pode ter absorvido parte desses estudantes, pois se percebe um incremento de 48% (Figura 22), aproximadamente, para 75% de profissionais de saúde, quando a pergunta mudou para “no momento, você atua como profissional de saúde?”. Outro dado relevante, destacado no perfil dos cursistas, é que 236 (87,40%) dos 270 estudantes que responderam ao questionário afirmaram atuar em alguma equipe da atenção primária prisional.

Com relação ao compartilhamento do conhecimento, a primeira descrição feita é apresentada na Figura 26, a seguir, em que se pergunta a razão de o estudante ter optado pelo referido curso.

Figura 26

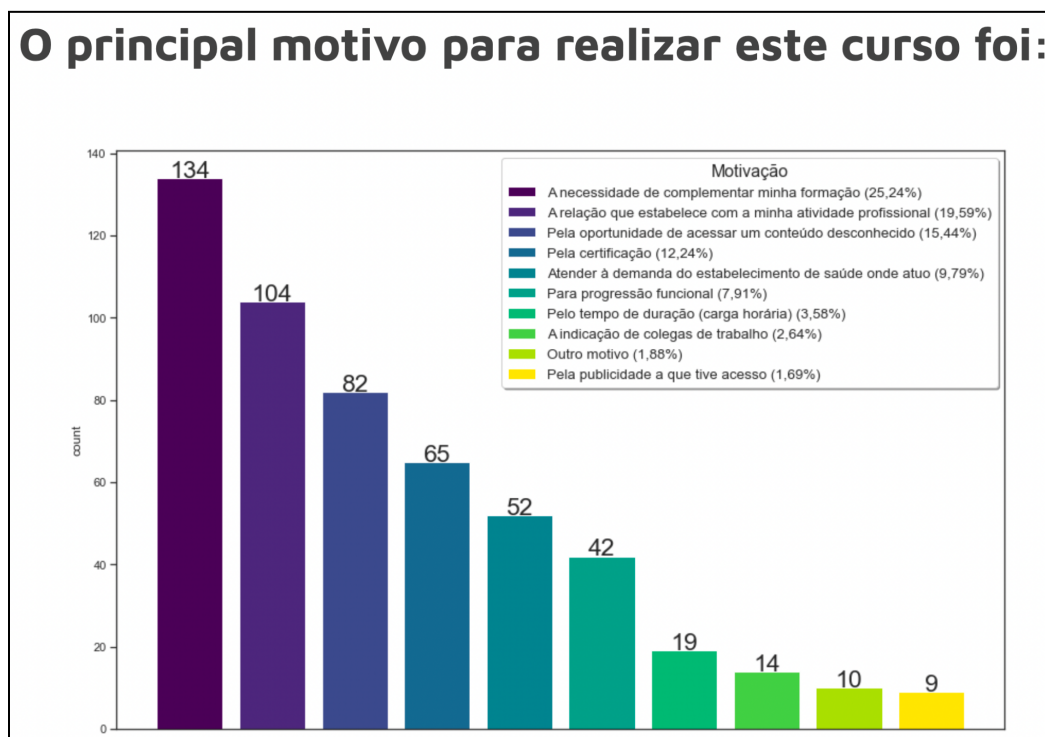
Porque o estudante optou pelo curso



Fonte: Autoria própria.

Com base na Figura 26, é possível verificar que mais de 73% dos respondentes (225) optaram por fazer esse curso pelo conteúdo ofertado. Com isso, verifica-se que há um interesse pela temática, aspecto que reforça a carência de formação permanente na área da saúde prisional no Brasil. Isso também ajuda a explicar a massiva adesão espontânea (não foi um curso obrigatório) ao curso, por profissionais que atuam no sistema prisional do Brasil. De acordo com a confiança estatística demonstrada na metodologia, a tendência é que mais 90% dos estudantes que concluíram esse curso atuam em alguma equipe de atenção à saúde prisional no Brasil – por isso a procura em virtude das necessidades.

Com relação aos motivos de terem escolhido fazer o curso, as respostas podem ser observadas na Figura 27.

Figura 27*Motivos para fazer o curso*

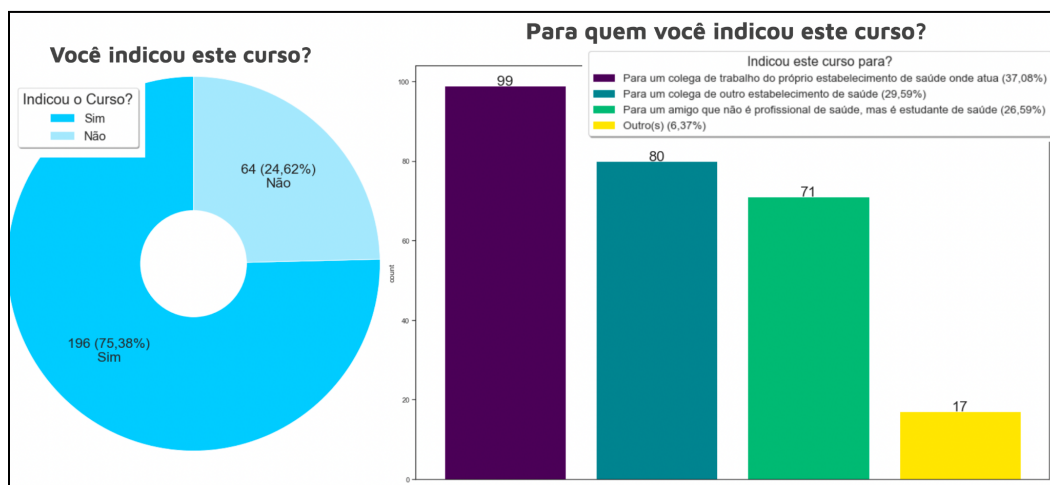
Fonte: Autoria própria.

Ao analisar os percentuais apontados nas respostas dos estudantes no gráfico da Figura 27, observa-se que mais de mais de 60% deles escolheram fazer o curso por alguma necessidade relacionada a suas atividades finalísticas, por exemplo, para complementar a formação; pela relação que o curso estabelece com a atividade profissional; para atender a demanda do estabelecimento onde trabalha; para fins de progressão funcional, entre outras. Logo, as razões que motivaram os estudantes a optar pelo curso estão alinhadas com suas necessidades pessoais, seja pela necessidade de progredir tecnicamente, seja pela demanda do local de trabalho a ser cumprida.

Com relação a indicar o curso para outras pessoas, duas perguntas foram feitas nesse sentido: a primeira é se o estudante indicou o curso e a segunda é para quem ele indicou o curso. As respostas podem ser visualizadas na Figura 28.

Figura 28

Indicação do curso para outras pessoas



Fonte: Autoria própria.

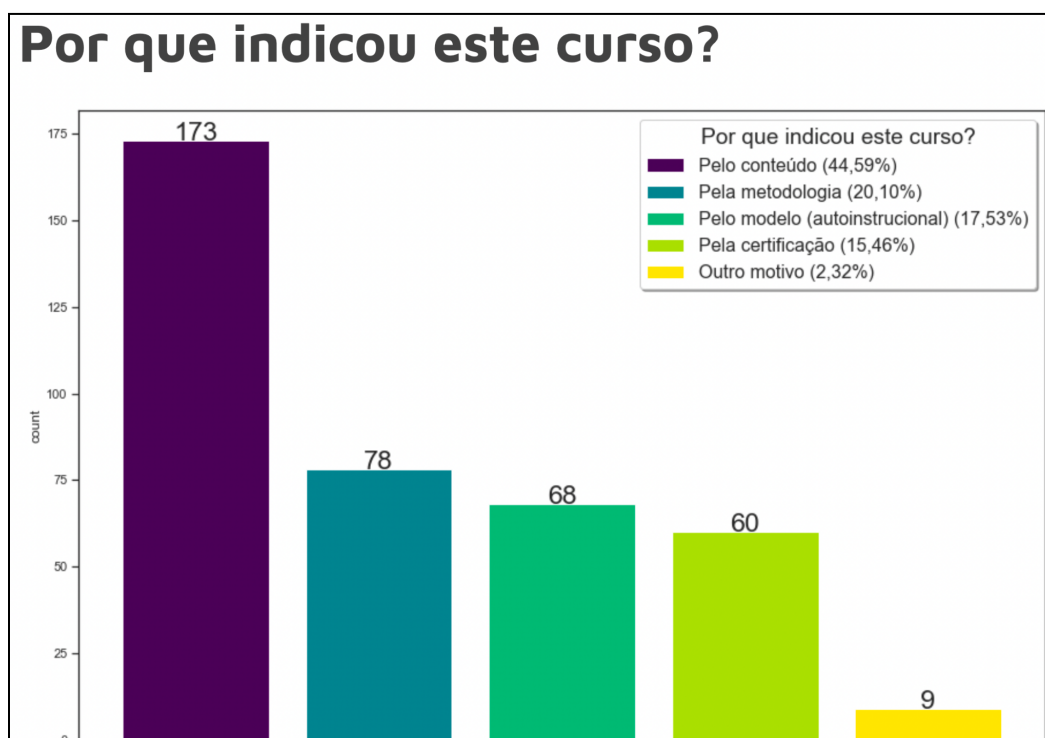
A respeito da Figura 28, foi observado que mais de 75% dos estudantes respondentes indicaram o curso para outra pessoa, e que aproximadamente 67% desses o indicaram para outros profissionais de saúde, do mesmo estabelecimento onde trabalha ou de outro estabelecimento. Além disso, mais de 26% indicaram para estudantes da área de saúde, portanto, as indicações para área de saúde somam 93%.

Em relação ao motivo de terem indicado o curso para outras pessoas, isso foi apresentado na Figura 29. O gráfico desta figura mostra que, ao somar o conteúdo com a metodologia e o modelo autoinstrucional, mais de 82% dos estudantes que responderam ao questionário recomendaram o curso por esses três motivos. Esses três parâmetros estão relacionados, pois o

conteúdo do curso foi planejado de acordo com uma estratégia educacional (metodologia) e também pelo modelo de oferta. Por exemplo, se esse curso fosse presencial, por conseguinte, a metodologia (a forma de apresentar o conteúdo) seria diferente.

Figura 29

Indicação do curso para outras pessoas



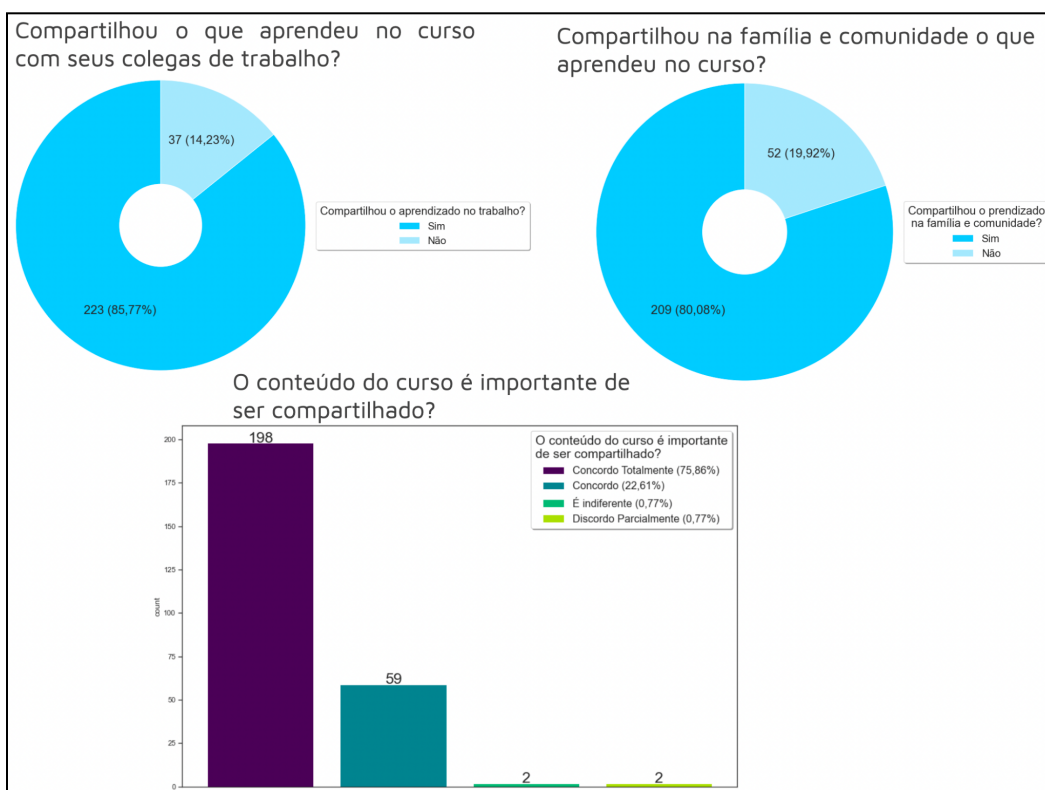
Fonte: Aatoria própria.

Os estudantes foram questionados sobre se haviam compartilhado o aprendizado com outras pessoas. As respostas estão indicadas na Figura 30. De acordo com a Figura 30, os estudantes que responderam ao questionário afirmaram ter compartilhado o que aprenderam com seus colegas de trabalhos e também com a família e a comunidade, com uma média de 85,77% (gráfico à esquerda) e 80,08% (gráfico à direita). Essa resposta reforça os dados anteriores desta

mesma Figura (gráfico de barra, abaixo), uma vez que 98,47% dos respondentes concordam que o conteúdo do curso é importante de ser compartilhado.

Figura 30

O compartilhamento do conhecimento



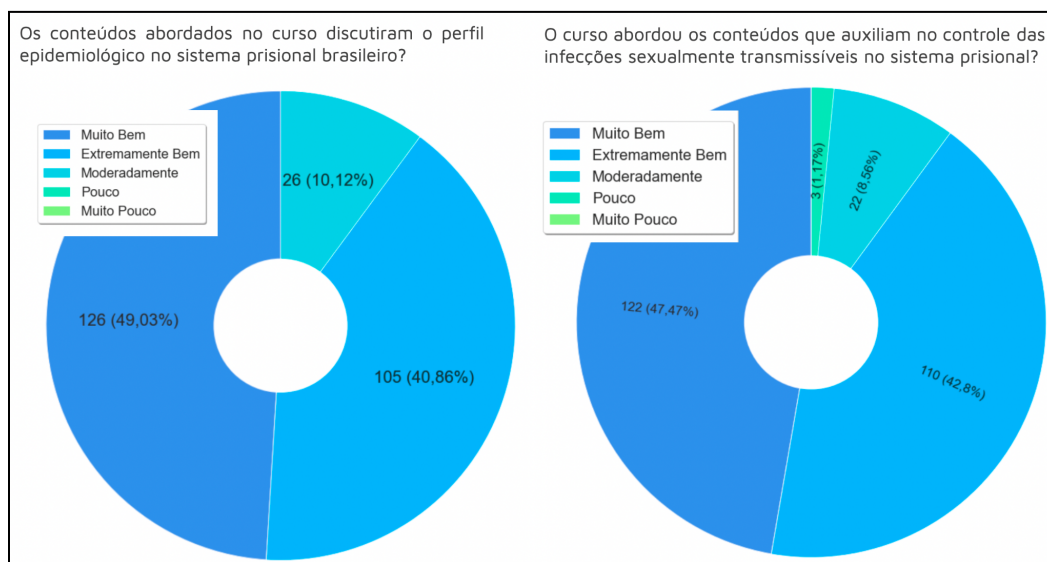
Fonte: Autoria própria.

Com relação ao conteúdo, foi verificado se os estudantes conseguiram compreender os aspectos históricos, legais e de atenção à saúde no sistema prisional brasileiro. Em relação a essa pergunta, as respostas demonstraram que aproximadamente 93% dos estudantes respondentes afirmaram que conseguiram compreender todos os aspectos listados. A distribuição foi, compreenderam extremamente bem (47,08%) ou muito bem (45,91%) e somente 7% deles afirmaram que compreenderam de forma moderada.

A Figura 31 demonstra os resultados de duas questões, a primeira relacionada ao perfil epidemiológico e a segunda em relação ao controle das ISTs no sistema prisional do Brasil. Para aproximadamente 90% dos respondentes, o conteúdo do curso abordou o perfil epidemiológico no sistema prisional brasileiro (gráfico à esquerda). Esse dado é reforçado quando foi observada a questão do controle das infecções sexualmente transmissíveis nesse ambiente, pois 90,27% dos estudantes respondentes confirmaram que o conteúdo abordado auxilia no controle das infecções sexualmente transmissíveis no sistema prisional. Ademais, para 47,47% foi muito bem e para 42,80% o tema foi extremamente bem abordado.

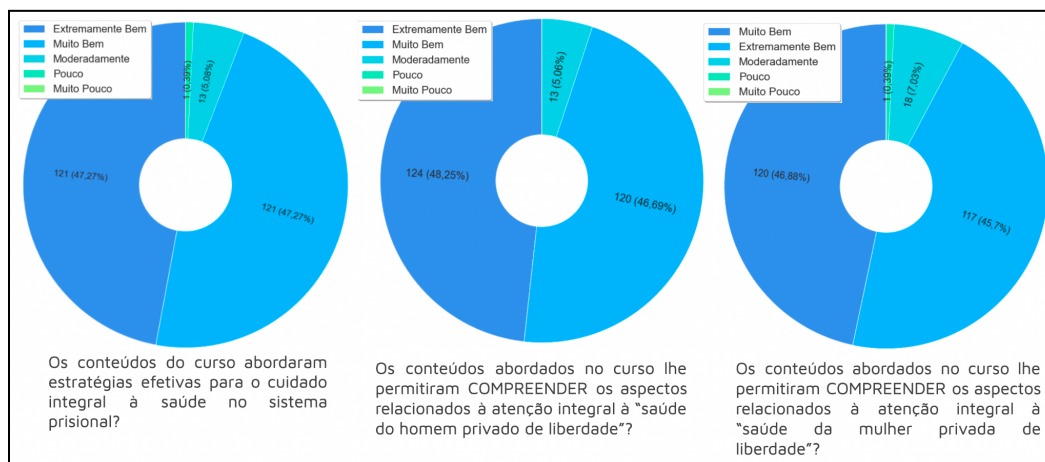
Figura 31

O conteúdo, o perfil epidemiológico e as IST



Fonte: Autoria própria.

As perguntas relacionadas ao cuidado integral à saúde no sistema prisional foram agrupadas na Figura 32, para que fosse possível observar a percepção dos estudantes em relação, também, à saúde do homem e da mulher privados de liberdade.

Figura 32*Cuidado Integral à saúde no sistema prisional*

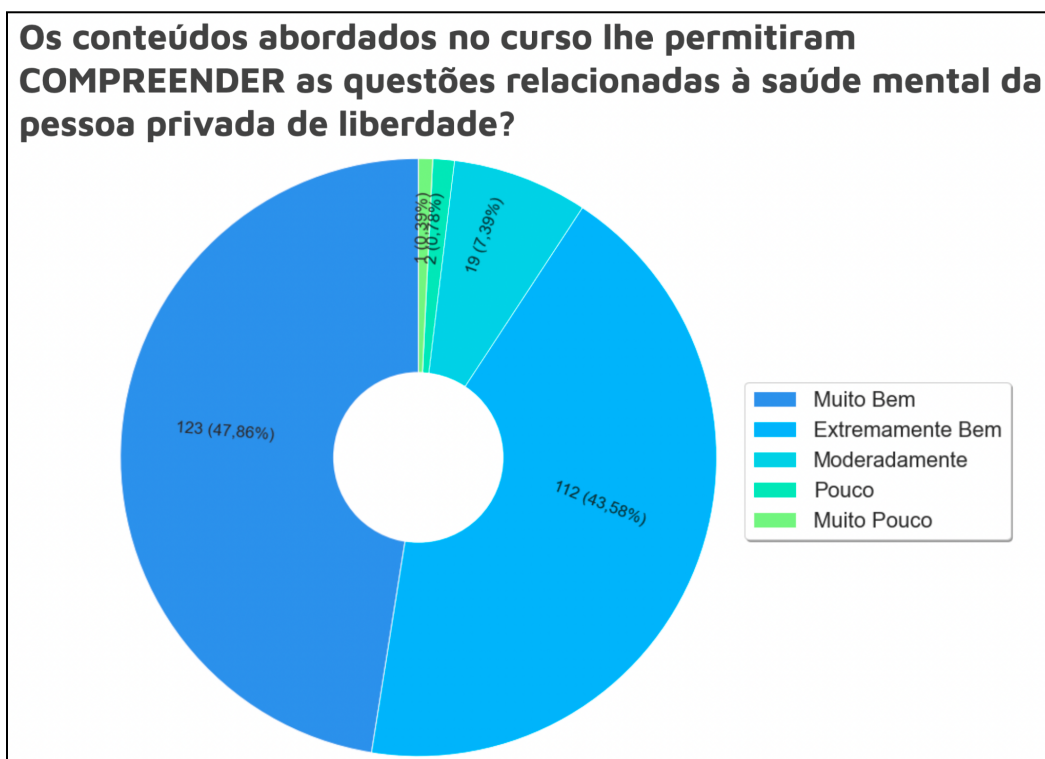
Fonte: Autoria própria.

Nos gráficos da Figura 32, observa-se que mais de 94% dos estudantes que responderam ao questionário afirmaram que o conteúdo abordou estratégias efetivas em relação ao cuidado integral à saúde no sistema prisional (para 47,27% extremamente bem e para 47,27% muito bem, gráfico à esquerda). Percentuais correspondentes a esses foram observados nas respostas dos estudantes em relação à atenção integral à saúde do homem e da mulher privada de liberdade. No gráfico central, verifica-se que mais de 94% dos estudantes consideram que o tema foi extremamente bem (para 48,25%) ou muito bem (para 46,69%) abordado no curso. Isso lhes permitiu compreender os aspectos relacionados à saúde do homem privado de liberdade. Já para 92,58% dos respondentes o conteúdo lhes permitiu compreender muito bem (para 46,88%) ou extremamente bem (para 45,70%) as questões relacionadas à saúde da mulher privada de liberdade (gráfico à direita). Apesar de observar variações percentuais para cada resposta nos gráficos da Figura 32, identifica-se uma relação entre os percentuais, pois a variação é pequena entre eles.

No tocante às questões relacionadas à saúde mental do privado de liberdade, as respostas dos estudantes estão apresentadas na Figura 33. Quando somadas as respostas dos estudantes que responderam, na Figura 33, “extremamente bem” e “muito bem”, verifica-se que mais de 91% deles afirmaram que os conteúdos abordados no curso lhes permitiram compreender as questões relacionadas a essa temática. Destaca-se que assim como as infecções sexualmente transmissíveis, a saúde mental das pessoas privadas de liberdade constitui-se um grave problema de saúde enfrentado no sistema prisional do Brasil.

Figura 33

Saúde mental da pessoa privada liberdade

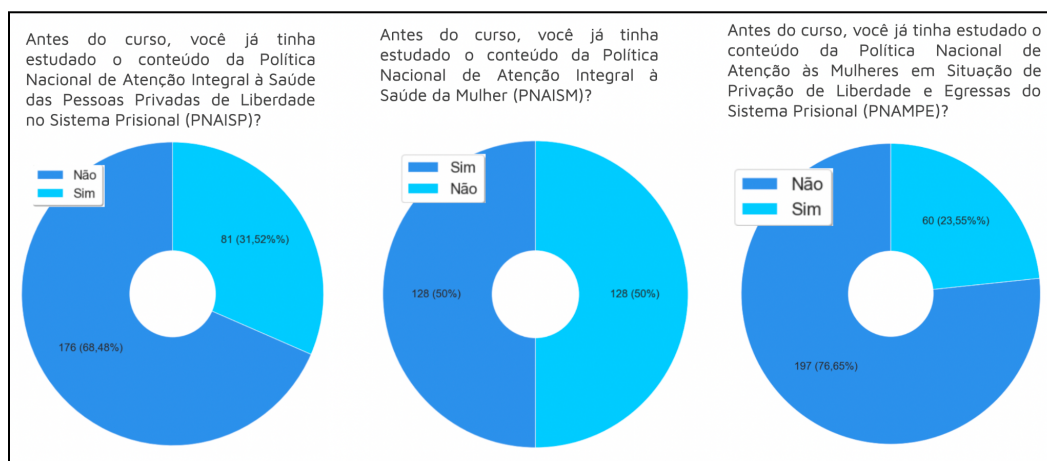


Fonte: Autoria própria.

Três perguntas do questionário relacionadas ao conteúdo tinham como objetivo verificar se os estudantes respondentes tinham conhecimento prévio em relação aos seguintes temas: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP); Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM); Política Nacional de Atenção às Mulher em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE). Nesse sentido, a Figura 34, apresenta três gráficos que destacam os resultados das respostas dadas pelos estudantes.

Figura 34

Conhecimento prévio



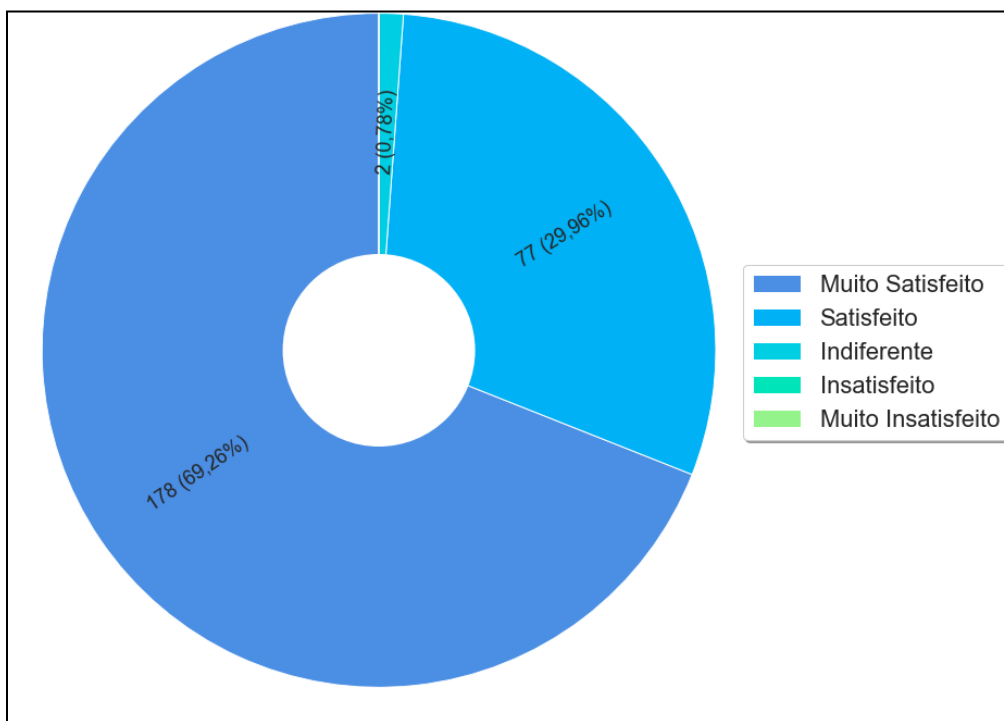
Fonte: Autoria própria.

Com base nos dados apresentados na Figura 34, observa-se que, somente em relação à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), 50% dos respondentes afirmaram ter conhecimento prévio (gráfico à esquerda). Para as duas outras políticas, PNAISP e PNAISMP, a maioria dos estudantes afirmou não ter conhecimento prévio – 68,48% (gráfico central) e 76,65% (gráfico à direita).

Para finalizar as questões em relação ao eixo referente ao conteúdo, os estudantes responderam a seguinte questão: “Qual resposta mais se adéqua à sua satisfação com o curso?”. Na Figura 35, o gráfico demonstra o percentual de satisfação dos estudantes que responderam ao questionário em relação ao curso.

Figura 35

Satisfação com o curso



Fonte: Autoria própria.

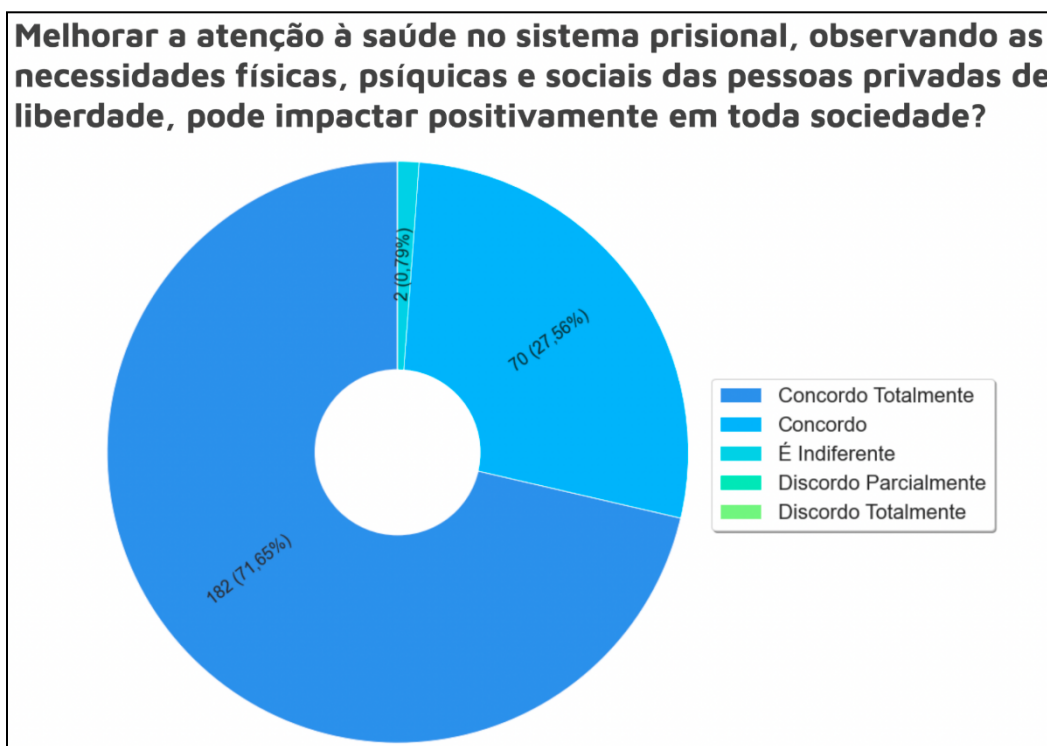
Ao considerar a Figura 35, mais de 99% dos estudantes afirmaram que ficaram muito satisfeitos (69,26%) ou satisfeitos com o curso (29,96%). As respostas registraram um nível muito baixo de insatisfeitos, com 0,78% somente.

A seguir, foi iniciado questionamento sobre o eixo “Direito à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade”, cuja primeira pergunta foi: “Melhorar a atenção à saúde no sistema prisional,

observando as necessidades físicas, psíquicas e sociais das pessoas privadas de liberdade, pode impactar positivamente em toda a sociedade?”. As respostas são mostradas na Figura 36.

Figura 36

Impacto da atenção à saúde do sistema prisional na sociedade



Fonte: Autoria própria.

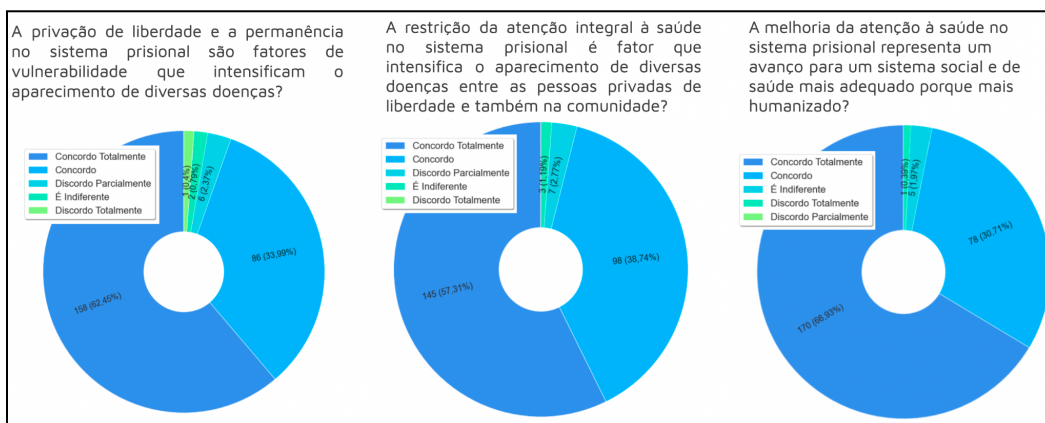
Como pode ser visto na Figura 36, 99,21% dos respondentes concordam que melhorar a saúde prisional impacta positivamente em toda sociedade. Isso demonstra ciência do impacto dessa problemática para a sociedade.

A Figura 37 apresenta a compilação das respostas para as questões que tratam da privação de liberdade e da associação com as doenças, além de apresentar a percepção dos estudantes com relação à melhoria da atenção à saúde com as questões sociais e de humanização.

Na Figura 37, ao observar o gráfico da esquerda, percebe-se que 96,44% afirmaram (concordam totalmente ou concordam) que o sistema prisional é um lugar que favorece o adoecimento, e 96,05% (concordam totalmente ou concordam) compreendem que isso fica ainda mais grave quando há restrição à saúde no sistema prisional (como está descrito no gráfico central). Um aspecto também demonstrado na Figura 37, no gráfico à direita, é que 97,64% dos respondentes entendem que (concordam totalmente ou concordam) melhorar a saúde prisional representa um avanço para o sistema social e de saúde por ser mais adequado e humanizado.

Figura 37

Saúde Prisional, doenças, comunidade e humanização

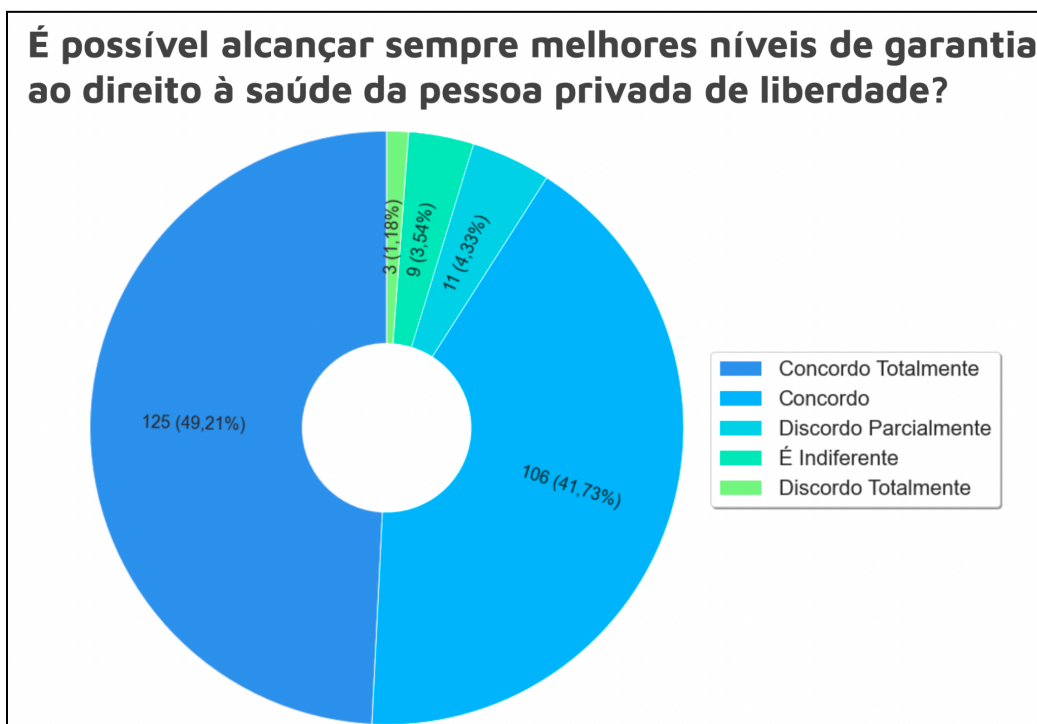


Fonte: Autoria própria.

Além desses dados, os respondentes foram questionados sobre a possibilidade de melhorar a saúde no sistema prisional. Como se pode ver na Figura 38, mais 91% dos estudantes entendem (concordam totalmente ou concordam) que é possível alcançar sempre melhores níveis de garantia ao direito à saúde da pessoa privada de liberdade.

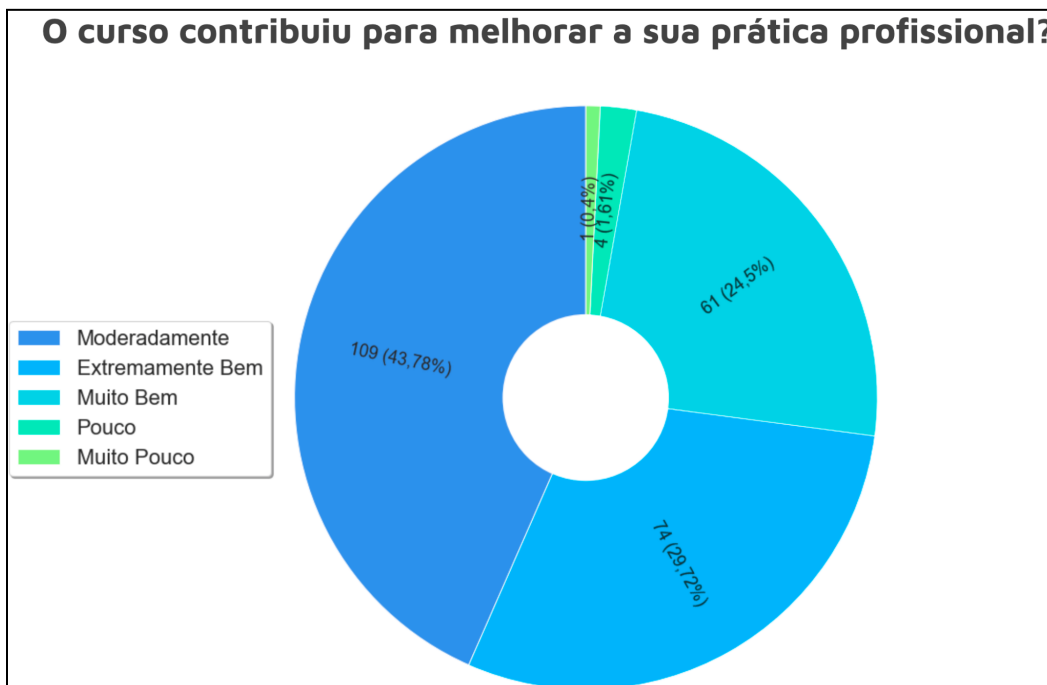
Figura 38

É possível melhorar a saúde prisional?



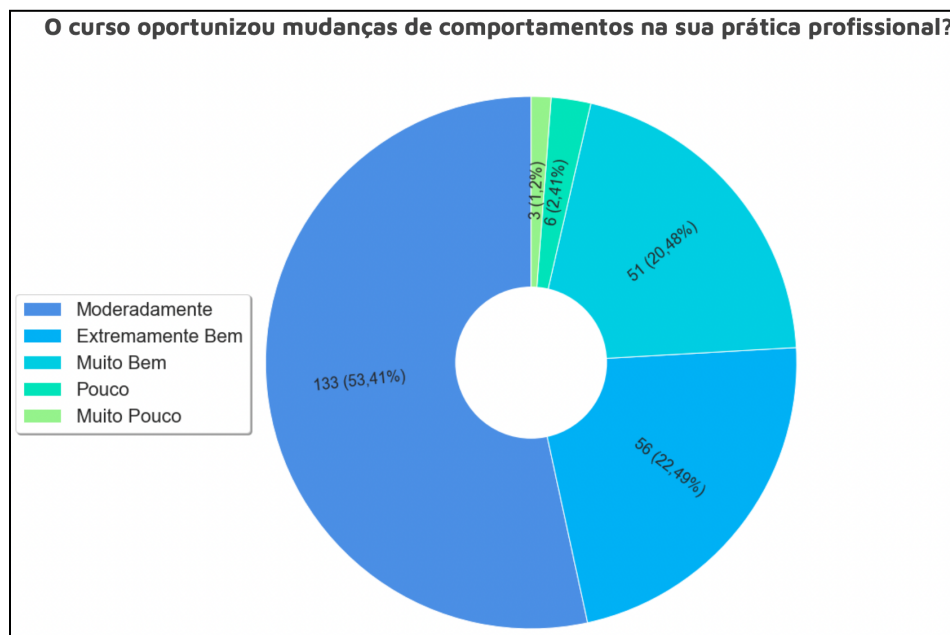
Fonte: Autoria própria.

Os estudantes foram levados a refletir sobre se houve contribuições do curso para a sua prática profissional. As respostas podem ser visualizadas na Figura 39. Com relação às práticas profissionais, a Figura 39 mostra que os respondentes percebem que o curso contribuiu para melhorá-las, isso de acordo com 54,22% dos estudantes que responderam “extremamente bem” e “muito bem”. Já para 43,58% dos respondentes, o curso melhorou de forma moderada suas práticas profissionais, ou seja, também ajudou a produzir resultados positivos no campo profissional. Ao somar esses três tipos de respostas, verifica-se que, para mais 97% dos estudantes, é possível concluir que o curso contribuiu de alguma forma para melhorar suas práticas profissionais.

Figura 39*Melhora das práticas profissionais*

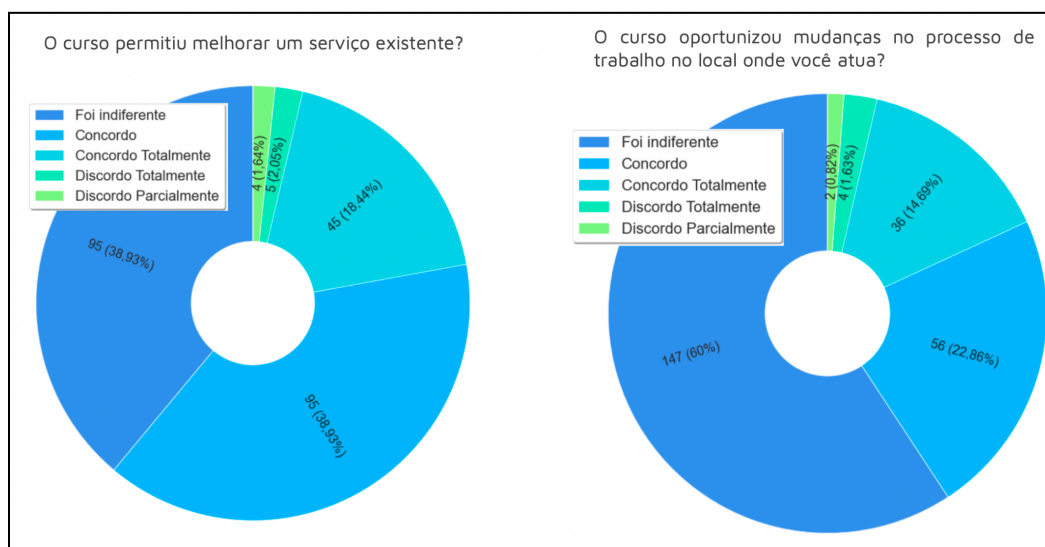
Fonte: Autoria própria.

Com relação à pergunta: “o curso oportunizou mudanças de comportamentos na sua prática profissional?”. Como apresenta a Figura 40, mais de 42% dos estudantes responderam (extremamente bem e muito bem) que houve mudança de comportamento na prática profissional. Para 53,41% dos estudantes, isso ocorreu moderadamente. Portanto, é possível concluir que para mais de 96% dos estudantes respondentes, o curso promoveu mudanças em suas práticas profissionais.

Figura 40*Mudança de comportamento na prática profissional*

Fonte: Autoria própria.

Com relação ao ambiente de trabalho, a Figura 41 destaca dois gráficos que analisam a melhora de serviços e as mudanças de processo de trabalho. Na Figura 41, o gráfico à esquerda demonstra que para 57,37% (concordo totalmente ou concordo) dos estudantes, o curso foi importante para melhorar um serviço de saúde já existente. Para 38,93% isso foi indiferente. O gráfico à direita (Figura 41) indica que, para 37,55% (concordo totalmente ou concordo) dos respondentes, o curso possibilitou mudanças nos processos de trabalho no local onde atuavam. Para 60% desse grupo, isso foi indiferente. Esse é um resultado plausível, pois mudanças em processos de trabalho nos locais onde os profissionais atuam não dependem exclusivamente dos que fizeram a formação. Todavia, é muito importante saber que, para uma parte, mais de 30%, isso foi perceptível.

Figura 41*Melhora de serviços e mudanças de processo de trabalho*

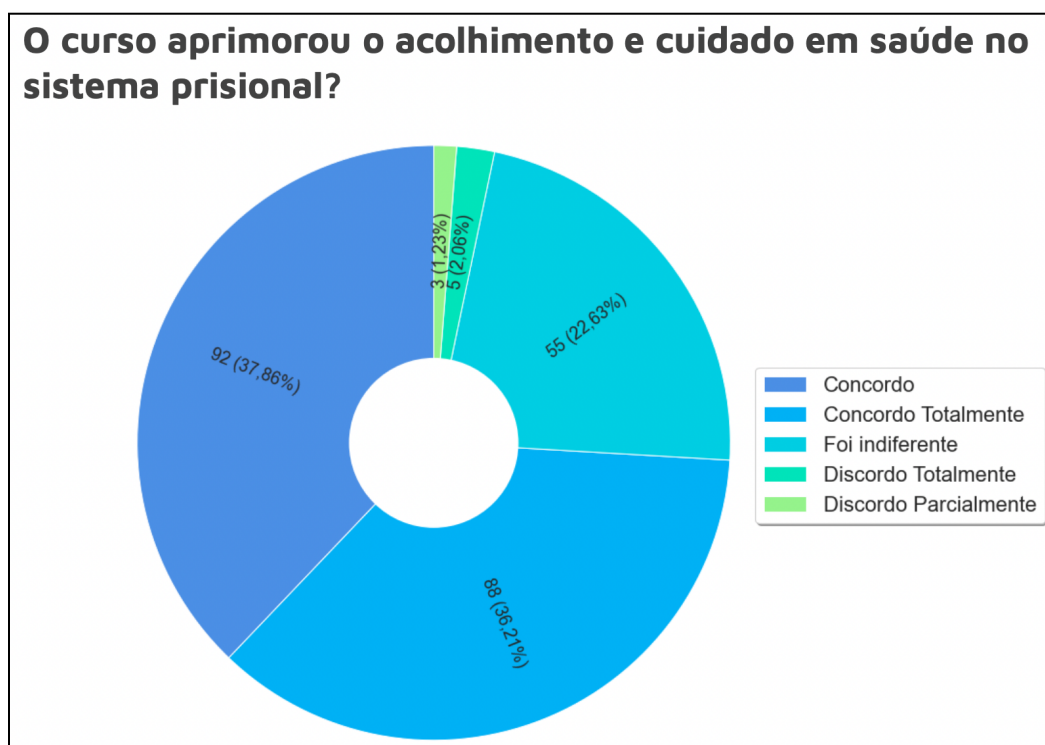
Fonte: Autoria própria.

Os resultados apresentados sobre as práticas profissionais e o ambiente de trabalho são achados científicos que ajudam a explicar as respostas dos estudantes para a seguinte questão: “O curso aprimorou o acolhimento e o cuidado em saúde no sistema prisional?”. As respostas estão disponíveis na Figura 42, que destaca em seu gráfico, que para mais de 74% dos respondentes o curso contribuiu para aprimorar o acolhimento e o cuidado em saúde no sistema prisional do Brasil.

Essa percepção dos estudantes respondentes demonstra que é possível, por meio da formação humana, produzir processos de intervenção em saúde pública capazes de aprimorar o cuidado em saúde no sistema prisional. Isso responde à questão da pesquisa Q3: como a educação mediada por tecnologia contribui para o contexto da saúde prisional brasileira? Para concluir a reflexão sobre essa temática e melhor responder a questão de pesquisa Q3, serão feitas mais algumas análises a seguir.

Figura 42

Melhoria do acolhimento do cuidado à saúde no presídio



Fonte: Autoria própria.

A primeira discussão diz respeito à educação com mediação tecnológica promovida pelo curso "Atenção à Pessoa Privada de Liberdade", da trilha "Sistema Prisional". De acordo com as respostas dadas pelos estudantes, verificou-se que o curso foi importante para melhorar as práticas profissionais no contexto da saúde prisional do Brasil. Esse achado está em consonância com os resultados apresentados na subseção anterior (4.2), que demonstra os impactos da formação massiva em saúde para o sistema prisional. Nela, foi apresentada uma concomitância entre o processo de matrícula no curso "Atenção à Pessoa Privada de Liberdade" e o aumento das notificações dos casos de sífilis nos presídios brasileiros.

Ademais, apesar de não ter sido demonstrada causalidade, há uma correlação importante entre eventos, matrículas na trilha formativa e aumento do diagnóstico dos casos de sífilis no sistema prisional brasileiro. Esse fenômeno também é justificado nesta subseção, por meio das respostas dos estudantes apresentadas entre as Figuras 38 a 42, que tratam das práticas profissionais e também do ambiente de trabalho. Em todos os gráficos dessas figuras é descrito como a educação mediada por tecnologia contribui para o contexto da saúde prisional brasileira. É importante ressaltar que a principal contribuição ocorreu, segundo os dados apresentados, por meio das mudanças das práticas profissionais e dos processos de trabalho, os quais foram induzidos por meio da educação massiva em saúde.

Para além desses dois eixos, também é possível observar como a educação mediada por tecnologia contribui para o contexto da saúde prisional brasileira, por meio do compartilhamento do conhecimento e do conteúdo ofertado. Com relação ao compartilhamento do conhecimento, foi percebido que isso ocorreu de forma orgânica, ou seja, os estudantes indicaram o curso da trilha formativa "Sistema Prisional" espontaneamente para outros trabalhadores da saúde. Isso pode ser verificado nas Figuras 26 a 30 e nas descrições relacionadas a elas. Com relação aos conteúdos ofertados nos cursos, é possível verificar, principalmente nas Figuras 31 a 33 e nas descrições relacionadas a elas, que os conteúdos ofertados tratavam de temas importantes para melhorar a saúde prisional.

Diante dos achados de pesquisa nesta subseção do Capítulo Resultados e depois desta reflexão, a questão de pesquisa Q3: "como a educação mediada por tecnologia contribui para o contexto da saúde prisional brasileira?" pode ser sinteticamente respondida da seguinte forma: A educação mediada por tecnologia no contexto da saúde prisional brasileira contribui na indução

de resiliência e mudanças de processos de trabalho na saúde prisional, os quais repercutem nos serviços da atenção primária prisional.

4.4 Os Impactos Sociais do Curso Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade: um olhar qualitativo para os objetivos de desenvolvimento sustentável

Diferentemente da subseção anterior, que utilizou uma abordagem mais quantitativa, nesta subseção, foi feita uma análise sobre os impactos sociais do curso Atenção à saúde da pessoa privada de liberdade. Trata-se de uma análise mais qualitativa, à luz dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), para, dessa forma, conseguir responder em sua totalidade à questão de pesquisa Q2 desta tese de doutorado.

O cruzamento de dados educacionais e epidemiológicos na dimensão da saúde prisional não é algo trivial. Todavia, contribuiu para demonstrar que a educação massiva em saúde é, também, uma ferramenta indutora de resiliência para a saúde no sistema prisional. Ao mesmo tempo, esse é um tema emergente e de interesse da saúde global, que, se observado nas questões da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, contribui para analisar os impactos sociais do curso Atenção à saúde da pessoa privada de liberdade para além da dimensão da saúde.

A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, adotada por todos os Estados membros das Nações Unidas em 2015, fornece um plano compartilhado para a paz e a prosperidade das pessoas e do planeta, agora e no futuro. Em seu cerne, estão os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que são um apelo urgente à ação de todos os países – desenvolvidos e em desenvolvimento – em uma parceria global. Eles reconhecem que o objetivo de acabar com a pobreza e outras privações deve andar de mãos dadas com estratégias que melhorem a saúde e a educação, reduzam a desigualdade e estimulem o crescimento econômico – ao mesmo tempo que combatem as mudanças climáticas e trabalham para preservar nossos oceanos e florestas (United Nations, 2015a; United Nations, 2015b). A esse respeito, observa-se

que os ODS são, de fato, um conjunto de objetivos cujas metas foram qualitativamente descritas como parâmetros, que apontam para a indução do desenvolvimento social global. Para tanto, as nações signatárias devem observar esses Objetivos em busca de implementá-los, pois, assim, estariam a contribuir com a execução dos ODS e, conseqüentemente, com o cumprimento da Agenda 2030.

O curso Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade contemplou a caracterização geral da população penitenciária, as principais políticas públicas voltadas para essa população e reflexões pertinentes aos profissionais da Atenção Primária à Saúde. No Brasil, a Atenção Primária à Saúde desenvolve um papel fundamental na indução das políticas públicas de saúde, o que possibilita o ordenamento do cuidado assistencial adequado na promoção da saúde e na prevenção de agravos à saúde das pessoas privadas de liberdade. Portanto, o curso reconhece a amplitude desse tema e chama a atenção para as necessidades de saúde da população penitenciária. Ao mesmo tempo, atua como indutor para aproximar o profissional de saúde dessa temática. De acordo com Ismail et al. (2021), dos 17 Objetivos da Agenda 2030, existem nove ODS diretamente implicados no sistema prisional, e oito objetivos que estão indiretamente implicados no referido sistema. Portanto, percebe-se que os ODS contemplam, de alguma forma, o interesse da saúde prisional.

Com base nos ODS diretamente implicados no sistema prisional, observa-se que o curso produz impactos transversais que estão em sinergia com, no mínimo, cinco objetivos, aplicados às políticas para o Sistema Prisional do Brasil, são eles: ODS 3, ODS 4, ODS 10, ODS 11 e o ODS 16. Diante do exposto, os impactos sociais do curso Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade em relação a esses ODS listados serão descritos e analisados de acordo com os resultados e achados científicos deste Capítulo de Resultados.

Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, é o que trata o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar). Esse objetivo agrega as Regras de Bangkok 2010 e as Regras de Mandela 2015 (Ismail et al., 2021; United Nations, 2010, 2016), que são políticas já existentes voltadas a induzir mudanças nas áreas da saúde prisional (Van Hout *et al.*, 2021). Destaca-se, principalmente, os cuidados pré-natais e pós-natais e doenças sexualmente transmissíveis.

No curso Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade, do AVASUS, existem unidades que tratam da Atenção Integral à Saúde do Homem e da Mulher Privada de Liberdade. Nessas unidades, destacam-se os principais agravos que acometem o homem e a mulher. No caso específico da mulher, o curso trata também do binômio mãe/filho na situação de maternidade e o papel da Equipe de Saúde da Família (ESF) no acolhimento e no cuidado à mulher privada de liberdade. Em relação ao tema Doenças Sexualmente Transmissíveis, ou Infecções Sexualmente Transmissíveis é transversal em todo o curso.

O aspecto quantitativo mais primário em relação a esse curso pode ser tratado ao verificar somente o número de estudantes matriculados. Com base nos resultados apresentados na subseção 4.2.1 deste capítulo, esse curso alcançou 8.118 matrículas entre os anos de 2018 e 2022. A distribuição percentual das matrículas também foi destacada por região do Brasil, como apresentado no mapa da Figura 15. Esse número ajuda a demonstrar, de forma preliminar, os impactos sociais relacionados ao ODS 3 (Saúde e Bem-Estar). Isso porque foi possível verificar que milhares de indivíduos tiveram acesso, gratuitamente, a um conteúdo específico para um problema negligenciado no Brasil: a saúde no sistema prisional. Mesmo nas regiões mais pobres do país (Norte e Nordeste), foram registradas matrículas e identificados estudantes concluintes desse curso.

Além dessa análise preliminar, ao observar de forma mais aprofundada a Figura 15, verifica-se a incidência de estudantes concluintes desse curso em relação à população prisional (por 1.000/privados de liberdade) por região do Brasil: Nordeste (11,82), Sul (7,74), Norte (4,73), Sudeste (4,61) e Centro-Oeste (3,18). Essa incidência é um achado científico que chama a atenção, pois corrobora o argumento do impacto social do curso em tela na saúde do sistema prisional do Brasil, considerando que, em todas as regiões do país, a incidência de pessoas qualificadas foi maior que a incidência de médicos e enfermeiros por 1.000 habitantes.

Segundo CFM (2018), Scheffe et al. (2013) e Scheffe et al. (2018), o país alcançou 2,24 médicos/mil habitantes; já segundo Marinho e Queiroz (2023), o país alcançou, em 2019, aproximadamente 2,7 enfermeiros/mil habitantes. A justificativa para alcançar uma maior incidência em relação a essas duas profissões (médicos e enfermeiros) pode ser explicada pela diversidade de profissionais de saúde que fizeram o curso, como já apresentado na Figura 18, representam nove das quatorze profissões de saúde reconhecidas no Brasil, ou seja, 64,28%. Cabe ressaltar que todas as profissões de saúde descritas na Figura 18 fazem parte da equipe de atenção primária prisional, mais uma evidência dos impactos do curso, objeto deste estudo, no sistema prisional do Brasil.

Para aprofundar ainda mais a análise em relação aos impactos sociais, da perspectiva do ODS 3, pode-se verificar o gráfico da Figura 20, já apresentado, que demonstra um aumento significativo da testagem para sífilis no sistema prisional do Brasil, fato que ocorreu comitadamente ao aumento das matrículas no curso Atenção à pessoa privada de liberdade. Nesse caso, entre 2018 e 2019, o aumento da testagem foi de, aproximadamente, 15%; e o aumento de estudantes concluintes foi de 53% nesse mesmo período. Ao considerar o ano de 2017 como referência para comparação, período em que o curso ainda não era ofertado, o

número de diagnósticos de sífilis no sistema prisional do Brasil, segundo o gráfico da Figura 20, ficou abaixo dos anos de 2018 e 2019. Portanto, esse dado demonstra uma melhoria do acesso à saúde no sistema prisional do Brasil, durante os anos de 2018 e 2019 (período de oferta do curso), o que é corroborado pelos dados apresentados nos gráficos da Figura 31. Isso porque, nesses gráficos, é possível verificar que 90,27% dos estudantes afirmaram que o curso aborda conteúdos que auxiliam no controle das infecções sexualmente transmissíveis no sistema prisional.

Isso ajuda a explicar o aumento do diagnóstico da sífilis apontado na Figura 20, e que são reforçados pelas respostas de 97% dos estudantes, quando afirmaram que o curso contribuiu para melhorar as suas práticas profissionais, conforme Figura 39. Os estudantes afirmaram, inclusive, que o curso contribuiu para melhorar serviços de saúde existentes, como pode ser visto na Figura 41.

Com base no ODS 3 e nas evidências elencadas, é possível deduzir que o curso Atenção à saúde da pessoa privada de liberdade produziu impactos sociais positivos para a saúde prisional. Isso porque há evidências baseadas em dados de que houve promoção do acesso à saúde para uma população considerada vulnerável – a população prisional do Brasil.

Assegurar a educação inclusiva, equitativa, de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos é o que está preconizado no ODS 4 (Educação de Qualidade). Trata-se também de um objetivo-chave ou catalisador dos outros objetivos em toda a Agenda 2030. A Educação sempre foi base constitutiva de mudanças em nossa sociedade – é, de fato, uma grande indutora de resiliência social. Nesse objetivo, há a integração das seguintes políticas (Ismail et al., 2021): as regras de Pequim, de 1985; as regras de Havana, de 1990; as regras de Bangkok, de 2010; e as regras de Mandela, de 2015, unissonamente para incentivar e

adequar ações de orientação educacional e vocacional a fim de oportunizar aprendizagem ao longo da vida (Rules, 1985; United Nations, 1991, 2010, 2016).

No que diz respeito ao ODS 4, o curso Atenção à saúde da pessoa privada de liberdade enquadra-se perfeitamente como uma estratégia de formação massiva e de aprendizagem para pessoas que atuam no sistema prisional brasileiro. Logo, esse curso atua como ferramenta indutora, pois promove oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos, como preconizado neste ODS. Nesse campo, apesar de majoritariamente atingir os profissionais de saúde, também contribuiu para a formação de outras profissões não diretamente relacionadas à saúde, e até mesmo da população em geral, conforme os gráficos das Figuras 18, 23 e 24.

Para analisar os impactos do curso em tela com base estritamente no ODS 4, é preciso observar, novamente, a quantidade de estudantes matriculados (8.118), a distribuição por todas as regiões do Brasil e a percepção dos estudantes em relação à sua qualidade. O número de matrículas alcançadas nesse curso, no período de, aproximadamente, três anos e meio, é um dado que permite inferir escalabilidade, ou seja, oportunidade de aprendizado para milhares de pessoas, conforme pode ser observado na subseção 4.2.1 e na Figura 15. É um número expressivo, pois se trata de um tema que não é de interesse geral e que também não está na agenda pública. Ressalta-se que a saúde prisional é considerada como negligenciada no Brasil, e a população prisional considerada como vulnerável (Dourado e Alves, 2019).

Portanto, garantir que milhares de profissionais de saúde no Brasil possam ter acesso à educação para atuar na saúde prisional é uma ação efetiva, uma vez que produziu impactos sociais relevantes, como já discutido no ODS 3. Isso porque contribuiu para melhorar o acesso à saúde de uma população considerada vulnerável. Isso foi possível, por exemplo, com o aumento do diagnóstico de sífilis, que é uma condição fundamental para o tratamento e a cura dos

pacientes. Dessa forma, pode-se concluir que a educação massiva em saúde, aplicada por meio desse curso e da mediação tecnológica, atuou como ferramenta indutora de resiliência na saúde prisional, pois contribuiu para melhorar as condições de saúde.

Com relação à qualidade da educação, aspecto que deve ser ponderado ao analisar os impactos sociais à luz do ODS 4, foram observadas várias evidências. A primeira delas é, qualitativamente, mensurada na Figura 16, já apresentada a partir de uma nuvem de palavras, no qual as mais destacadas foram: excelente, ótimo e conteúdo. A segunda evidência foi observada na subseção 4.2.1, especialmente na parte que trata da avaliação dos alunos em relação ao curso, pois foi possível verificar que a nota média atribuída por mais de 91% dos estudantes foi 4,94, de uma escala de 0 a 5. Como o desvio padrão ficou bem abaixo da média (0,35), pode-se afirmar que essa média é uma tendência na avaliação dos estudantes, isso em relação à qualidade do curso, sobretudo porque houve um número expressivo de estudantes que avaliou o curso (4.752 dos 5.190 concluintes) – ainda que a avaliação não fosse obrigatória.

A terceira evidência em relação à qualidade do curso pode ser observada na subseção 4.3 desta tese de doutorado. Nesta subseção, são descritos vários pontos que destacam a percepção dos estudantes em relação a qualidade do curso. No gráfico da Figura 26, 73,05% dos estudantes informaram que a escolha do curso se deu pelo seu conteúdo. Todavia, o gráfico que mais reforça a percepção de qualidade é o da Figura 29, pois 82,22% dos estudantes afirmaram que o conteúdo, a metodologia e o modelo foram os principais motivos para que eles indicassem o curso para outras pessoas. Outro dado que ajuda a reforçar o argumento de que o curso tem qualidade na percepção dos estudantes, é apresentado no gráfico da Figura 30, nele é possível identificar que 98,47% dos estudantes julgaram importante compartilhar o conteúdo do curso.

Argumento corroborado pelo nível de satisfação dos estudantes com o curso, pois 99% deles afirmaram que ficaram satisfeitos com o curso (conforme gráfico da Figura 35).

O ODS 10 (Redução das Desigualdades) trata sobre empoderar e promover a inclusão social, econômica e política de todas as pessoas, independentemente de idade, gênero, deficiência, raça, etnia, origem, religião, condição econômica ou outra situação. Esse objetivo pauta “uma vida com igualdade para todas as pessoas”, portanto, inclui diretamente às pessoas privadas de liberdade, com o pensamento de que ninguém pode ser deixado para trás. Esse objetivo agrega também políticas já existentes para o sistema prisional, que são: as regras de Pequim de 1985 e as regras de Havana de 1990 (Rules, 1985; United Nations, 1991). Um dos objetivos do curso Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade é principalmente a educação massiva de profissionais de saúde que atuam no sistema prisional, com o intuito de contribuir com mudanças de comportamento de trabalho e práticas profissionais, coletivas e individuais. Contribuir para mudanças nas práticas dos profissionais de saúde é criar possibilidades concretas de melhoria na saúde prisional. É garantir o direito à saúde de qualidade para pessoas privadas de liberdade.

Considerar a redução das desigualdades no sistema prisional é algo bastante amplo e complexo, logo, há várias maneiras de trabalhar para contribuir com esse objetivo. Uma delas é a formação massiva em saúde para o sistema prisional. Nessa área, o curso produziu impactos diretos na formação dos profissionais de saúde, os quais repercutiram no acesso à saúde no sistema prisional do Brasil, como pode ser observado por meio do ODS 3. Alguns dados ajudam a explicar mais esses impactos, uma vez que versam sobre o perfil epidemiológico no sistema prisional brasileiro e o controle das infecções sexualmente transmissíveis no sistema prisional. Para aproximadamente 90% dos estudantes que responderam ao questionário, o curso aborda

conteúdos que auxiliam no controle das infecções sexualmente transmissíveis, o que explica o aumento da testagem da sífilis no sistema prisional do Brasil durante os anos de 2018 a 2019. Além disso, 74,07% dos estudantes consideram que o curso aprimorou o acolhimento e o cuidado em saúde no sistema prisional, o que ressalta os aspectos relacionados à redução das desigualdades, especialmente na promoção da inclusão social, pois permitiu aos profissionais de saúde aprimorar o cuidado para uma população marginalizada e considerada vulnerável.

Tornar cidades e assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis é o que trata o ODS 11 (Cidades e Comunidades Sustentáveis). Esse Objetivo também destaca as políticas das regras de Mandela 2015 (United Nations, 2016) para garantir, mesmo em meio à superlotação dos sistemas prisionais, prisões que sejam resilientes, seguras e sustentáveis. Ao refletir sobre o curso Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade, novamente é preciso remeter à formação dos profissionais de saúde que atuam no sistema prisional. Nesse cenário, garantir a saúde e o bem-estar no sistema prisional significa atuar na indução para o alcance de um sistema mais seguro, resiliente, responsivo e sustentável da perspectiva da saúde pública. Desse modo, o curso alcança todos os atores envolvidos: o privado de liberdade, o policial penal, o profissional de saúde e de assistência social e a comunidade (familiares, redes sociais de convivência e território de relações sociais e comunitárias). Esse aspecto que favorece a sustentabilidade e a resiliência do sistema prisional brasileiro – um sistema prisional mais saudável – é, sem dúvidas, mais seguro.

Em relação ao ODS 11 (Cidades e Comunidades Sustentáveis), o curso produziu impactos sociais relevantes, primeiro da perspectiva da promoção à saúde, como já foi descrito e demonstrado nos ODS 3 e 4. No entanto, isso fica mais evidente no gráfico da Figura 36, pois 99,21% dos estudantes afirmaram que melhorar a atenção na saúde prisional pode impactar

positivamente toda a sociedade. Isso significa que cuidar da saúde prisional é também cuidar da comunidade e, portanto, de toda a sociedade, o que produz sustentabilidade e resiliência.

O ODS 16 (Paz, Justiça e Instituições Eficazes) trata de promover e fazer cumprir leis e políticas não discriminatórias para o desenvolvimento sustentável. Nessa perspectiva, preocupa-se em promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis. Esse ODS, semelhantemente ao Objetivo 4, reúne uma grande diversidade de políticas já existentes para o sistema prisional (Ismail *et al.*, 2021): as regras de Pequim 1985; as regras de Havana 1990; as regras de Pequim 1990, as regras de Bangkok 2010 e as regras de Mandela 2015 (Rules, 1985; United Nations, 1991, 1990, 2010, 2016). A principal preocupação é garantir os direitos das pessoas privadas de liberdade por meio da ética e da justiça social e lutar por mais paz e menos violência ao abordar os coeficientes de saúde relacionados a comportamentos violentos. No curso Atenção à saúde da pessoa privada de liberdade, há uma unidade que trata da saúde mental das pessoas privadas de liberdade. Esse módulo discute as principais demandas sobre o tema nas prisões e o papel da Estratégia e Saúde da Família (ESF) no acolhimento e no cuidado relacionado à saúde mental e psicossocial dos privados de liberdade.

Para Rosa e Nunes (2014), a saúde mental e psicossocial no sistema prisional é um dos fatores que estão relacionados com a violência ou com comportamentos violentos nos presídios. O gráfico da Figura 33, demonstra que 91,44% dos estudantes consideram que o curso lhes permitiu compreender as questões relacionadas à saúde mental da pessoa privada de liberdade. Outro dado relevante que mostra o impacto do curso em relação ao ODS 16, pode ser verificado nos gráficos da Figura 34. Os dados apresentados nestes gráficos, demonstram que pelo menos

50% dos estudantes desconheciam as políticas relacionadas à saúde das pessoas privadas de liberdade antes de fazer o curso.

Em face do exposto, como promover e fazer cumprir leis e políticas não discriminatórias para o desenvolvimento sustentável se os profissionais de saúde não conheciam as políticas? Logo, o curso impactou diretamente nessa perspectiva, pois todos que concluíram o curso tiveram acesso a esse conteúdo. Inclusive, os dados da pesquisa apontam que 96,05% dos estudantes consideram que negar o direito ou restringir o acesso à saúde (não cumprir a lei) agrava o adoecimento no sistema prisional. Por esse motivo, 97,64% dos estudantes afirmaram que melhorar a saúde prisional representa um avanço social, pois torna a atenção primária à saúde prisional mais adequada e humanizada. Isso pode ser explicado porque esse fator está associado às garantias dos direitos humanos e à justiça social.

A saúde prisional é um tema cujos problemas são multifatoriais, mas a chave para as discussões nessa área está em compreender que é necessário um olhar integrado das políticas públicas. “Ninguém deixado para trás” (United Nations, 2015b) – esse é o principal lema da Agenda 2030. Com esse sentimento e com a compreensão de que a enorme e crescente população prisional é resultante de problemas globais e de saúde, é necessário olhar não somente para trás das grades mas também para além dos muros.

Como já abordado, cuidar da saúde prisional significa cuidar da saúde na comunidade. Por isso, destaca-se a importância do curso "Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade" tanto para educação massiva dos profissionais de saúde quanto para a melhoria da saúde do grupo social e sua produção de impactos na sociedade. Ele efetivamente contribuiu para que os ODS sejam implementados e executados. No caso do curso objeto desta tese e desta análise, foram demonstrados os seus impactos sociais no contexto dos ODS 3, 4, 10, 11 e 16. Para tanto,

foram feitas associações com base em estudo dirigido por dados secundários a partir de análises de diversas bases dados (AVASUS, CNES, CBO, DEPEN e IBGE) e também por meio de dados primários obtidos a partir da aplicação de um questionário para os estudantes que concluíram o curso.

Nessa perspectiva, é possível afirmar que o curso "Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade", além dos impactos epidemiológicos destacados na subseção 4.2.3, também produziu impactos sociais à luz dos ODS. Logo, a questão de pesquisa Q2 desta tese de doutorado foi atendida positivamente em sua integralidade.

5. Discussões

As etapas que envolveram a produção da trilha formativa Sistema prisional: além dos muros, foram implementadas por meio do método da pesquisa-ação. Com base nos resultados alcançados e descritos no Capítulo 4, particularmente, na seção 4.1, verifica-se que a hipótese H1: a pesquisa-ação é capaz de contribuir para a produção de uma trilha formativa para a educação no contexto da saúde prisional que pode ser aplicada em todo o Brasil, sustentada nesta tese de doutorado, foi comprovada.

Primeiro, porque a pesquisa-ação conseguiu, de fato, entregar, como produto, diversos artefatos que compuseram a trilha formativa objeto da tese. Esse processo de entrega de produtos se deu ao longo das etapas de produção, as quais serão listadas pelos seguintes artefatos:

1. Planejamento:

- a. Arquitetura pedagógica da trilha formativa; e
- b. Planos dos cursos.

2. Desenvolvimento:

- a. Conteúdos revisados;
- b. Recursos educacionais que compuseram a trilha formativa; e
- c. Cursos.

3. Oferta:

- a. Cursos implantados no Avasus;
- b. Trilha formativa no AVASUS organizada no próprio AVA; e
- c. Trilha formativa e cursos divulgados.

Segundo, porque o objetivo dessa etapa de produção, sistematizada por meio da pesquisa-ação, foi de viabilizar um processo de formação massiva, o qual alcançou todas as regiões do Brasil, com estudantes que fizeram pelo menos um curso da trilha. A trilha formativa Sistema prisional: além dos muros obteve mais de 32 mil matrículas de estudantes de todos os estados do Brasil (em 18 de junho de 2023). Destaca-se que essas matrículas ocorreram mesmo durante a pandemia de covid-19, fato que poderia ter desviado a atenção dos estudantes profissionais de saúde. Todavia, segundo os resultados apresentados isso não ocorreu. Esse aspecto denota a consolidação da trilha formativa e a importância da temática tratada para o Sistema Único de Saúde do Brasil, dada a escalabilidade que o tema alcançou. Essa escalabilidade pode ser justificada pelo fato de a trilha ter sido produzida em consonância com as necessidades apresentadas pelos atores do Sistema prisional – aspecto alcançado em virtude do método empregado, a pesquisa-ação (Tripp, 2005; Thiollent, 2022; Caitano et al., 2022; Pinto et al., 2022; Ryan et al., 2022; Biagiotti, 2016). Portanto, há, nessa trilha, significado nos conhecimentos ofertados no AVASUS, isso pode ter promovido um número expressivo de matrículas espontâneas (não obrigatórias) em todo o país.

O método de pesquisa-ação (Tripp, 2005) permite que o pesquisador siga um ciclo no qual se aprimora a prática pela oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a respeito dela. Planeja-se, implementa-se, descreve-se e se avalia uma mudança para a melhora de sua prática, aprendendo mais, no correr do processo, a respeito tanto da prática quanto da própria investigação. Com base nisso, é correto afirmar que todo o percurso metodológico foi alcançado, pois foi possível, por meio de um processo imersivo e interativo, construir a trilha formativa. Todavia, houve uma extrapolação, que foi a de alcançar o nível de escalabilidade nacional.

Extrapolar as barreiras regionais do Rio Grande do Norte, para um país com as dimensões e as diversidades do Brasil, significa uma contribuição importante para quem deseja aplicar o método da pesquisa-ação. Apesar de o método ser amplamente difundido, há um conjunto variado de formas de implementá-lo. Tripp (2005) comenta que “parece existir uma situação multi-paradigmática entre os que fazem pesquisa-ação”. Portanto, não há um conjunto de passos classicamente definidos para que se alcancem os resultados previstos, tampouco a escalabilidade como a descrita nos resultados – isso se deve muito aos cenários empíricos impostos pela pesquisa-ação, que não são controlados, pois estão no mundo real.

Esta pesquisa constitui-se, assim, como uma contribuição para a descrição de todas as etapas de produção da trilha (conjunto de passos), que pode ser inclusive generalizada para outras áreas da educação em saúde. A escalabilidade alcançada não foi um evento, simplesmente, aleatório, ou seja, não previsto, pois o processo de imersão na saúde prisional foi definido na etapa de planejamento, conforme Figura 3. Apesar de o processo de produção dos conteúdos terem sido desenvolvidos, majoritariamente, com atores locais (RN/Brasil), a atividade imersiva desta pesquisa permitiu conhecer as demandas nacionais. De forma planejada, foram realizadas visitas técnicas, seminários, oficinas e reuniões com pessoas e instituições de vários lugares do Brasil que atuam no sistema e na saúde prisional, particularmente, das Regiões Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste e Sul. Portanto, durante as etapas de planejamento e de desenvolvimento (Figura 3), foi possível incorporar elementos identificados nesse processo imersivo – algo não encontrado na literatura investigada. Isso ajuda a explicar o número expressivo de matrículas alcançadas na trilha formativa em todo o país.

Nesse sentido, é correto afirmar que a pesquisa-ação foi capaz de contribuir para a produção de uma trilha formativa para a educação no contexto da saúde prisional, a qual foi

aplicada massivamente em todo o Brasil. Esses resultados contribuem para auxiliar os formuladores de políticas públicas de saúde a observar os métodos de produção de ofertas educacionais. A pesquisa-ação possibilitou a produção sistematizada de conhecimento, por meio de um processo iterativo e incremental de melhoria contínua, no qual os atores envolvidos no problema eram parte dessa construção. Logo, todo o conteúdo produzido fazia sentido para suas realidades e necessidades formativas. Esses fatores podem ser, portanto, utilizados para pensar e desenvolver as políticas de educação permanente no Brasil, sobretudo aquelas que demandam uma formação situada, ou seja, para um problema específico, como é o caso da saúde prisional (Saldanha e Rocha, 2017; Biagiotti, 2016; Caitano *et al.*, 2022; Ceccim, 2005).

Com relação à mediação tecnológica induzida pelo processo de autoaprendizagem, conforme sustentada na hipótese H2 desta tese de doutorado – a mediação tecnológica, induzida pelo processo de autoaprendizagem, é capaz de qualificar profissionais para intervir na saúde prisional em todo o território nacional de forma a produzir impactos relevantes –, ela também foi comprovada. Isso porque os resultados descritos no Capítulo 4, particularmente nas seções 4.2 e 4.3, apresentam os impactos produzidos pelo curso "Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade". É importante destacar que a análise não foi realizada em todos os cursos da trilha formativa, pois não havia ainda nos demais cursos um número suficiente de estudantes inscritos e concluintes. Como destacado na seção de resultados, os cursos tinham sido lançados bem próximo do período em que as análises iniciaram. Apesar de a análise de toda a trilha não fazer parte dos objetivos desta tese, trata-se de uma limitação que poderá ser alcançada em trabalhos futuros. Todavia, cabe destacar que o curso analisado forneceu resultados que possibilitaram verificar os impactos na saúde prisional, como demonstrado no Capítulo de Resultados. Portanto, essa limitação destacada não teve qualquer repercussão sobre os achados científicos da tese.

Os resultados da seção 4.2 do Capítulo de resultados apresentaram achados científicos relevantes, os quais fazem uma análise contextualizada ao cruzar dados da educação com os dados do sistema prisional e epidemiológicos. Esse método de análise inovou, pois permitiu compreender, por meio de um conjunto de dados secundários, de fontes totalmente heterogêneas, como a trilha formativa poderia estar induzindo mudanças nos processos de trabalhos dos profissionais de saúde. Ele inovou ainda, pois, geralmente o que se encontra na literatura são análises separadas em relação a cada um desses contextos (educação em saúde, sistema prisional e epidemiológico), conforme descrito na seção de *Trabalhos correlatos* no Capítulo 2 desta tese de doutorado. Essa é outra contribuição desta tese, pois conseguiu, de forma transversal, desenvolver uma análise contextualizada e original, que pode orientar os formuladores de políticas públicas no campo da educação permanente em saúde para uma compreensão mais efetiva de suas ações, essencialmente na saúde prisional.

Os resultados apresentados consubstanciam a afirmação de que a educação massiva em saúde, dada pela trilha formativa, foi um determinante para aumentar o diagnóstico de sífilis no sistema prisional em todo o Brasil. Esse aspecto é fundamental para o tratamento, a cura e a mitigação da cadeia de transmissão entre os apenados, e, conseqüentemente, na comunidade. Esse resultado, conforme descrito, é também um indicador de resiliência, promovido pelo processo de formação massiva alcançado por meio da mediação tecnológica. O Brasil é um país com dimensão continental, portanto, induzir um processo de formação massiva não é uma tarefa trivial. Para tanto, foi necessário muito planejamento e articulação com atores e formadores de opinião na sociedade, além da produção de um material de qualidade. Tudo isso foi conduzido por uma metodologia que permitiu organizar e sistematizar, de forma contínua, um conjunto de ações que repercutiu nos resultados alcançados.

Essas contribuições, da perspectiva da originalidade do trabalho, sob um olhar transversalmente contextualizado, só foram possíveis porque o estudo foi conduzido por uma equipe formada por especialistas de diversas áreas: educação, ciências sociais, educação em saúde, estatística, computação, tecnologia e saúde. Esses profissionais contribuíram com as análises de correlação estatística e de ciência de dados em saúde, além de análises da perspectiva social e de políticas públicas de saúde. Com isso, foi possível apresentar, nesta tese, os resultados dos impactos da ação de educação massiva em saúde no sistema prisional. Esses fatores não são observados em trabalhos convencionais, uma vez que estudam a educação permanente em saúde, o sistema prisional e a saúde prisional de forma fragmentada, conforme discutido na subseção de trabalhos correlatos no Capítulo 2 desta tese. É recorrente, na comunidade científica, a apresentação de resultados fragmentados, sem uma análise contextualizada ou inter-relacionada. Apesar de ser considerada uma perspectiva relevante, esses estudos apresentam hiatos e limitações que dificultam a orientação das políticas públicas de saúde – principalmente para os gestores públicos.

Ao contrário disso, os estudos e análises apresentados nesta tese de doutorado podem apontar para um novo caminho no campo da educação permanente em saúde, que é o da análise de impactos do processo de formação massiva em saúde, a partir de um diálogo transdisciplinar. Por exemplo, com resultados apresentados nesta tese, o Ministério da Saúde do Brasil poderá pautar uma agenda mais racional para a educação permanente em saúde, principalmente no contexto da educação com mediação tecnológica. É possível, para o Sistema Único de Saúde do Brasil, o SUS, com base nesses resultados, aprimorar o processo de governança sobre os recursos investidos, pois esta tese de doutorado apontou um caminho que se demonstrou viável para que se possa analisar a efetividade das políticas ordenadas para a educação em saúde no país – o que

não era feito antes pelo Ministério da Saúde do Brasil, sempre se investiu muito, porém, pouco se sabe quais foram os impactos.

Outrossim, os resultados apresentados na seção 4.4 extrapolaram os aspectos quantitativos ao analisar os impactos sociais que a trilha formativa Sistema Prisional: além dos muros alcançou. Ao relacionar e qualificar o curso Atenção à saúde da pessoa privada liberdade com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030, esta tese de doutorado demonstrou os impactos sociais que a trilha formativa produziu. Esse resultado, derivado desse tipo de análise, é também uma contribuição importante da tese. Isso porque permitiu compreender que os impactos do processo de formação induzidos pela trilha são também efetivos na dimensão social, ou seja, vão além da educação em saúde e da saúde no sistema prisional. São resultados que produzem impactos em outras dimensões da sociedade, os quais, muitas vezes, não são observados.

6. Considerações Finais

Os estudos que conduziram as pesquisas nesta tese de doutorado possibilitaram o desenvolvimento de uma trilha formativa específica para a saúde no sistema prisional, algo realmente original, principalmente porque se trata de uma temática negligenciada, não somente no Brasil mas também no contexto da saúde global. Como discutido e apresentado nos Capítulos de Introdução e do Referencial Teórico, apesar de, atualmente, a comunidade científica e as autoridades de saúde, reconhecerem que o sistema prisional apresenta graves problemas de saúde pública, e que, portanto, são também um problema sanitário para as sociedades, ainda há pouca coisa feita, sobretudo em países cuja cultura é a do encarceramento. Nesse sentido, esta tese de doutorado, por conseguinte, os resultados derivados dela, é uma contribuição para a melhora do sistema prisional do Brasil, que poderá utilizar-se da trilha formativa Sistema prisional: um olhar além dos muros para promover a qualificação da tríade do sistema prisional. Como demonstrado no Capítulo de Resultados desta tese de doutorado, a educação massiva na saúde prisional, por meio da mediação tecnológica, é indutora de mudanças nos processos de trabalhos, os quais favorecem a melhora da atenção à saúde dos privados de liberdade.

Essa negligência com o sistema prisional, como contextualizada nos Capítulos de Introdução e Referencial Teórico, pode ser considerada uma “bomba- relógio prestes a explodir, que, para ser desarmada, necessita de que os formuladores de políticas públicas passem a priorizar essa temática, com base não em projetos isolados, mas em uma agenda de Estado e não somente de um governo. É, portanto, necessário desenvolver ações mais efetivas, que possam atuar nas causas do encarceramento, pois esse é um problema complexo e ordem multifatorial – trata-se de algo prévio ao simples aprisionamento de corpos.

Desde o agravamento da crise do sistema prisional brasileiro – que teve seu estopim com o derramamento de sangue nos presídios de Manaus e Boa Vista, no início do mês –, uma frase do antropólogo Darcy Ribeiro (1922-1997) tem sido constantemente repetida em discursos e nas redes sociais na internet. **“Se os governantes não construírem escolas, em 20 anos faltará dinheiro para construir presídios”**, disse o mineiro, em uma conferência, em 1982. Fonte: Jornal Estado de Minas, Caderno de Política (Damasceno, 2017).

No momento em que o Capítulo de Considerações Finais desta tese de doutorado era escrito, explodiu, no estado do Rio Grande do Norte (RN) do Brasil, uma onda de atentados que tomou conta da capital do estado, Natal/RN e mais de 30 municípios. Comércio, transportes públicos, escolas, armazéns públicos de medicamentos foram incendiados por facções criminosas. O terror tomou conta do estado e foi manchete nos principais veículos de comunicação em todo o país, e até mesmo no exterior. As ações terroristas ocorreram em virtude das superlotações dos presídios e também de relatos de tortura com os privados de liberdade. Nesse cenário, não há justificativa plausível para as ações terroristas que fecharam escolas, comércio, e que pararam até o transporte público da capital e da região metropolitana de Natal/RN, causando um verdadeiro caos. Todavia, isso é somente um sintoma de anos de negligência e da falta de políticas públicas que possam atuar diretamente nas causas e não somente nos efeitos do encarceramento massivo.

Segundo a matéria publicada no UOL, no caderno Cotidiano (Neves, 2023),

Um relatório do órgão federal de monitoramento Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), apontou uma série de violações no sistema penitenciário do Rio Grande do Norte (RN)/Brasil, que passa por uma onda de ataques do crime

organizado. As denúncias referentes à violação dos direitos humanos no sistema prisional no estado do Rio Grande do Norte são:

- **Tortura:** policiais penais aplicam agressões e outros castigos físicos e psicológicos nas unidades, segundo o órgão. Fotos no documento mostram presos com ferimentos nas mãos, costas e nádegas.
- **Hiperlotação:** os dois prédios vistoriados tinham quase o dobro da capacidade à época das inspeções. Em alguns casos, segundo o órgão, dezenas de presos são confinados em celas feitas para uma pessoa.
- **Comida estragada:** de acordo com o relatório, é comum que as refeições cheguem aos presos estragadas, “azedas” e com cheiro nauseante. As condições provocam subnutrição entre os presos.
- **Saúde precária:** o relatório aponta que os presídios do RN convivem com tuberculose e surtos de dermatites. Como o estado não fornece kits de higiene, essa responsabilidade fica para as famílias dos presos.

Essa triste realidade é um sintoma evidente de que ainda há muito esforço e trabalho a ser feito. O problema do sistema prisional deve ser tratado de maneira técnica, racional, sustentável e em longo prazo. A esse respeito, é preciso o reconhecimento de que há um gigantesco vazio de ações que precisam ser tomadas por parte do Estado. Para tanto, será necessário o desenvolvimento de cooperações interinstitucionais de cunho interdisciplinar, com uma agenda urgente de Estado e não somente política. Nesse contexto, a presente tese de doutorado se destaca, pois desenvolveu contribuições relevantes para o sistema prisional do Brasil, principalmente diante da carência de intervenções mais efetivas para qualificar os serviços de saúde pública no sistema prisional.

Ademais, no Capítulo de Introdução, foram contextualizados a problemática que envolve a saúde prisional, o objetivo geral, os objetivos específicos, as questões de pesquisa e as hipóteses desta tese. Esse capítulo faz uma imersão nas questões que envolvem o sistema prisional do Brasil, o qual, comumente, funciona de maneira paradoxal, pois apesar de ter uma das mais modernas legislações, ainda não consegue garantir todos os aspectos dispostos na Lei de Execução Penal. Esse aspecto foi observado muito claramente nas questões do acesso à saúde para a população prisional, discussão aprofundada no Capítulo de Referencial Teórico.

Diante disso, no Capítulo de Referencial Teórico da Tese, foram discutidos e apresentados os trabalhos relacionados a esta pesquisa de doutorado. Neste capítulo, foram utilizados referenciais que pudessem explicar, situar e consubstanciar os estudos desenvolvidos. Além disso, foram apresentados trabalhos correlatos de forma crítica, com o objetivo de clarificar as contribuições deste trabalho.

No Capítulo de Resultados, foi possível observar que os objetivos da tese foram executados com êxito, além de responder a cada uma das três questões de pesquisa. Para fins de organização, cada questão de pesquisa foi respondida em uma subseção específica dos resultados. Ainda com relação aos objetivos, verifica-se, na subseção 4.1 dos resultados, que a trilha formativa foi desenvolvida e ofertada conforme o planejado. Nesse sentido, é importante ressaltar que a trilha já ultrapassou os 30 mil estudantes matriculados, os quais são de todas as regiões do Brasil. O sucesso da trilha em relação ao expressivo número de estudantes matriculados se deu em virtude da estratégia de comunicação, que foi implementada por meio das redes sociais, e também com o apoio do Ministério da Saúde do Brasil e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Outra estratégia de comunicação que pode ser considerada como uma das principais foi disponibilizar a trilha formativa no Ambiente Virtual de

Aprendizagem do Sistema Único de Saúde, o AVASUS, considerada uma das maiores plataformas educacionais de saúde da região das Américas. Além disso, a trilha foi divulgada em pelo menos três eventos específicos durante o ano de 2022, dos quais participaram autoridades de todo o Brasil que atuam no sistema prisional.

Quanto a avaliar e aplicar um questionário, esses dois objetivos específicos, previstos na tese fizeram parte das análises que estão disponíveis nas subseções 4.2 e 4.3, respectivamente. Tanto a subseção 4.2 quanto a 4.3 são, de fato, avaliações de impacto do processo de educação massiva na saúde prisional. Os achados científicos discutidos nessas subseções conseguiram demonstrar a relevância dessa estratégia como ferramenta de indução de mudanças de processos de trabalhos, e, conseqüentemente, da melhoria da atenção à saúde dos privados de liberdade.

No Capítulo de Discussão, foram demonstradas e sustentadas as hipóteses H1 e H2, consubstanciadas pelas evidências encontradas em todo o Capítulo de Resultados. Portanto, os achados científicos foram suficientes no intuito de ressaltar que a pesquisa-ação é uma metodologia capaz de produzir conteúdos para a saúde prisional de forma escalar. Isso ficou muito evidente em virtude da massiva adesão espontânea dos estudantes ao se matricularem nos cursos da trilha formativa. Outrossim, também no Capítulo de Discussões, foi analisado como a mediação tecnológica, por meio do processo de autoaprendizagem, atuou como ferramenta indutora da qualificação de profissionais em todo o Brasil. Na discussão, ficou evidente que esse foi um processo de intervenção de saúde pública, estruturado por meio da educação massiva, e que produziu impactos positivos na saúde prisional.

Mesmo com resultados significativos, ainda foram destacadas, no Capítulo de Discussão, as limitações da tese, uma vez que a pesquisa ficou circunscrita à avaliação de um curso de toda

a trilha formativa. Cabe destacar que avaliar toda a trilha não fazia parte dos objetivos desta tese, embora se trate de uma pesquisa futura altamente recomendada.

No que diz respeito às pesquisas futuras no campo específico da saúde prisional, com base no estudo desenvolvido e das limitações destacadas, há trabalhos que podem ser feitos:

Acessibilidade: incluir novos recursos com acessibilidade para a trilha formativa; por exemplo, nos vídeos, inserir janela de Libras, descrição nas imagens e audiodescrição. Com isso, será possível atender as pessoas com deficiência que fazem parte do sistema prisional;

Análise da trilha: desenvolver e aprofundar a análise de toda a trilha. Estudar e pesquisar os dados referentes a todos os cursos da trilha. O recomendado é que essas pesquisas sejam feitas com dados secundários e primários;

Módulo para gestores do sistema prisional: assim, a trilha passaria da tríade para o quadrilátero do sistema prisional; e

Estudos baseados em pontos focais: análise dos atores do sistema prisional a partir da trilha formativa. Nesse caso, o foco seriam os policiais penais, os privados de liberdade e os gestores do sistema prisional.

Por fim, este trabalho não teve a pretensão de encerrar ou exaurir uma área de pesquisa, ao contrário, ele aponta para trabalhos que devem ser continuados e permanentes. Logo, os estudos contribuíram, essencialmente, com um tema emergente, o qual tem ganhado destaque no cenário internacional, mas que ainda consiste em uma área considerada negligenciada pela sociedade, pelas autoridades, pelos formuladores de políticas e pela própria ciência. Nesse cenário, ainda há um vasto caminho a percorrer até que ninguém seja deixado para trás. Uma

sociedade que prende corpos em cadeias não é uma sociedade mais justa. Uma sociedade mais justa é aquela que não precisa criar presídios – ela cria escolas.

Referências

- Adorni, G. & Koceva, F. (2016). Educational concept maps for personalized learning path generation. In AI* IA 2016 Advances in Artificial Intelligence: International Conference of the Italian Association for Artificial Intelligence. *Proceedings XV International Conference of the Italian Association for Artificial Intelligence* (pp. 135-148). Springer International Publishing.
- Adorno, S. (2006). Crimen, punición y prisiones en Brasil: un retrato sin retoques. *Quórum: revista de pensamiento iberoamericano*, (16), 41-49.
- Albuquerque, A. C. C., Silva, D. M., Rabelo, D. C. C., Lucena, W. A. T., Lima, P. C. S., Coelho, M. R. C. D. & Tiago, G. G. D. (2014). Seroprevalence and factors associated with human immunodeficiency virus (HIV) and syphilis in inmates in the state of Pernambuco, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(7), 2125.
- Allen, L. M., Palermo, C., Armstrong, E., & Hay, M. (2019). Categorising the broad impacts of continuing professional development: a scoping review. *Medical education*, 53(11), 1087-1099. doi: 10.1111/medu.13922.
- Allen, L. M., Hay, M., & Palermo, C. (2022). Evaluation in health professions education—Is measuring outcomes enough?. *Medical Education*, 56(1), 127-136. 10.1111/medu.14654
- Alonso Neto, J. B., Gaspar, P. C. & Bigolin, A. (2019). Testes Rápidos de Sífilis nas Redes de Atenção à Saúde: Uma Estratégia de Resposta à Epidemia Brasileira. *Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde*, 7. <https://doi.org/10.18816/r-bits.vi0.18680>.
- Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde - AVASUS. <https://avasus.ufrn.br/?redirect=1>.

- Ammar, W., Kdouh, O., Hammoud, R., Hamadeh, R., Harb, H., Ammar, Z. et al. (2016). Health system resilience: Lebanon and the syrian refugee crisis. *Journal of global health*, 6, 020704–020704. doi:10.7189/jogh.06.020704. Jogh-06-020704[PII].
- Andrade, I. G. M., Valentim, R. A. d. M. & Oliveira, C. A. P. d. (2020). The influence of the no syphilis project on congenital syphilis admissions between 2018 and 2019. *DST j. bras. doenças sex. transm.*, 32, e203205, 1–6. doi:10.5327/DST-2177-8264-20203223. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en;/biblio-1253124>.
- Andresen, S. M. B. (1975). *Antologia* (3a ed.). Círculo de Poesia Moraes Editores.
- Assis, R. D. D. (2008). A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. *Revista CEJ*, 74-78.
- Bailey, Z. D., Krieger, N., Agénor, M., Graves, J., Linos, N., & Bassett, M. T. (2017). Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *The Lancet*, 389(10077), 1453-1463. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30569-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30569-X).
- Barros, R. P. D. (1995). *Os determinantes da desigualdade no Brasil*.
- Barros, D. M. V., Neves, C., Moreira, J. A., Seabra, F., & Henriques, S. (2011). *Educação e tecnologias: reflexão, inovação e práticas*. Ed. dos Autores. <http://hdl.handle.net/10400.2/2771>.
- Basu, P., Bhattacharya, S. & Roy, S. (2013). Online recommendation of learning path for an e-learner under virtual university. In *Distributed Computing and Internet Technology. Proceedings 9th International Conference, ICDCIT* (pp. 126-136). Springer Berlin Heidelberg.
- Beltrão, M. M. A. (2009). *Trabalho informal e desemprego: desigualdades sociais* [Tese de doutorado]. Universidade de São Paulo.
- Biagiotti, B. D. A. (2016). *Avaliação da qualidade da informação de cursos massivos: um estudo*

- de caso do Telelab*. <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/167690>.
- Blasi, F., Caiani, E. G., Cereda, M. G., Donetti, D., Montorsi, M., Panella, V. & Speroni, E. (2022). Six drivers to face the XXI century challenges and build the new healthcare system: “La Salute in Movimento” Manifesto. *Frontiers in Public Health*, 10, 876625. DOI: 10.3389/fpubh.2022.876625.
- Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Senado Federal; Centro Gráfico.
- Brasil (2021). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Divisão Regional do Brasil*. <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/divisao-regional/15778-divisoes-regionais-do-brasil.html?=&t=o-que-e>.
- Brasil (2022a). *Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS - AVASUS. Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade*. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Ministério da Saúde do Brasil. <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=114>.
- Brasil (2022b). *CBO - Classificação Brasileira de Ocupações*. Ministério do Trabalho do Brasil. <http://www.mteco.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>.
- Brasil (2022c). *CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. DATASUS*. Ministério da Saúde do Brasil. <http://cnes.datasus.gov.br/>.
- Brasil (2022d). *Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias*. <https://www.gov.br/depen/pt-br/servicos/sisdepen>.
- Brasil (2022e). *IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da População*. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=31451&t=resultados>.
- Brasil (2022f). *Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)*.

- <https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/producao-ambulatorial-sia-sus/>.
- Brites, L. S., & Rocha, C. M. F (2017). Massive Open Online Courses (Moocs): perfil dos cursos no campo da saúde. *Renote*, 15(1). <https://doi.org/10.22456/1679-1916.75097>.
- Caitano, A. R, Gusmão, C. M. G., Dias-Trindade, S., Barbalho, I. M. P., Morais, P. S. G., Caldeira-Silva, G. J. P., Romão, M. H., Valentim, J. L. R. S., Dias, A. P., Alcoforado, J. L. M., Oliveira, C. A. P., Coutinho, K. D., Rêgo, M. C. F. D. & Valentim, R. A. M. (2022). Massive health education through technological mediation: Analyses and impacts on the syphilis epidemic in Brazil. *Front. Public Health*, 10, 944213. doi: 10.3389/fpubh.2022.944213.
- Carvalho, N. G. O. (2017). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: Uma análise sobre a evolução normativa. *Cadernos Ibero-Americanos De Direito Sanitário*, 6(4), 112–129. <https://doi.org/10.17566/ciads.v6i4.434>.
- Carvalho, V. A., & Silva, M. do R. F. (2011). Política de segurança pública no Brasil: avanços, limites e desafios. *Revista Katálysis*, 14(1), 59–67. <https://doi.org/10.1590/S1414-49802011.0001.00007>.
- Ceccim, R. B. (2005). Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 161–168. <https://doi.org/10.1590/S1414-328320050001.00013>.
- Ceccim, R. B. (2018). Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(suppl 2). <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0477>.
- Ceccim, R. B. & Feuerwerker, L. (2004). A four-way approach to training in the health field:

- teaching, management, care, and social control. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 14, 41-65. doi: 10.1590/S0103-733120040001.00004.
- Ceccim, R. B., Kreutz, J. A., Campos, J. D. P. D. & Culau, F. S. (2016). Educação em saúde coletiva, pesquisa-formação e estratégia de prospecção de modelos tecnoassistenciais na atenção básica. In *Intensidade na atenção básica: prospecção de experiências 'informes' e pesquisa-formação* (pp. 17-27). Rede UNIDA.
- Chen, C. M. (2008). Intelligent web-based learning system with personalized learning path guidance. *Computers & Education*, 51(2), 787-814.
- Conselho Federal de Medicina (2018a). *Demografia Médica: Brasil possui médicos ativos com CRM em quantidade suficiente para atender demandas da população*. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/demografia-medica-brasil-possui-medicos-ativos-com-crm-em-quantidade-suficiente-para-atender-demandas-da-populacao/>
- Conselho Federal de Medicina (2018b, nov.). *Considerações sobre o Programa Mais Médicos*. https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2018_pesquisa_maismedicos.pdf.
- Cordeiro, E. L., Silva, T. M., Silva, L. S. R., Pereira, C. E. A., Patricio, F. B. & Silva, C. M. (2018). Perfil epidemiológico dos detentos: patologias notificáveis. *Avances en Enfermería*, 36(2), 170-178.
- Cunha, I. P. D., Nascimento, D. D. G. D., Lemos, A. F., Campos, F. E. D., Nascimento, E. N. & Moraes, S. H. M. D. (2020). *A experiência de um Survey com participantes dos cursos de especialização no âmbito da saúde da família da rede UNA-SUS*. Universidade Federal do Maranhão.
- Dachs, J. N. W. (2002). Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7, 641-657.

- Damasceno, R. (2017, 15 jan.). Darcy Ribeiro estava certo: educação é o caminho para reduzir a criminalidade. *Jornal Estado de Minas Gerais*.
https://www.em.com.br/app/noticia/politica/2017/01/15/interna_politica,839547/darcy-ribeiro-estava-certo-educacao-e-o-caminho-para-reduzir-crime.shtml.
- Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos. (2018). *Anuário dos trabalhadores do SUS: 2018*. DIEESE.
<https://www.dieese.org.br/anuario/2018/AnuarioSUS.pdf>.
- Dias-Trindade, S., Correia, J. & Henriques, S. (2020). Ensino remoto emergencial na educação básica brasileira e portuguesa: a perspectiva dos docentes. *Revista Tempos e Espaços em Educação*, 13(32), 2. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8640959.pdf>.
- Dias-Trindade, S. & Moreira, J. A. (2020). Online Learning Environments enriched with audiovisual technologies and its impact on the construction of virtual communities in Higher Education in prison context. *Journal of E-Learning and Knowledge Society*, 16(2), 09-16. <https://doi.org/10.20368/1971-8829/1135039>.
- Dourado, J. L. G. & Alves, R. S. F. (2019). Panorama da saúde do homem preso: dificuldades de acesso ao atendimento de saúde. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 39(96).
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X20190001.00006&lng=pt&tlng=pt.
- Fazel, S. & Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *The Lancet*, 377, 956–965. doi:
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61053-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61053-7)
- Ferreira, I. G., Cazella, S. C. & Costa, M. R. da. (2022). Formação em preceptorial: percepções e experiências de participantes de curso de especialização na modalidade a distância. *Revista Brasileira De Medicina De Familia E Comunidade*, 17(44), 3438.

- [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3438](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3438).
- Fiore, V., Matteis, G., Pontali, E., Vito, A., Panese, S., Geremia, N., Maida, I., Artioli, S., Starnini, G., Madeddu, G. & Babudieri, S. (2022). Quick diagnosis, staging, and treatment of HCV infection among people living in prison: Opinion expert panel. *Front. Public Health*, 10, 926414. doi: 10.3389/fpubh.2022.926414.
- Foltran, P. J., Levyski, L. W. S., & Freitas, C. S. (2009). As ações de DST/HIV/Aids no Sistema Penitenciário do Distrito Federal: os desafios da atuação profissional do assistente social frente aos ditames da segurança pública. *SER Social*, 11(24), 82-105.
- Gabe, C. & Lara, G. M. (2008). Prevalência de anti-HCV, anti-HIV e co-infecção HCV/HIV em um presídio feminino do Estado do Rio Grande do Sul. *RBAC*, 40(2), 87-89.
- Gabriel, A. C. G., Pinheiro, D. H. P., Fernandes, L. M. S., Wind, M. M., Ferreira, V. R. & Silva, C. T. X. (2019). *Caos: O atual cenário da saúde prisional no Brasil*.
- Gao, J., Du, X. & Gao, Q. (2022). Analysis of *burnout* and its influencing factors among prison police. *Front. Public Health* 10, 891745. doi: 10.3389/fpubh.2022.891745.
- Garcia, M. (2022). This is America: systemic racism and health inequities amidst the COVID-19 pandemic. *Social Work in Public Health*, 37(2), 105-121. <https://doi.org/10.1080/19371918.2021.1981509>.
- Garcia, T. C. M., Morais, I. R. D., Zaros, L. G. & Rêgo, M. C. F. D. (2020). *Ensino remoto emergencial: proposta de design para organização de aulas*. UFRN; SEDIS. <https://repositorio.ufrn.br>.
- Gonçalves, C. M. G. (2021). *Edição didática: práticas para a edição e produção de materiais didáticos impressos na Educação a Distância (SEDIS/UFRN)*. [Tese de Doutorado]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

- Granville, M. L. (2017). *Uma análise sobre os alunos do curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS*. <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/168807>.
- Hammett, T. M. (2009). Sexually transmitted diseases and incarceration. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 22. doi:10.1097/QCO.0b013e328320a85d.
- Henriques, S., Correia, J. D. & Dias-Trindade, S. (2021). Portuguese Primary and Secondary Education in Times of COVID-19 Pandemic: An Exploratory Study on Teacher Training and Challenges. *Education Sciences*, 11(9), 542. <http://dx.doi.org/10.3390/educsci11090542>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2023, 1 de fevereiro). *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidade e Estados*. <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados>.
- Ismail, N., Lazaris, A., O'Moore, E., Plugge, E. & Stürup-Toft, S. (2021). Leaving no one behind in prison: improving the health of people in prison as a key contributor to meeting the sustainable development goals 2030. *BMJ global health*, 6, e004252. doi:10.1136/bmjgh-2020-004252.33771820[pmid].
- Leal, M. C., Ayres, B. V. S., Esteves-Pereira, A. P., Sánchez, A. R. & Larouzé, B. (2016). Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(7), 2061–2070. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.02592016>.
- Lei de Execução Penal – Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1994. Institui a Lei de Execução Pena. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm.
- Lermen, H. S., Gil, B. L., Cúnico, S. D. & Jesus, L. O. D. (2015). Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25, 905-924.
- Li, L., Tæiegh, A., & Tan, S. Y. (2023). A scoping review of the impacts of COVID-19

- physical distancing measures on vulnerable population groups. *Nature communications*, 14(1), 599. <https://doi.org/10.1038/s41467-023-36267-9>.
- Lima, R. K. D., Misse, M. & Miranda, A. P. M. D. (2000). Violência, criminalidade, segurança pública e justiça criminal no Brasil: uma bibliografia. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais-BIB*, 50, 45-123. <https://app.uff.br/riuff/handle/1/10294>.
- Livramento, A. M., & Rosa, E. M. (2015). *Vidas no cárcere: o lugar da assistência religiosa*. EDUFES. <http://repositorio.ufes.br/handle/10/6774>.
- Machado, S. J. (2008). *A ressocialização do preso à luz da lei de execução penal* [Bacharelado em Direito]. Universidade do Vale do Itajaí.
- Machado, N. O. & Guimarães, I. S. (2014). A realidade do sistema prisional brasileiro e o princípio da dignidade da pessoa humana. *Revista Eletrônica de Iniciação Científica Itajaí*, 5(1), 566-581.
- Machado, J. C., Boldori, J. D. M., Dalmolin, M. D., Souza, W. C., Bazzanella, S. L., Birkner, W. M. K. & Mascarenhas, L. P. G. (2016). A incidência de tuberculose nos presídios brasileiros: revisão sistemática. *Revista de Atenção à Saúde*, 14(47), 84-88.
- Marinho, G. L. & Queiroz, M. E. V. (2023). Cobertura populacional de enfermeiros no Brasil: estimativas com base em diferentes fontes de dados. *Trabalho, Educação E Saúde*, 21, e00916202. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs916>
- Massuda, A., Hone, T., Leles, F. A. G., Castro, M. C. & Atun, R. (2018). The brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Global Health*, 3. doi:10.1136/bmjgh-2018-000829.
- Medeiros, L. C. M., Silva, Z. M., Santana, L. C. L. R., Eulálio, K. D. & Fé, L. A. D. M. M.

- (2018). A construção integrativa e reflexiva do trabalho de conclusão do curso lato sensu UNA-SUS/UFPI. *Inovadoras da rede UNA-SUS*, 166.
- Melgaço, A. M. & Torres, R. H. (2020). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP): uma análise do seu processo de implementação no contexto atual do sistema prisional paranaense. *Revista do Legislativo Paranaense*, (4), 133-150.
- Melissa, S. & Meira, P. (2022). *O policial penal e as dificuldades enfrentadas na atuação profissional dentro dos complexos penais brasileiros*. <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/22704>.
- Merhy, E. E., Feuerwerker, L. C. M. & Ceccim, R. B. (2006). Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud colectiva*, 2(2), 147-160. doi: 10.18294/sc.2006.62.
- Ministério da Saúde (2023). Síndrome de *Burnout*. Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sindrome-de-burnout>.
- Miranda, A. E., Vargas, P. M., St. Louis, M. E. & Viana, M. C. (2000). Sexually transmitted diseases among female prisoners in brazil: Prevalence and risk factors. *Sexually Transmitted Diseases*, 27, 491–495. <https://www.jstor.org/stable/44965384>.
- Miranda, A. E., Merçon-de-Vargas, P. R. & Viana, M. C. (2004). Saúde sexual e reprodutiva em penitenciária feminina, Espírito Santo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 38(2), 255-260.
- Miranda, D. B., Matão, M. E. L., Malaquias, A. & Souza, E. L. (2016). Maternidade atrás das grades: particularidades do binômio mãe e filho. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 6(2).
- Monteiro, F. M. & Cardoso, G. R. (2013). A seletividade do sistema prisional brasileiro e o perfil

- da população carcerária: Um debate oportuno. *Civitas - Revista De Ciências Sociais*, 13(1). <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2013.1.12592>.
- Monteiro Junior, G. D. J. (2020). A Ineficiência do Sistema Penitenciário e Carcerário do Brasil: na visão dos agentes de segurança pública.
- Moura, M. V. (2019). *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. Atualização - Junho de 2017*. Ministério da Justiça e Segurança Pública, Departamento Penitenciário Nacional - Depen.
- Nagendra, G., Carnevale, C., Neu, N., Cohall, A., & Zucker, J. (2020). The potential impact and availability of sexual health services during the COVID-19 pandemic. *Sexually transmitted diseases*, 47(7), 434. doi: 10.1097/OLQ.0000000000001198.
- Napoleon, S. C., Maynard, M. A., Almonte, A., Cormier, K., Bertrand, T., Ard, K. L., & Chan, P. A. (2020). Considerations for STI clinics during the COVID-19 pandemic. *Sexually transmitted diseases*, 47(7), 431. 10.1097/OLQ.0000000000001192.
- Nascimento, V. J., & Barros, C. S. (2020). Direitos humanos no sistema penitenciário brasileiro: teoria e prática. *Revista Processus de Estudos de Gestão, Jurídicos e Financeiros*, 11(41), 171-190. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4124408>.
- Neves, Rafael (2023, 15 mar.). Órgão federal aponta tortura, comida estragada e doenças em presídios do RN. Caderno Online Cotidiano. *UOL, São Paulo*. <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2023/03/15/relatorio-aponta-condicoes-insalubres-presidios-rn.htm>.
- Nuzzo, J. B., Meyer, D., Snyder, M., Ravi, S. J., Lapascu, A., Souleles, J. & Bishai, D. (2019). What makes health systems resilient against infectious disease outbreaks and natural hazards? Results from a scoping review. *BMC public health*, 19, 1-9. DOI:

10.1186/s12889-019-7707-z.

Oliveira, F. P. D., Vanni, T., Pinto, H. A., Santos, J. T. R. D., Figueiredo, A. M. D., Araújo, S. Q. D. & Cyrino, E. G. (2015). Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 19, 623-634.

Oliveira, K. R. V., Santos, A. A. P. & Vieira, M. J. O. (2020). *Percepção de mulheres encarceradas sobre o acesso à saúde como ferramenta de ressocialização*.

Oliveira, J. A., Sousa, A. R., Almeida, L. C. G., Araújo, I. F. M., Santos, A. S., Bispo, T. C. F. & Pereira, Á. (2022). Knowledge, attitudes and practices related to sexually transmitted infections of men in prison. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 75, e20201273. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1273>.

Organização das Nações Unidas (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. <https://www.unicef.org>.

Pedroso, R. C. (1997). Utopias penitenciárias, projetos jurídicos e realidade carcerária no Brasil. *Revista De História*, (136), 121-137. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9141.v0i136p121-137>

PEPSUS. *O Curso de Especialização em Estratégia em Saúde da Família* <https://avasus.ufrn.br/course/index.php?categoryid=10>. e

Pinto, R. M., Valentim, R. A. M., Fernandes da Silva, L., Góis Farias de Moura Santos Lima, T., Kumar, V., Pereira de Oliveira, C. A. et al. (2021). Analyzing the reach of public health campaigns based on multidimensional aspects: the case of the syphilis epidemic in Brazil. *BMC Public Health*, 21, 1632. doi:10.1186/s12889-021-11588-w.

Pinto, R., Valentim, R., Fernandes da Silva, L., Fontoura de Souza., Góis Farias de Moura Santos Lima, T., Pereira de Oliveira, C. A. et al. (2022). Use of interrupted time series analysis in

- understanding the course of the congenital syphilis epidemic in brazil. *The Lancet Regional Health – Americas*, 7. doi:10.1016/j.lana.2021.100163.
- Portella, F. F. (2019). *Explorando a relação entre o perfil do aluno e seu desempenho acadêmico na modalidade EAD: análise com base nos dados do Curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UFCSA*.
- Ramos, S. & Paiva, A. (2008). Mídia e violência: o desafio brasileiro na cobertura sobre violência, criminalidade e segurança pública. *Cadernos Adenauer*, 9(4), 29-41. https://cesecseguranca.com.br/wp-content/uploads/2016/01/MidiaeViolencia_CadernosAdenauer.pdf.
- Rangel, M. (2009). Educação e saúde: uma relação humana, política e didática. *Educação*, 59-64. <https://revistaseletronicas.pucrio.br/ojs/index.php/faced/article/view/5136>.
- Rede PEPSUS. <http://redepepsus.lais.huol.ufrn.br>.
- Resende J. P. & Andrade, M. V. (2011, jan.). Crime social, castigo social: desigualdade de renda e taxas de criminalidade nos grandes municípios brasileiros. *Estud Econ.*, 41(1). <https://doi.org/10.1590/S0101-41612011.0001.00007>.
- Resolução 510, n. 510/2016. Ética na Pesquisa na área de Ciências humanas e sociais. Conselho Nacional de Saúde.
- Resolução 674, n. 674/2022. Tipificação da Pesquisa e a Tramitação dos Protocolos de Pesquisa no Sistema CEP/CONEP. Conselho Nacional de Saúde.
- Rocha, M. A. d., dos Santos, M. M., Fontes, R. S., de Melo, A. S. P., Cunha-Oliveira, A., Miranda, A. E. et al. (2022). The text mining technique applied to the analysis of health interventions to combat congenital syphilis in brazil: The case of the “syphilis no!” project. *Frontiers in Public Health*, 10. doi:10.3389/fpubh.2022.855680.

- Rosa, S. M. & Nunes, F. C. (2014). Instituições prisionais: Atenção psicossocial, saúde mental e reinserção social. *Revista Fragmentos de Cultura-Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas*, 24(1), 125-138.
- Rules, B. (1985). *United nations standard minimum rules for the administration of juvenile justice. Adopted by the General Assembly on 29.*
<https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/ProfessionalInterest/beijingrules.pdf>.
- Ryan, C., Brennan, F., McNeill, S. & O’Keeffe, R. (2022). Prison officer training and education: A scoping review of the published literature. *Journal of Criminal Justice Education*, 33(1), 110-138. <https://doi.org/10.1080/10511253.2021.1958881>.
- Salla, F. & Ballesteros, P. R. (2008). Democracia, direitos humanos e condições das prisões na América do Sul. *Research project of Geneva Academy of International Humanitarian Law and Human Rights*.
- Salvador, M. E., Tarcia, R. M. L., Souza, M. P., Gonçalves, D. A., Manfredini, M. A., Abreu, S. C. C. & Harada, J. (2021). Especialização em Saúde da Família UNA-SUS UNIFESP: dez anos de experiência em capacitação profissional. *Brazilian Journal of Global Health*, 1(3), 67-72.
- Sampaio, K. *et al.* (2021). *Além do Concreto*. Documentário. Secretaria de Educação a Distância (SEDIS), Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). <https://www.youtube.com/watch?v=pLf9pCjOCWc>.
- Santos, D. S. S. & Bispo, T. C. F. (2018). Mãe E Filho no Cárcere: Uma Revisão Sistemática. *Revista Baiana de Enfermagem*. <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.22130>.
- Scheffer, M., Cassenote, A. & Biancarelli, A. (2013). *Demografia médica no Brasil: cenários e indicadores de distribuição. Conselho Federal de Medicina do Brasil (CFM)*.

- <https://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>.
- Scheffer, M. et al. (2018). *Demografia Médica no Brasil 2018*. FMUSP, CFM, Cremesp, <https://jornal.usp.br/wp-content/uploads/DemografiaMedica2018.pdf>.
- Schmidt, B., Noal, D. S., Melo, B. D., Freitas, C. M., Ribeiro, F. M. L. & Passos, M. F. D. (2021). *Saúde mental e atenção psicossocial a grupos populacionais vulneráveis por processos de exclusão social na pandemia de Covid-19*. MATTA, GC et al, 87-97.
- Secretaria Nacional de Polícias Penais (2023, 1 de fevereiro). Secretaria Nacional de Políticas Penais (SNPP). Ministério da Justiça e da Segurança Pública. *Relatórios e manuais*. <https://www.gov.br/depen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios-e-manuais/relatorios/relatorios-analiticos/br/brasil-junho-2022.pdf>.
- SeyedAlinaghi, S., Pashaei, Z., Rahimi, E., Saeidi, S., Mirzapour, P., Noori, T. & Mehraeen, E. (2022). Prevalence of sexually transmitted infections and associated risk behaviors in prisoners: A systematic review. *Health Science Reports*, 5(5), e819. <https://doi.org/10.1002/hsr2.819>.
- Shepherd, A., Hewson, T., Hard, J., Green, R. & Shaw, J. (2021) Equivalence, Justice, Injustice – Health and Social Care Decision Making in Relation to Prison Populations. *Front. Sociol*, 6, 649837. doi: 10.3389/fsoc.2021.649837.
- Sidrim, M. L. (2018). *Modelo para avaliação e monitoramento em processos de elaboração de recursos educacionais para ambientes virtuais de aprendizagem: um estudo de caso no AVASUS*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- Soares, M. M. B. & Gomes, P. M. M. (2016). Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(7), 1999-2010. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.24102015>

- Sousa, M. da C. P., Alencar Neto, F. J., Sousa, P. C. C. & Silva, C. L. C. (2013). Atenção à saúde no sistema penitenciário: revisão de literatura. *Revista Interdisciplinar*, 6(2), 144–151. <https://uninovafapi.homologacao.emnuvens.com.br/revinter/article/view/59>.
- Souza, C. E. A., Carmo, I. G., Borges, L. V. S, Araújo, P. C., Cruz, F. M. F., Silva, K. C. & Campos, M. S. (2023). Reflection of The Covid-19 Pandemic on The Syphilis Index. *Health and Society*, 3(02), 130-145.
- TELELAB (2023). *Programa de Educação Permanente, do Ministério da Saúde, que disponibiliza cursos gratuitos, cujo público-alvo são os profissionais da área de Saúde*. <https://telelab.aids.gov.br/index.php/historico-telelab>.
- Thiollent, M. (2022). *Metodologia da pesquisa-ação*. Cortez editora.
- Tripp, D. (2005). Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educação e Pesquisa*, 31(3), 443-466.
- UNA-SUS (2023). *Sistema Universidade Aberta do SUS*. Ministério da Saúde. <https://www.unasus.gov.br/institucional/unasus>.
- United Nations (1990). *United nations guidelines for the prevention of juvenile delinquency (the riyyadh guidelines)*. Resolution / adopted by the General Assembly. United Nations General Assembly. Note/by the secretariat (A/RES/45/112). <https://digitallibrary.un.org/record/105349>.
- United Nations (1991). *United nations rules for the protection of juveniles deprived of their liberty: resolution / adopted by the general assembly A/RES/45/113*. <https://www.refworld.org/docid/3b00f18628.html>.
- United Nations (2010). *United nations rules for the treatment of women prisoners and non-custodial measures for women offenders (the bangkok rules)*. United Nations

- General Assembly. Note/by the secretariat (A/C.3/65/L.5).*
<https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/united-nations-rules-treatment-women-prisoners-and-non-custodial>.
- United Nations (2015a). *Take action for the sustainable development goals.*
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>.
- United Nations (2015b). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development.*
<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication>.
- United Nations (2016). *United nations standard minimum rules for the treatment of prisoners (the nelson mandela rules). Resolution/adopted by the general assembly (A/RES/70/175).*
<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/443/41/PDF/N1544341.pdf?OpenElement>.
- Valença, M. S., Possuelo, L. G., Cezar-Vaz, M. R., & Silva, P. E. A. D. (2016). Tuberculose em presídios brasileiros: uma revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 2147-2160.
- Valentim, R. A. M., Lima, T. S., Cortez, L. R., Barros, D. M. S., Silva, R. D., Paiva, J. C., Coutinho, K. D., Morais, P. S. G., Lacerda, J. S. & André, F. R. (2021a). A relevância de um ecossistema tecnológico no enfrentamento à Covid-19 no Sistema Único de Saúde: o caso do Rio Grande do Norte, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(6).
<https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.44122020>.
- Valentim, J., Oliveira, E. S. G., Valentim, R. A. M., Dias-Trindade, S., Dias, A. P., Cunha-Oliveira, A., Barbalho, I., Fernandes, F., Silva, R. D., Romão, M. H., Teixeira, C. & Henriques, J. (2021b) Data Report: “Health care of Persons Deprived of Liberty” Course From Brazil's Unified Health System Virtual Learning Environment. *Front. Med.*

- 8:742071. doi: 10.3389/fmed.2021.742071.
- Valentim, R. A. M., Oliveira, A. C., Dias, A. P., Oliveira, E. S. G., Valentim, J. L. R. S., Moreira, J. A. M. et al. (2021c). Educommunication as a strategy to face syphilis: an analysis of the open educational resources available at avasus. *Brazilian Journal of Sexually Transmitted Diseases*, 33. <https://bjstd.org/revista/article/view/729>.
- Valentim, R. A. M., Lima, T. S., Cortez, L. R., Barros, D. M. S., Silva, R. D., Paiva, J. C. et al. (2021d). The relevance a technology ecosystem in the Brazilian National Health Service's COVID-19 response: the case of Rio Grande do Norte, Brazil. *Ciência Saúde Colet.* 26, 2035–52. doi: 10.1590/1413-81232021266.44122020.
- Valentim, J. L. R. S., Dias-Trindade, S., Oliveira, E. S. G., Moreira, J. A. M., Fernandes, F., Romão, M. H., Morais, P. S. G., Caitano, A. R., Dias, A. P., Oliveira, C. A. P., Coutinho, K. D., Ceccim, R. B. & Valentim, R. A. M. (2022a) The relevancy of massive health education in the Brazilian prison system: The course “health care for people deprived of freedom” and its impacts. *Front. Public Health* 10, 935389. doi: 10.3389/fpubh.2022.935389.
- Valentim, J. L. R. S., Dias-Trindade, S., Oliveira, E. S. G., Moreira, J. A. M., Fernandes, F., Romão, M. H., Morais, P. S. G., Caitano, A. R., Dias, A. P.; Oliveira, C. A. P.; Coutinho, K. D., Ceccim, R. B. & Valentim, R. A. M. (2022b, apr.). The Relevancy of Massive Health Education in The Brazilian Prison System: The Course "Health Care for People Deprived of Freedom" And Its Impacts. (2.0) [Data set]. *Zenodo*. <https://doi.org/10.5281/zenodo.6499752>.
- Valentim, R. A. M., Oliveira, C. A. P., Oliveira, E. S. G., Ribeiro, E. L., Costa, S. M., Morais, I. R. D., Fernandes, F. R. S., Caitano, A. R., Gusmão, C. M. G., Cunha-Oliveira, A., Rêgo,

- M. C. F. D., Coutinho, K. D., Barros, D. M. S. & Ceccim, R. B. (2022c). Virtual Learning Environment of the Brazilian Health System (AVASUS): Efficiency of Results, Impacts, and Contributions. *Front. Med.* 9, 896208. doi: 10.3389/fmed.2022.896208.
- Valentim, R., Lacerda, J., Coutinho, K., Dias, A. P., Alberto, C., Rêgo, C. & Rodrigues, J. (2023). *Sífilis: resposta a partir de abordagens por múltiplas dimensões*.
- Vasconcelos, A. C. C. G., Souza, M., Lima, K. R., Silva, B. A. K., & Vasconcelos, D. F. P. (2019). Atenção à saúde de indivíduos privados de liberdade no sistema prisional brasileiro: uma revisão integrativa. *Revista Ciências em Saúde*, 9(4), 28-36.
- Van Hout, M. C., Fleißner, S., & Stöver, H. (2023). # Me Too: Global Progress in Tackling Continued Custodial Violence Against Women: The 10-Year Anniversary of the Bangkok Rules. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(2), 515-529. doi: 10.1177/15248380211036067.
- Vasconcelos, N. P. d., Machado, M. R. & Wang, D. W. L. (2020). Covid-19 in prisons: a study of habeas corpus decisions by the são paulo court of justice. *Revista de Administração Pública [online]*, 54, 1472–1485. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200536x>
- Veronese, J. R. P. (2009). O Sistema Prisional: seus conflitos e paradoxos. *Novos Estudos Jurídicos*, 3(5), 31–44. <https://doi.org/10.14210/nej.v3n5.p31-44>.
- Western, B., & Pettit, B. (2010). Incarceration & social inequality. *Daedalus*, 139(3), 8-19. https://doi.org/10.1162/DAED_a_00019.
- World Health Organization (2021). *Assessment of country implementation of the WHO global health sector strategy for sexually transmitted infections (2016–2021): Results of a national survey*. The WHO Global Health Sector Strategy (GHSS) on Sexually Transmitted Infections (STI), 2016–2021 (resolution WHA69.22 [2016]). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345086/9789240025585-eng.pdf>.

Anexo I - Produção Acadêmica

Item	Tipo / Ano	Título	Como Citar
Artigos Científico (6)			
1	Artigo (2020)	The Challenge of Combating Congenital Syphilis and Syphilis in Pregnant Women in The Brazilian Prison System.	Eloiza da Silva Gomes de Oliveira et al. (2020). O Desafio do Combate à Sífilis Congênita e à Sífilis em Gestantes no Sistema Prisional Brasileiro: The Challenge of Combating Congenital Syphilis and Syphilis in Pregnant Women in The Brazilian Prison System. Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde - ISSN:2236-1103, 10(1), 10. https://doi.org/10.18816/r-bits.v10i1.22175 .
		Publicado na Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde. ISSN:2236-1103.	
2	Artigo (2021)	Educommunication as a strategy to face syphilis: an analysis of the open educational resources available at AVASUS	Valentim, R. A. de M., Oliveira, A. C., Dias, A. de P., Oliveira, E. da S. G., Valentim, J. L. R. da S., Moreira, J. A. M., Coutinho, K. D., Trindade, S. M. da G. D. do C., & Bonfim, M. A. A. . (2021). Educommunication as a strategy to face syphilis: an analysis of the open educational resources available at AVASUS. Brazilian Journal of Sexually Transmitted Diseases, 33. Retrieved from https://bjstd.org/revista/article/view/729 . doi: 10.5327/DST-2177-8264-20213310.
		Publicado no Brazilian Journal of Sexually Transmitted Diseases. ISSN: 2177-8264. Revista da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis.	

3	Artigo (2021)	Data Report: “Health care of Persons Deprived of Liberty” Course From Brazil's Unified Health System Virtual Learning Environment.	Valentim J et al. (2021). Data Report: “Health care of Persons Deprived of Liberty” Course From Brazil's Unified Health System Virtual Learning Environment. Front. Med. 8:742071. doi: https://doi.org/10.3389/fmed.2021.742071 .
		Publicado na Frontiers in Medicine. Fator de Impacto: 5.058.	
4	Artigo (2022)	Massive Health Education Through Technological Mediation: Analyses and impacts on the syphilis epidemic in Brazil.	Caitano AR et al. (2022). Massive health education through technological mediation: Analyses and impacts on the syphilis epidemic in Brazil. Front. Public Health 10:944213. doi: https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.944213 .
		Publicado na Frontiers in Public Health. Fator de Impacto: 6.461.	
5	Artigo (2022)	The Relevancy of Massive Health Education in the Brazilian Prison System: The course “health care for people deprived of freedom” and its impacts.	Valentim JLRS et al. (2022). The Relevancy of Massive Health Education in the Brazilian Prison System: The course “health care for people deprived of freedom” and its impacts. Front. Public Health. doi: https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.935389 .
		Publicado na Frontiers in Public Health. Fator de Impacto: 6.461.	
6	Artigo (2023)	Evaluation of Massive Education in Prison Health: a perspective of health care for the person deprived of freedom in Brazil.	Valentim J et al. (2023). Evaluation of Massive Education in Prison Health: a perspective of health care for the person deprived of freedom in Brazil. Front. Public Health - Public Health Education and Promotion. doi: https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1239769
		Submetido na Frontiers in Public Health. Fator de Impacto: 6.461,	
Capítulo de Livro (6)			
7	Capítulo de	Livro: Pesquisas Aplicadas no	Eloiza da Silva Gomes de

	Livro (2021)	<p>Panorama das Ciências da Saúde no Brasil.</p> <p>Capítulo 9: A Sífilis no Sistema Prisional Brasileiro, Desafio Para a Saúde: Uma análise baseada em dados.</p>	<p>Oliveira et al. (2021). Pesquisas Aplicadas no Panorama das Ciências da Saúde no Brasil. Capítulo 9 – A Sífilis no Sistema Prisional Brasileiro, Desafio Para a Saúde: Uma análise baseada em dados. Editora: 2021 e-Publicar [livro eletrônico]: Volume 1 /Organizadores Inaldo Kley do Nascimento Moraes, Patrícia Gonçalves de Freitas – Rio de Janeiro, RJ. ISBN 978-65-89340-65-2. https://editorapublicar.com.br/pesquisas-aplicadas-no-panorama-da-s-ciencias-da-saude-no-brasil-volume-1.</p>
8	Capítulo de Livro (2023)	<p>Livro: Sífilis Resposta a partir de Abordagens por Múltiplas Dimensões.</p> <p>Capítulo 2 - Utilização de Mediação Tecnológica na Formação Humana de Pessoas Privadas de Liberdade.</p>	<p>Janaína L. R. da S. Valentim et al. (2023). Sífilis Resposta a partir de Abordagens por Múltiplas Dimensões. Capítulo 2 - Utilização de Mediação Tecnológica na Formação Humana de Pessoas Privadas de Liberdade. [Recurso Eletrônico]. Organizado por Janaína Rodrigues, Gerson Pereira, Angélica Espinosa, Carmem Rêgo, Carlos Alberto, Aline Pinho Dias, Karilany Coutinho, Juciano Lacerda e Ricardo Valentim. - 1. ed. - Natal: SEDIS-UFRN, 2023. 15536 KB; 1 PDF. ISBN 978-65-5569-289-1. https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/51166.</p>
9	Capítulo de Livro (2023)	<p>Livro: Sífilis Resposta a partir de Abordagens por Múltiplas Dimensões.</p> <p>Capítulo 6 - Desafios e Potencialidades da Educomunicação como Estratégia no Enfrentamento à</p>	<p>Marilyn Anderson Alves Bonfim et al. (2023). Sífilis Resposta a partir de Abordagens por Múltiplas Dimensões. Capítulo 6 - Desafios e Potencialidades da Educomunicação como Estratégia no Enfrentamento à</p>

		Sífilis.	Sífilis. [Recurso Eletrônico]. Organizado por Janaína Rodrigues, Gerson Pereira, Angélica Espinosa, Carmem Rêgo, Carlos Alberto, Aline Pinho Dias, Karilany Coutinho, Juciano Lacerda e Ricardo Valentim. - 1. ed. - Natal: SEDIS-UFRN, 2023. 15536 KB; 1 PDF. ISBN 978-65-5569-289-1. https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/51166 .
10	Capítulo de Livro (2023)	Livro: Cultura Digital e Educação: Pesquisas em Novos Cenários. Capítulo: Pesquisa-ação, Trilha Formativa e compartilhamento na Rede Sociotécnica de Formação Humana em Saúde.	Janaína L. R. da S. Valentim et al. (2023). Cultura Digital e Educação: Pesquisas em Novos Cenários. Capítulo: Pesquisa-ação, Trilha Formativa e compartilhamento na Rede Sociotécnica de Formação Humana em Saúde. Editora UFPE – Formato: Digital – Acervo de eBooks da Editora UFPE. (No Prelo).
11	Capítulo de Livro (2023)	Livro: Formação Humana com Tecnologia: Interfaces e Conexões. Capítulo: Desigualdade e Saúde no Sistema Prisional Brasileiro: um paradoxo crítico e urgente.	Janaína L. R. da S. Valentim et al. (2023). Formação Humana com Tecnologia: Interfaces e Conexões. Capítulo: Desigualdade e Saúde no Sistema Prisional Brasileiro: um paradoxo crítico e urgente. (No Prelo).
12	Capítulo de Livro (2023)	Livro: Formação Humana com Tecnologia: Interfaces e Conexões. Capítulo: Formação Humana com Tecnologias: A experiência de aprendizagem ao longo da vida no Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema único de Saúde (AVASUS)	Caitano AR et al. (2023). Formação Humana com Tecnologia: Interfaces e Conexões. Capítulo: Formação Humana com Tecnologias: A experiência de aprendizagem ao longo da vida no Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema único de Saúde (AVASUS). (No Prelo).

Publicação/Participação em Eventos e Congressos (5)			
13	Congresso (2020)	<p>CEDH2020 – Atas da II Conferência Euro-Americana para o Desenvolvimento dos Direitos Humanos: Agenda 2030 – Um Novo Capítulo para a Evolução dos Direitos Humanos, Coimbra, 12 e 13 de outubro de 2020 – [Formato Online]. Pg. 38 – “Um Olhar para Além do Concreto: O Cárcere Seletivo no Brasil e Possibilidades da Educação Mediada por Tecnologias”.</p> <p>Link da apresentação:</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=nmq1GUSkQo</p>	<p>Oliveira et. al (2020). Olhar para Além do Concreto: O Cárcere Seletivo no Brasil e Possibilidades da Educação Mediada por Tecnologias. (2020). Atas da II Conferência Euro-Americana para o Desenvolvimento dos Direitos Humanos - Agenda 2030 – Um Novo Capítulo para a evolução dos Direitos Humanos [documento digital]. JUS.XXI. ISBN: 978-989-54998-0-9. Disponível no Repositório UPT, http://hdl.handle.net/11328/3357.</p> <p>Link do resumo (Página 38): http://repositorio.uportu.pt/jspui/bitstream/11328/3357/1/CEDH2020-3%20%281%29.pdf</p>
14	Eventos (2021)	<p>Lançamento Nacional da "Trilha Formativa no Sistema Prisional: Além dos muros”.</p> <p>Brasil</p>	<p>Data do Lançamento: 26 de novembro de 2021</p> <p>Link: https://www.youtube.com/watch?v=obADzfaJ-RU</p>
15	Eventos (2021)	<p>Implementação do Programa para detecção da infecção pelo HIV, sífilis, hepatites virais B e C em prisões femininas - Na Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em Brasília. Apresentação da Trilha Formativa: Além dos muros.</p> <p>Brasília-DF/Brasil.</p>	<p>Data: 09 de dezembro de 2021</p> <p>Link: https://lais.huol.ufrn.br/trilha-formativa-no-sistema-prisional-e-apresentada-na-sede-da-organizacao-pan-americana-da-saude-opas-em-brasilia/</p>
16	Eventos (2022)	<p>3ª. Conferência Internacional de Inovação em Saúde - Painel</p>	<p>Data: 06 de abril de 2022</p>

		<p>“Sistema Prisional”.</p> <p>Natal-RN/Brasil.</p>	<p>Talk Show “A importância da Trilha Formativa no Sistema Prisional: ‘Além dos Muros’ – A Tríade do Privado de Liberdade, Policial Penal e Profissional de Saúde”, com a presença de Eloiza Gomes, professora no Instituto Multidisciplinar de Formação Humana com Tecnologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Sigla/UERJ); Janaína Rodrigues; Ronaldo Melo, também integrante do Sigla/UERJ; e Sara Trindade.</p> <p>Link: https://lais.huol.ufrn.br/sistema-prisional-sera-tema-de-debate-entre-pesquisadores/ https://inovacaotecnologica.lais.huol.ufrn.br/programacao/ https://lais.huol.ufrn.br/painel-apresenta-solucoes-para-socializar-pessoas-com-restricao-de-liberdade/</p>
17	Congresso (2022)	<p>Apresentação da Trilha Formativa: Além dos Muros – 15 Congresso Internacional Rede Unida.</p> <p>Vitória-ES/Brasil.</p> <p>A Formação Humana para Pessoas Privadas de Liberdade.</p>	<p>Link: http://www.redeunida.org.br/pt-br/evento/11/</p>

Anexo II - Questionário



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA
LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO TECNOLÓGICA EM SAÚDE
PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Avaliação do curso de “Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade”

APRESENTAÇÃO

O presente questionário se destina aos profissionais de saúde e demais participantes que finalizaram o curso de Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde (AVASUS). O objetivo é conhecer as contribuições de tal curso ofertado pelo AVASUS, tanto para qualificar profissionais da atenção primária, quanto ao cuidado no âmbito da saúde prisional, para difundir na comunidade geral as prerrogativas do direito à saúde das pessoas privadas de liberdade.

Você necessitará de até 8 minutos para responder ao presente questionário. Por favor, pedimos a gentileza de uma leitura cuidadosa. Suas respostas são muito importantes para a avaliação e qualificação do Curso. Portanto, os dados desse questionário são de interesse da gestão pública e

para futuras pesquisas acadêmicas, com intuito de melhorar as ofertas educacionais no campo da saúde pública.

A expectativa é de que você responda todas as perguntas. Você não será identificado e sua confidencialidade será totalmente resguardada. Após finalizar a coleta, os dados serão anonimizados e disponibilizados em repositórios de domínios públicos para fins de análise no campo da gestão e da pesquisa.

Esta é uma pesquisa de opinião limitada somente ao contexto do curso. Ficamos gratos por sua cooperação.

1 – PERFIL DO CURSISTA		
Nº	PERGUNTA	ALTERNATIVAS
1.1	Quando você fez o curso, você era? (Múltipla Escolha - mais de uma resposta possível)	<input type="checkbox"/> Aluno de Graduação na Área da Saúde <input type="checkbox"/> Aluno de Pós-Graduação na Área da Saúde <input type="checkbox"/> Aluno de Curso Técnico na Área da Saúde <input type="checkbox"/> Profissional de Saúde <input type="checkbox"/> Outro _____
1.2	No momento, você atua como profissional de saúde? (Resposta objetiva - única opção)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

1.3	<p>Se você atua como profissional de saúde, marque a alternativa referente à sua categoria ocupacional. (Resposta objetiva - única opção)</p>	<input type="checkbox"/> Agrônomo <input type="checkbox"/> Assistentes social <input type="checkbox"/> Biólogo <input type="checkbox"/> Biomédico <input type="checkbox"/> Educador Físico (Bacharelado/Licenciatura) <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Físico Médico <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Médico Veterinário <input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Sanitarista (Bacharel) <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional <input type="checkbox"/> Zootecnista <input type="checkbox"/> Técnico em Enfermagem <input type="checkbox"/> Auxiliar em Enfermagem <input type="checkbox"/> Agente Comunitário de Saúde <input type="checkbox"/> Agente de Controle de Endemias <input type="checkbox"/> Outro _____
1.4	<p>Em qual âmbito do setor da saúde você atuava antes do curso? (Múltipla Escolha - mais de uma resposta possível)</p>	<input type="checkbox"/> Atenção Básica <input type="checkbox"/> Atenção Especializada <input type="checkbox"/> Atenção Hospitalar <input type="checkbox"/> Gestão <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> Formação/Educação
1.5	<p>Em que âmbito do setor da saúde você atua no momento? (Múltipla Escolha - mais de uma resposta possível)</p>	<input type="checkbox"/> Atenção Básica <input type="checkbox"/> Atenção Especializada <input type="checkbox"/> Atenção Hospitalar <input type="checkbox"/> Gestão <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> Formação/Educação
1.6	<p>Você atua ou já atuou no sistema prisional? (Resposta objetiva - única opção)</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <p>Em caso afirmativo, especifique:</p>

		<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="902 205 1406 260">[] Equipe de Atenção Primária Prisional Tipo I (eAPP-I)<li data-bbox="902 302 1458 357">[] Equipe de Atenção Primária Prisional Tipo I com Saúde Mental (eAPP-I com Saúde Mental) -<li data-bbox="902 399 1409 453">[] Equipe de Atenção Primária Prisional Tipo II (eAPP-II)<li data-bbox="902 495 1455 550">[] Equipe de Atenção Primária Prisional Tipo II com Saúde Mental (eAPP-II com Saúde Mental)<li data-bbox="902 592 1419 646">[] Equipe de Atenção Primária Prisional Tipo III (eAPP-III)
--	--	---

2 – COMPARTILHAMENTO DO CONHECIMENTO		
Nº	PERGUNTA	ALTERNATIVAS
2.1	Por que você optou pelo curso? (Múltipla Escolha - mais de uma resposta possível)	<input type="checkbox"/> Pelo conteúdo <input type="checkbox"/> Pelo modelo (autoinstrucional) <input type="checkbox"/> Outro _____
2.2	O principal motivo para realizar este curso foi: (Múltipla Escolha - mais de uma resposta possível)	<input type="checkbox"/> A relação que estabelece com a minha atividade profissional. <input type="checkbox"/> Atender à demanda do estabelecimento de saúde onde atuou. <input type="checkbox"/> A indicação de colegas de trabalho. <input type="checkbox"/> A necessidade de complementar minha formação. <input type="checkbox"/> Pela oportunidade de acessar um conteúdo desconhecido. <input type="checkbox"/> Para progressão funcional. <input type="checkbox"/> Pela publicidade a que tive acesso. <input type="checkbox"/> Pelo tempo de duração (carga horária). <input type="checkbox"/> Pela certificação. <input type="checkbox"/> Outro motivo: _____
2.3	Você indicou este curso? (Múltipla Escolha - mais de uma resposta possível)	<input type="checkbox"/> Não indiquei para ninguém. <input type="checkbox"/> Sim, para um amigo que não é profissional de saúde, mas é estudante de saúde. <input type="checkbox"/> Sim, para um colega de trabalho do próprio estabelecimento de saúde onde atuou. <input type="checkbox"/> Sim, para um colega de outro estabelecimento de saúde. <input type="checkbox"/> Sim, outro(s): _____
2.4	Por que indicou este curso? (Múltipla Escolha - mais de uma resposta possível)	<input type="checkbox"/> Pelo conteúdo <input type="checkbox"/> Pela metodologia <input type="checkbox"/> Pelo modelo (autoinstrucional) <input type="checkbox"/> Pela certificação <input type="checkbox"/> Outro motivo: _____
2.5	Compartilhou o que aprendeu no curso com seus colegas de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

2.6	(Resposta objetiva - única opção) Compartilhou na família e comunidade o que aprendeu no curso? Resposta objetiva - única opção)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2.7	O conteúdo do curso é importante de ser compartilhado? Resposta objetiva - única opção)	<input type="checkbox"/> Concordo Totalmente <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> É indiferente <input type="checkbox"/> Discordo Parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo Totalmente

3 – CONTEÚDO		
Nº	PERGUNTA	ALTERNATIVAS
3.1	Os conteúdos abordados no curso lhe permitiram COMPREENDER os aspectos históricos, legais e de atenção à saúde no sistema prisional brasileiro? (Resposta objetiva - única opção)	<input type="checkbox"/> Extremamente Bem <input type="checkbox"/> Muito Bem <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Muito Pouco
3.2	Os conteúdos abordados no curso discutiram o perfil epidemiológico no sistema prisional brasileiro? (Resposta objetiva - única opção)	<input type="checkbox"/> Extremamente Bem <input type="checkbox"/> Muito Bem <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Muito Pouco
3.3	O curso abordou os conteúdos que auxiliam no controle das infecções sexualmente transmissíveis no sistema prisional? (Resposta objetiva - única opção)	<input type="checkbox"/> Extremamente Bem <input type="checkbox"/> Muito Bem <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Muito Pouco
3.4	Os conteúdos do curso abordaram estratégias efetivas para o cuidado integral à saúde no sistema prisional? (Resposta objetiva - única opção)	<input type="checkbox"/> Extremamente Bem <input type="checkbox"/> Muito Bem <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Muito Pouco
3.5	Os conteúdos abordados no curso lhe permitiram COMPREENDER os aspectos relacionados à atenção integral à “saúde do homem privado de liberdade”? (Resposta objetiva - única opção)	<input type="checkbox"/> Extremamente Bem <input type="checkbox"/> Muito Bem <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Muito Pouco
3.6	Os conteúdos abordados no curso lhe permitiram COMPREENDER os aspectos relacionados à atenção integral à “saúde da mulher privada de liberdade”? (Resposta objetiva - única opção)	<input type="checkbox"/> Extremamente Bem <input type="checkbox"/> Muito Bem <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Muito Pouco
3.7	Os conteúdos abordados no curso lhe permitiram COMPREENDER as questões relacionadas à saúde mental da pessoa privada de liberdade? (Resposta objetiva - única opção)	<input type="checkbox"/> Extremamente Bem <input type="checkbox"/> Muito Bem <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Muito Pouco

3.8	<p>Antes do curso, você já tinha estudado o conteúdo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)? (Resposta objetiva - única opção)</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3.9	<p>Antes do curso, você já tinha estudado o conteúdo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)? (Resposta objetiva - única opção)</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3.10	<p>Antes do curso, você já tinha estudado o conteúdo da Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE)? (Resposta objetiva - única opção)</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3.11	<p>Qual resposta melhor se adequa à sua satisfação com o curso? (Resposta objetiva - única opção)</p>	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Insatisfeito <input type="checkbox"/> Muito Insatisfeito

4 – DIREITO À SAÚDE DA PESSOA PRIVADA DE LIBERDADE		
Nº	PERGUNTA	ALTERNATIVAS
4.1	Melhorar a atenção à saúde no sistema prisional, observando as necessidades físicas, psíquicas e sociais das pessoas privadas de liberdade, pode impactar positivamente em toda sociedade? (Resposta objetiva - única opção)	<input type="checkbox"/> Concordo Totalmente <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> É indiferente <input type="checkbox"/> Discordo Parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo Totalmente
4.2	A privação de liberdade e a permanência no sistema prisional são fatores de vulnerabilidade que intensificam o aparecimento de diversas doenças? (Resposta objetiva - única opção)	<input type="checkbox"/> Concordo Totalmente <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> É indiferente <input type="checkbox"/> Discordo Parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo Totalmente
4.3	A restrição da atenção integral à saúde no sistema prisional é fator que intensifica o aparecimento de diversas doenças entre as pessoas privadas de liberdade e também na comunidade? (Resposta objetiva - única opção)	<input type="checkbox"/> Concordo Totalmente <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> É indiferente <input type="checkbox"/> Discordo Parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo Totalmente
4.4	A melhoria da atenção à saúde no sistema prisional representa um avanço para um sistema social e de saúde mais adequado porque mais humanizado? (Resposta objetiva - única opção)	<input type="checkbox"/> Concordo Totalmente <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> É indiferente <input type="checkbox"/> Discordo Parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo Totalmente
4.5	O Estado garante os direitos à promoção da saúde e prevenção de doenças no sistema prisional? (Resposta objetiva - única opção)	<input type="checkbox"/> Concordo Totalmente <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> É indiferente <input type="checkbox"/> Discordo Parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo Totalmente
4.6	É possível alcançar sempre melhores níveis de garantia ao direito à saúde da pessoa privada de liberdade? (Resposta objetiva - única opção)	<input type="checkbox"/> Concordo Totalmente <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> É indiferente <input type="checkbox"/> Discordo Parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo Totalmente

5 – PRÁTICA PROFISSIONAL		
Nº	PERGUNTA	ALTERNATIVAS
5.1	O curso contribuiu para melhorar a sua prática profissional? (Resposta objetiva - única opção)	<input type="checkbox"/> Extremamente Bem <input type="checkbox"/> Muito Bem <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Muito Pouco
5.2	Para o caso da resposta ser Extremamente Bem ou Muito Bem escreva um texto com no máximo 250 caracteres que expresse qual foi a melhoria? (Texto livre)	R.:
5.3	Para o caso da resposta ser Pouco ou Muito Pouco escreva um texto com no máximo 250 caracteres que expresse qual foi a melhoria? (Texto livre)	R.:
5.4	O curso oportunizou mudanças de comportamentos na sua prática profissional? (Resposta objetiva - única opção)	<input type="checkbox"/> Extremamente Bem <input type="checkbox"/> Muito Bem <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Muito Pouco
5.5	Para o caso da resposta ser Extremamente Bem ou Muito Bem escreva um texto com no máximo 250 caracteres que expresse qual foi a mudança? (Texto livre)	R.:
5.6	Para o caso da resposta ser Pouco ou Muito Pouco escreva um texto com no máximo 250 caracteres que expresse qual foi a mudança? (Texto livre)	R.:

6 - AMBIENTE DE TRABALHO		
Nº	PERGUNTA	ALTERNATIVAS
6.1	O curso oportunizou mudanças no processo de trabalho no local onde você atua? (Resposta objetiva - única opção)	<input type="checkbox"/> Concordo Totalmente <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Foi indiferente <input type="checkbox"/> Discordo Parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo Totalmente
6.2	Para o caso da resposta ser Concordo Totalmente ou Concordo escreva um texto com no máximo 250 caracteres que expresse qual foi a mudança? (Texto livre)	R.:
6.3	Para o caso da resposta ser Discordo Totalmente ou Discordo escreva um texto com no máximo 250 caracteres que expresse qual foi a mudança? (Texto livre)	R.:
6.4	O curso permitiu melhorar um serviço existente? (Resposta objetiva - única opção)	<input type="checkbox"/> Concordo Totalmente <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Foi indiferente <input type="checkbox"/> Discordo Parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo Totalmente
6.5	O curso estimulou ou induziu a criação de um novo serviço? (Resposta objetiva - única opção)	<input type="checkbox"/> Concordo Totalmente <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Foi indiferente <input type="checkbox"/> Discordo Parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo Totalmente
6.6	O curso aprimorou o acolhimento e cuidado em saúde no sistema prisional? (Resposta objetiva - única opção)	<input type="checkbox"/> Concordo Totalmente <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Foi indiferente <input type="checkbox"/> Discordo Parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo Totalmente

Anexo III - Timeline da Pesquisa

