UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE DIREITO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SEGURANÇA PÚBLICA, JUSTIÇA E CIDADANIA

IGOR CARLOS CUNHA MOTA

SAÚDE NA PRISÃO: DISCURSO E PRÁTICAS DE HOMENS PRIVADOS DE LIBERDADE SOBRE A PRODUÇÃO DE CUIDADO À SAÚDE OFERTADA EM UMA INSTITUIÇÃO PENAL DO ESTADO DA BAHIA

Salvador
2017

IGOR CARLOS CUNHA MOTA

SAÚDE NA PRISÃO: DISCURSO E PRÁTICAS DE HOMENS PRIVADOS DE LIBERDADE SOBRE A PRODUÇÃO DE CUIDADO À SAÚDE OFERTADO EM UMA INSTITUIÇÃO PENAL DO ESTADO DA BAHIA

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Segurança Pública, Justiça e Cidadania da Faculdade de Direito da UFBA como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Segurança Pública, Justiça e Cidadania.

Orientadora: Prof. Drª Odilza Lines de Almeida

Salvador
2017

Mota, Igor
Saúde na prisão: discursos e práticas de homens privados de liberdade sobre a produção de cuidado à saúde ofertada em uma instituição penal do estado da Bahia / Igor Mota. -- Salvador, 2017.
134 f.

Orientadora: Odilza Lines de Almeida.
Dissertação (Mestrado - Mestrado Profissional em Segurança Pública, Justiça e Cidadania) -- Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Direito, 2017.
1. Saúde Prisional. 2. Prisões. 3. Saúde do Homem. I. de Almeida, Odilza Lines. II. Título.

IGOR CARLOS CUNHA MOTA

SAÚDE NA PRISÃO: DISCURSO E PRÁTICAS DE HOMENS PRIVADOS DE LIBERDADE SOBRE A PRODUÇÃO DE CUIDADO À SAÚDE OFERTADO EM UMA INSTITUIÇÃO PENAL DO ESTADO DA BAHIA

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Segurança Pública, Justiça e Cidadania da Faculdade de Direito da UFBA como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Segurança Pública, Justiça e Cidadania composta pela banca Examinadora:

Área de Concentração: Segurança Pública
Linha de Pesquisa: Direitos Humanos e Cidadania

Aprovada em _____de_____de_____.

BANCA EXAMINADORA:

_____

Profª Drª. Odilza Lines de Almeida
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESC

_____

Profª Drª Claudia Moraes Trindade
Universidade do Estado da Bahia - UNEB

_____

Profª Dr. Claudia Regina Vaz Torres
Universidade do Estado da Bahia - UNEB

Salvador _____/_____/_____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha avó Clarice, por seu amor, carinho e atenção durante todos os meus anos de vida. A sua coragem, comprometimento e serenidade sempre me acolheram e estimularam a seguir em busca dos meus objetivos. Eu não seria o homem que sou hoje sem sua porção em mim e certamente não conseguiria finalizar esta dissertação sem seu incentivo!

AGRADECIMENTOS

AGRADEÇO PRIMEIRAMENTE À MINHA MÃE, minha maior incentivadora e parceira de todas as horas. Sua maior contribuição em minha vida foi ser um exemplo de ser humano. Honestidade, solidariedade e dedicação são suas maiores qualidades. Com sua teimosia, outro traço característico de sua personalidade, me mostrou que devemos sempre insistir e persistir em busca de nossas vitórias. Ao longo desta jornada me ouviu e aconselhou de forma pertinente, assim me ajudou seguir em frente. AO MEU PAI, pela sua paciência, compreensão e sabedoria. Durante o processo de conclusão do mestrado esteve sempre ao meu lado, torcendo e acreditando na minha conquista. Aos MEUS AVÓS SEBASTIÃO, CARLOS E SILVERIA, pelo carinho e cuidado. Aos meus primos e amigos pela parceria, incentivo e conselhos. À minha grande amiga MAYARA, por estimular minha curiosidade, acreditar em minha potencialidade, pelos longos bate-papos e cafés discutindo nossos interesses científicos e profissionais, pelo carinho e preocupação nos momentos difíceis. Ao meu parceiro de vida e história RODRIGO, por sua calma e conforto nos momentos de desespero e angustia durante esta jornada, estando sempre dedicado, paciente e companheiro. Aos meus colegas de trabalho na Secretaria de Administração Penitenciaria e Ressocialização da Bahia, ALINE, BRUNO, CARLA, CLAUDIA, DAVID, MILENA, QUELE, ROSENEIDE, e em especial à ILCE, por ter acompanhado de perto todo o processo de pesquisa de campo, ajudando, possibilitando e acreditando. Aos meus colegas de trabalho na Secretaria Municipal de Saúde do Salvador, AMANDA, BÁRBARA, LAVÍNIA, LÍVIA, MILENA, PAULA e em especial à ISABELA por acreditarem e incentivarem nessa minha conquista. Às minhas coordenadoras ADRIANA e JOSELICE pela compreensão. À minha orientadora ODILZA, pela sua competência, interesse e paciência. A todos e todas que direta ou indiretamente contribuíram para realização deste estudo, MUITO OBRIGADO!

Amada vida, minha morte demora.
Dizer que coisa ao homem,
Propor que viagem? Reis, ministros
E todos vós, políticos,
Que palavra além de ouro e treva
Fica em vossos ouvidos?
Além de vossa rapacidade
O que sabeis
Da alma dos homens?
Ouro, conquista, lucro, logro
E os nossos ossos
E o sangue das gentes
E a vida dos homens
Entre os vossos dentes.

Hilda Hilst (1974)

RESUMO

A Saúde Prisional vem progressivamente sendo colada em pauta no cenário das políticas públicas, tendo como principais aliados as publicações da legislação que organizam e orientam o processo de cuidado à saúde das pessoas privadas de liberdade: a Lei de Execuções Penais (1984), o Plano Nacional de Saúde Prisional (2003) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (2014). Os dados oficiais do Ministério da Justiça informam que a população masculina representa cerca de 95% das pessoas privadas de liberdade, sendo, portanto, a principal clientela da saúde prisional. No ano de 2009 o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e destacou a necessidade de ampliar e qualificar o cuidado à saúde ofertado aos homens privados de liberdade. O presente estudo teve como objetivo analisar os discursos e práticas de homens em situação de privação de liberdade sobre a produção de cuidado ofertada em uma instituição penal do Estado Bahia. Os 09 participantes eram pessoas custodiadas em uma unidade prisional para presos provisórios do sexo masculino, localizada no município de Salvador-Bahia. Tratou-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e contou como técnicas investigativas entrevistas semiestruturadas, análise documental e observação participante, realizadas no período de Dezembro de 2016 a maio de 2017. O trabalho analítico foi realizado na abordagem teórico-metodológica das práticas discursivas. Como resultado identificou-se que os homens em situação de privação de liberdade apresentam de forma arraigada o modelo hegemônico de constituição do masculino, sofrendo com suas implicações negativas para a saúde dos homens. Foi possível notar que os internos convivem com uma diversidade de patologias, em ambiente insalubre e violento. A oferta de cuidado se mostrou insuficiente e não resolutiva, focada no modelo biomédico e curativista, afastada dos princípios e diretrizes das principais politicas garantidoras de direito à saúde da população estudada. Conclui-se que a implementação das políticas públicas não está alcançando objetivo de promover Direitos Humanos em saúde e cidadania, o que acarreta como consequência a proliferação de moléstias e violência**.**

Palavras-chave: Saúde Prisional; Prisões; Saúde do Homem

ABSTRACT

Prison Health has been progressively being tackled in the public policy arena. Its main allies are publications on legislation that organize and guide the process of health care for persons deprived of their liberty: the Law on Criminal Executions (1984), the National Prison Health Plan (2003) and the National Policy for Health Care for Persons Deprived of Liberty (2014). The Ministry of Justice report that the male population represents about 95% of persons deprived of their liberty and is therefore the main customer of prison health. In 2009, the Health"s Ministry published the National Policy for Integral Attention to Man Health and emphasized the need to expand and qualify the health care offered to men deprived of their liberty. The objective of this study was to analyze the discourses and practices of men in situations of deprivation of liberty over the production of care offered at a penal institution in the State of Bahia. The 09 participants were persons in custody in a prison unit for temporary male inmates, located in the municipality of Salvador-Bahia. It was a research of qualitative approach and counted as investigative techniques semi-structured interviews, documental analysis and participant observation, carried out from December 2016 to May 2017. The analytical work was carried out in the theoretical-methodological approach of the discursive practices. As a result, it was identified that men in situations of deprivation of liberty present in a deeply rooted way the hegemonic model of masculine constitution, suffering with its negative implications for men's health. It was possible to notice that the inmates coexist with a diversity of pathologies, in an unhealthy and violent environment. The offer of care was insufficient and not resolutive, focused on the biomedical and curativist model, away from the principles and guidelines of the main policies guaranteeing the right to health of the population studied. It is concluded that the implementation of public policies are not achieving the objective of promoting Human Rights in health and citizenship, which causes as a consequence the proliferation of diseases and violence.

Keywords: Prison Health; Prisons; Men's Health

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
APS – Atenção Primária à Saúde
AP – Agentes Penitenciários
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BDM – Bonde do Maluco
BVS – Biblioteca Virtual de Saúde
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CNDSS – Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CP – Código Penal
CNJ – Conselho Nacional de Justiça
CNPCP – Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
CNCD/LGBT – Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
COP – Centro de Observação Penal
CP – Comando da Paz
CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito
CNSH – Coordenação Nacional da Saúde do Homem
DEPEN –Departamento Penitenciário Nacional
DGJ – Corregedoria Geral de Justiça
DST– Doença Sexualmente Transmissível
DSS – Determinante Social de Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
GT – Grupo de Trabalho
HCT – Hospital de Custódia e Tratamento
HIV – *Human Immunodeficiency Virus*
HBV– Hepatite B Vírus
HSH – Homens que fazem sexo com Homens
IST– Infecções Sexualmente Transmissíveis
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
INFOPEN – Informações Estatísticas do Sistema Penitenciário Brasileiro
LEP – Lei de Execução Penais
LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
MPSPJ – Mestrado Profissional de Segurança Pública, Justiça e Cidadania
ONU – Organizações das Nações Unidas
PPL – Pessoas Privadas de Liberdade
PNSSP – Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário
PNPCP –Plano Nacional de Política Criminal e Penitenciária
PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem
PRODISA –Programa de Direito Sanitário da Fiocruz Brasília

PNAB –Política Nacional de Atenção Básica
PPL –Pessoas Privadas de Liberdade
PS –Promoção da Saúde
RAS – Rede de Atenção à Saúde
REDA – Regime de Especial de Direito Administrativo
RD –Redução de Danos
SEAP – Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização da Bahia
SESAB – Secretaria Estadual de Saúde da Bahia
SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Salvador
SUS – Sistema Único de Saúde
SP –Saúde Prisional
SEAP-BA – Secretaria Estadual de Administração Penitenciaria e Ressocialização da Bahia
SAME – Serviço de Arquivamento Médico e Estatística
SPA's – Substâncias Psicoativas
SEJUDH/MT–Secretaria de Justiça e Direitos Humanos de Mato Grosso
SES/MT – Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso
TB – Tuberculose
UAPS – Unidades de Atenção Primária à Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UNODC– *United Nations Office on Drugs and Crime*
UFBA– Universidade Federal da Bahia
UFES –Universidade Federal do Espírito Santo
UPS – Unidade Presídio de Salvador
VS – Vigilância em Saúde
VHB –Velocidade de Hemossedimentação

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Processo de cuidado em uma Instituição Prisional ……...…….58

Figura 2: Patologias……...……..83

Figura 3: Articulação entre tipo de violência e natureza da violência…….……..108

Figura 4: Violência perpetrada pela Instituição……..……...109

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos participantes de acordo com faixa etária; raça/cor; escolaridade; profissão; doenças; situação conjugal; reincidência criminal e orientação sexual...……...60

Tabela 2: Distribuição do quantitativo de atendimento individual por turno e categoria…...67

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 15
2 REFERENCIAL TEÓRICO 21
2.1 BREVE HISTÓRICO DA PENA DE PRISÃO 21
2.2 ABORDAGEM DE DIREITOS HUMANOS NO CUMPRIMENTO DA PENA 27
2.3 SAÚDE NA PRISÃO 29
2.4 CENÁRIO ATUAL DAS PESQUISAS SOBRE SAÚDE PRISIONAL NO BRASIL 36
3 DELINEAMENTO DO OBJETO DE ESTUDO 46
3.1 OBJETIVOS 46
3.1.1 Objetivo Geral 46
3.1.2 Objetivos Específicos 46
4 MÉTODO 47
4.1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO 47
4.2 PERCURSO METODOLÓGICO (CAMPO) 51
4.3 DESENHO DA PESQUISA 53
4.4 CONTEXTO DA PESQUISA 54
4.5 PARTICIPANTES 55
4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS 56
4.7 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS 56
5 MODELO TEÓRICO 57
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO 59
6.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES 59
6.2 DESCRIÇÃO DA OFERTA DE CUIDADO 61
6.3 SAÚDE DO HOMEM NA PRISÃO: CONCEITO DE SAÚDE 67
6.4 SAÚDE DO HOMEM NA PRISÃO: AUTOCUIDADO 69
6.5 IMPACTO DO ENCARCERAMENTO NA SAÚDE 82
6.5.1 Doenças Prevalentes 83
6.5.2 Saúde Mental no Sistema Prisional 87
6.5.3. Uso de Substâncias Psicoativas no Sistema Prisional 90
6.5.4 Determinantes de Saúde no Sistema Prisional 92
6.5.5 Oferta de Cuidado no Sistema Prisional 98
6.5.6 Saúde do Homem na Prisão: Violência 106
7 CONCLUSÃO 120
REFERÊNCIAS 123
ANEXO I 134

1 INTRODUÇÃO

A pena de prisão apresenta finalidades diversas e muitas vezes conflitantes. Propõe-se, ao mesmo tempo, a executar a penalidade retributiva do "mal" causado pelo autor do delito, prevenir a prática de novas infrações e, por fim, promover a regeneração do preso transformando-o de criminoso em não criminoso. A regeneração – interrupção do ciclo de conduta delitiva – tem destaque na legislação penal, sendo oficialmente a meta da pena de prisão no Brasil.

Antes da prisão assumir o papel central na execução penal, a principal punição criminal era a pena de suplício, o condenado tinha seu corpo flagelado até a morte em praça pública. O processo de humanização das punições cresceu e substituiu os atos públicos de tortura seguida de morte pelas penas de prisão. Dessa forma, a pena de prisão surge como medida pretensamente humanizadora, racional e moderna, como uma reforma ao sistema punitivo cruel que impunha martírio aos corpos condenados dos séculos passados. (FOUCAULT, 2012).

A partir do século XIX a pena de prisão se tornou a principal resposta contra o crime (ou contra o criminoso) no mundo ocidental. A partir de sua ampla adoção veio a expectativa de que o encarceramento seria um método adequado para promover a esperada "regeneração" do chamado delinquente. Na contemporaneidade, contudo, a pena de privação da liberdade vive uma crise, sendo inclusive consenso (entre estudiosos e o senso comum) a ideia de que o encarceramento não produz efeito positivo sobre o apenado/custodiado e consequentemente, não cumpre seu papel de descontinuar a comportamento delituoso. (PERES, 2012).

O aumento da população carcerária é uma realidade nos países industrializados, assim como no processo de industrialização. No período de 2011-2013, as Organizações das Nações Unidas (ONU) estimou que 10,2 milhões de pessoas encontravam-se presas, o que significa-uma taxa de encarceramento mundial de 148 por 100.000 habitantes (ONU, 2015) [1]. O Brasil possui a maior população carcerária da América Latina e a quarta no *rank* mundial, atrás apenas dos Estados Unidos, China e Rússia. De acordo com os dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) de junho de 2014, entre 2004 e 2014 houve um crescimento de

[1] Dados disponíveis em http://www.un.org/en/events/crimecongress2015/pdf/15-01094_factsheets_E_Ebook.pdf acessado em 20/09/2016

111% da população prisional no Brasil, que hoje é superior a 600.000 pessoas privadas de liberdade. (BRASIL, 2014).

O Sistema Prisional é considerado por muitos como verdadeiras caixas-pretas. (GOMES et al, 2015; Martins et al, 2014). A fragilidade dos dados, a baixa divulgação das informações e a dificuldade de acesso às unidades prisionais são notórios mecanismos de sigilo que ocultam a forma como a execução da pena de prisão na contemporaneidade brasileira vem sendo realizada.

Possivelmente, por trás desse silêncio se abrigam violações de direitos humanos. Observa-se que a pena de prisão, apesar de ter sido concebida para restringir tão somente determinados direitos da pessoa (liberdade e de voto para os sentenciados) acaba por violar vários outros. (GOMES et al, 2015). Como exemplo, pode-se citar a dificuldade das Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) terem acesso aos serviços de saúde, apesar do Sistema Único de Saúde (SUS) ter sido criado para ser um sistema universal.

Tais evidências são graves, pois podem obstruir ou mesmo negar em alguns casos o acesso à saúde. De acordo com os dados do Sistema de Informações Estatísticas do Sistema Penitenciário Brasileiro (INFOPEN) menos de 40% das unidades prisionais contam com módulo de saúde, obrigando-as a garantir a produção de cuidado em outro em estabelecimento de saúde, o que acarreta mais custos com escolta e prolonga a situação que agride a saúde do interno naquele momento, da mesma forma a quantidade de profissionais é aquém do necessário, são 449 médicos clínicos, 659 enfermeiros, 825 psicólogos, 945 assistentes sociais, 428 odontólogos para os mais de 600 mil presos, ou seja, quantidade insuficiente para atender a população com resolutividade e humanização. (BRASIL, 2014a).

Os estudos sobre a saúde da população prisional brasileira revelam situação grave no que se refere à infecção por diversos agravos, principalmente pelo HIV e Tuberculose. (MINAYO e RIBEIRO, 2016; SÁNCHEZ e LAROUZÉ, 2016; GOIS et al, 2012; NOUGUEIRA et al, 2011; MOREIRA, 2010; BRASIL, 2010a; SÁNCHEZ et al, 2007). Segundo o levantamento do INFOPEN, foram identificadas 2.864 pessoas portadoras do vírus HIV. Esse total representa 1,21% do total de presos nas unidades, o que equivale a uma taxa de incidência de 1215,5 pessoas soropositivas para cada cem mil presos, proporção sessenta vezes maior que a taxa da população brasileira total, de 20,476. No que se refere à taxa de pessoas presas com tuberculose é de 940,9, ao passo que na população total é de 24,4, frequência 38 vezes menor. Ainda são alarmantes as taxas de incidência de hepatites B e C, Sífilis, parasitoses, hanseníases, dentre outras (BRASIL, 2014a). Chama atenção, da mesma

forma, o cuidado a situações crônicas como a hipertensão, diabetes e a gestação. (PINHEIRO, 2015; FOCHI, 2014).

Outro agravo importante que acomete a população privada de liberdade é a violência. Segundo o relatório do próprio Ministério da Justiça a taxa de mortes intencionais (por violência) no sistema prisional é de 8,4 mortes para cada dez mil pessoas presas em um semestre, o que corresponderia a 167,5 mortes intencionais para cada cem mil pessoas privadas de liberdade em um ano. Esse valor é mais do que seis vezes maior do que a taxa de crimes letal intencional verificada no Brasil em 2013. (BRASIL, 2014a).

A constatação do contínuo crescimento populacional na prisão, aliada a diversas intervenções de movimentos sociais de Direitos Humanos e a mudança paradigmática na atenção à saúde proporcionada pelo movimento da Reforma Sanitária acabaram por pressionar as instituições responsáveis para a elaboração de políticas públicas que visem melhorar as condições de vida no sistema carcerário.

Lermen et al (2015) salientam que o Brasil vem, nos últimos trinta anos, a passos lentos e graduais, dando visibilidade à saúde no cenário prisional. Nessa trajetória destaca-se a Lei de Execução Penais (LEP) (1984), o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP) de 2003 e a recém-lançada Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), de 2014. A PNAISP, inclusive, é considerada um marco fundamental na garantia dos direitos sociais e humanos nas prisões (LERMEN et al, 2015). O texto da citada política reafirma que as pessoas privadas de liberdade são cidadãos de direitos e contraria a associação comumente feita em nossa sociedade entre transgressão criminal e negação de direitos sociais (BRASIL, 2014b).

No cenário brasileiro, recentemente, foi lançada outra política de saúde que visa cuidar de uma população vulnerável[2], a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH). Sua construção se deu sob a justificativa de que o modelo básico de atenção a quatro grupos populacionais, a saber, crianças, adolescentes, mulheres e idosos não era suficiente para tornar o país mais saudável, pois deixava de fora cerca de 25% da população brasileira: os homens de 20 a 59 anos (Brasil, 2010a).

---

[2] De acordo com o documento Perfil da Saúde dos Homens no Brasil MS (2012), a população masculina adulta é vulneral, pois seu perfil de morbimortalidade é mais grave do que os das mulheres e das crianças. Vivem 7,3 anos menos e comete 03 vezes mais suicídio que as mulheres e estão mais expostos às doenças cardiovasculares, infecções sexualmente e causas externas. Disponível: em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-Perfil-da-Situa----o-de-Sa--de-do-Homem-no-Brasil.pdf,

A PNAISH é apresentada com o propósito de qualificar a saúde do homem, pois se parte da premissa de que os homens não são sujeitos ativos no cuidado de sua saúde. O Plano Nacional de Ação da PNAISH para o triênio 2009-2011 preconizava que a política "[...] traduz um anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem sérios problemas de saúde pública." (Brasil, 2009).

Alguns autores nos dão pistas para a compreensão sobre o que se entende por vulnerabilidades dos homens. Souza (2005) pontua que a própria constituição do masculino contribui para comportamentos ditos danosos, pois os homens se utilizam de práticas e comportamentos para demonstrarem padrões hegemônicos de masculinidade, favorecendo as formas de adoecimento. Entre essas práticas, observa-se maior envolvimento em brigas, situações de homicídio (nas quais os homens ocupam o lugar de quem o realiza e de quem é dele vítima), altos índices de acidentes de trânsito, envolvimento com o narcotráfico, uso de álcool e outras drogas e exposição a comportamentos sexuais desprotegidos. Esse "padrão" argumenta Souza (2005), justificaria o alto índice de encarceramento nesse grupo populacional.

Müller (2012) se propõe a compreender como se produz "o homem que morre no Brasil" e na produção de um corpo masculino como estratégia biopolítica. Sobre esse corpo que acaba se tornando demasiadamente caro para o estado (visto o excesso de homens que são atendidos em emergências públicas ou encarcerados) expõe a autora, impõe-se "sua normalização pelo direito à vida e a contenção do excessivo de uma violência eminente e nomeadamente masculina." (Müller, 2012).

A autora sintetiza que a cartografia dos agravos que atinge os homens define os contornos de uma "anatomia" inscrita no campo da vulnerabilidade, do risco e da violência. Em suas palavras, a PNAISH contribui para a produção de "[...] um corpo masculino visível em seu caráter de fragilidade, vulnerabilidade e risco social, que tem sido a potência de uma engenhosa maquinaria de fazer cuidar para o homem viver." (Müller, 2012).

Portanto, a PNAISH traz questões complexas e paradoxais dos homens em relação à sua própria saúde e ao seu corpo, pois conforme Carrara, Russo e Faro (2009), ocupam(riam) lugar na hierarquia de gênero. A questão é o modo como ela está imbricada ou implicada em relações de poder do discurso "vitimário" e paternalista incorporado à nova política. Dessa forma, para os homens, articular reivindicações com base em uma posição "generificada" e tornarem-se visíveis enquanto "homens" significa colocarem-se no mesmo plano que as

mulheres, perdendo assim, a posição de representantes universais da espécie e arriscando-se a perder também seus benefícios na hierarquia de gênero.

Com o propósito de aprofundar a compreensão sobre o alcance da PNAISH, propõe-se uma aproximação com a promoção da saúde, que atualmente direciona suas discussões sobre as ações locais em saúde. (BRASIL, 2009). Mendes (2011) afirma que "a promoção da saúde compreende a dimensão da saúde como construção que se dá no espaço cotidiano da vida humana, buscando entender o ambiente como um território vivo, dinâmico e principalmente sendo o reflexo de processos econômicos, históricos e culturais". Assim, o autor afirma que o espaço cotidiano é um campo de ação privilegiado para melhorar a qualidade de vida, minimizar riscos e promover espaços saudáveis, podendo por vezes, propiciar territórios de ação local de saúde.

Nessa perspectiva, aponta-se o estabelecimento prisional masculino como mais um cenário social para se pensar a promoção da saúde. Explorar esse cenário, considerando-o também como determinante do processo saúde-doença e incorporando os referenciais da promoção da saúde é promover uma ampliação das discussões. Portanto, concorda-se com Reis e Kind (2014) quando afirmam que a falta de se conhecer o cotidiano de cada preso, as formas de viver de cada um que habita naquele território, dos modos particulares de organização da vida social dentro de uma penitenciária e suas peculiaridades apresentam-se hoje como lacunas na produção do conhecimento na área da saúde.

A lista de situações desfavoráveis e de precariedade do sistema carcerário brasileiro é amplamente denunciada pela imprensa. A precariedade se expressa em superpopulação, violência, iluminação e ventilação naturais insuficientes e falta de proteção contra condições climáticas extremas, higiene pessoal e alimentação inadequadas, falta de acesso à água potável, serviços médicos deficientes entre outras. (MIRANDA, 2014). Esses são alguns dos fatores que aumentam a vulnerabilidade dos homens que encontram-se em situação de privação de liberdade. Nesse sentido, poderia se afirmar que eles são duplamente vulneráveis: por serem homens e por estarem presos.

A partir do exposto, o presente estudo buscou compreender qual a leitura que o homem em situação de privação de liberdade faz do processo de cuidado em saúde ofertada em uma instituição penal, salientado sua autonomia, co-responsabilização e conhecimento sanitário.

Percebe-se que existem muitas pesquisas interessadas na saúde prisional, tanto a nível internacional quanto no contexto brasileiro, contudo, poucas fazem referência à

especificidade da saúde do homem, evidenciando uma lacuna científica relevante e demonstrando uma possível fragilidade nas práticas de cuidado (com base na PNAISH) direcionadas a essa população em um cenário eminentemente masculino. Tal constatação pode fortalecer condutas machistas por parte dos profissionais e dos internos custodiados, levando ao agravamento da condição de saúde dos reclusos.

Desta forma, conhecer os discursos e práticas sobre saúde dos homens em situação de privação de liberdade pode contribuir com a comunidade acadêmica e científica articulando os campos de estudo da saúde coletiva, do sistema prisional e de gênero, promovendo elementos para novas pesquisas e reflexões. Possibilita ainda, que esta temática seja inserida nas discussões pelas instituições formadoras, permitindo assim, o desenvolvimento de competências significativas para aqueles egressos que decidam por atuar no contexto prisional.

Da mesma forma, os dados encontrados no presente estudo podem fornecer subsídios importantes para que a gestão da Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização da Bahia (SEAP), Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB) e a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS) possam fortalecer a implementação da PNAISP no Estado, ajudando a organizar e qualificar o processo de trabalho das suas equipes de Saúde Prisional.

Com a divulgação do presente estudo será possível munir as equipes de saúde prisional que atuam diretamente com a população masculina privada de liberdade com informações pertinentes sobre a interpretação do próprio custodiado sobre saúde e a sua oferta dentro da instituição penal, auxiliando estes profissionais na condução do processo de cuidado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para desenvolver esta pesquisa, cujo objeto de estudo é a saúde de homens em situação de privação de liberdade, foi tomada como base teórica a história da pena de prisão, os Direitos Humanos no cumprimento da pena de prisão, a saúde na prisão no Brasil e os estudos sobre saúde na prisão no Brasil, com o intuito de buscar suporte teórico para embasar a análise dos dados obtidos.

2.1 BREVE HISTÓRICO DA PENA DE PRISÃO

Definir um momento exato o qual se passou a utilizar a pena de prisão como forma de repreensão dos que não observaram as regras impostas pela sociedade para cumprir o contrato social não é tarefa fácil. Da mesma forma, é complexo discutir o motivo pelo qual a prisão passou a ser a principal forma de punição para aqueles que transgrediram uma lei.

Foucault (2012) revela que na passagem do Antigo Regime à idade Moderna foi preterida a pena de suplício em detrimento à prisão, com sua rígida organização do tempo e distribuição dos corpos. As práticas do suplício, diferente de serem atos selvagens, mostravam uma lógica específica eram, ao mesmo tempo, um procedimento técnico e um ritual. Como procedimento técnico, o suplício pretendia produzir uma quantidade de sofrimento que poderia ser contemplada, comparada, hierarquizada, modulada de acordo com o crime cometido. Como ritual, visava assinalar o corpo da pessoa, tornar o criminoso infame e demonstrar o tamanho do poder daquele que pune de fato, o poder real.

A prisão, por sua vez, demonstra outras formas de punir, privilegiando a disciplina e o que Foucault (2012) define como “adestramento” dos indivíduos. Para tanto, utiliza-se alguns elementos simples: a vigilância, a medida normalizadora e o exame. A vigilância produz efeitos de poder, pois o indivíduo adestrado deve sentir-se permanentemente vigiado. A medida normalizadora implica uma penalidade de diversos aspectos da vida dos indivíduos, do tempo, da atividade, da hábitos, do corpo, da sexualidade, buscando a produção de controle dos comportamentos desviantes. O exame indica uma técnica de controle que permite qualificar, classificar e punir ininterruptamente os indivíduos que são encarcerados.

Foucault (2012) esclarece ainda que uma série de processos históricos mais amplos está articulada de maneira complexa à emergência da disseminação da pena de prisão a partir

do século XVIII, tais como: explosão demográfica, crescimento do aparelho de produção, mudanças nas estruturas jurídico-políticas da sociedade, dentre outras. Desse modo, a prisão torna peça-chave das novas práticas penais, ao propagar-se já no princípio do século XIX e relegar ao esquecimento outros tipos de punições.

Garland (1999) também ressalta o processo de "refinamento" das sensibilidades e mentalidades, a respeito das práticas de punição no qual a aplicação de penas diretamente ao corpo, causando dor física, deixa de ser um instrumento de punição e dá lugar a outras formas de sofrimento, como a privação da liberdade ou a cassação de recursos financeiros, ou ainda, a pena de morte por meio de uma injeção letal em vez da cadeira elétrica.

Ainda de acordo com Garland (1999), o "refinamento" das técnicas punitivas tira da esfera pública a percepção do sofrimento dos condenados/custodiados, que, no entanto, é mantido, entretanto, sendo consumado de uma maneira mais lenta e sutil, por um período maior de tempo e com consequências psicológicas e sociais (como a total marginalização desses indivíduos do conjunto da sociedade), das quais a sociedade, de uma forma geral, não conhecerá, principalmente porque o sofrimento está encoberto na privação da liberdade e não são suficientemente reconhecidas as perdas sociais que o encarceramento provoca também nos familiares dos criminosos.

Wacquant (2008) destaca uma realidade importante, a partir do momento que a prisão se tornou a principal resposta penal ao crime, em consequência o número de prisões proliferou, assim como o quantitativo de pessoas presas, gerando no mundo atual o que o autor denomina de super-encarceramento da população. Contudo, o autor salienta, que as prisões nos Estados Unidos são povoadas especialmente por populações específicas, geralmente, grupos minoritários.

Na época da sua institucionalização, nos Estados Unidos de meados do século XIX, o encarceramento era, acima de tudo, um método que aspirava ao controle de populações contrastantes e subordinadas, e os prisioneiros eram, em geral, pessoas pobres e imigrantes europeus recém-chegados ao Novo Mundo. Hoje em dia, o aparato carcerário norte-americano desempenha um papel análogo no que diz respeito a esses grupos discrepantes pela dupla reestruturação da relação entre o trabalho assalariado e a caridade do Estado. (WACQUANT, 2008).

Wacquant (2008) argumenta que a hipertrofia carcerária, precisamente nos Estados Unidos, é um mecanismo com efeitos contraditórios, uma vez que a um só tempo maquia o cenário trabalhista de curto prazo, suprindo de trabalho na base da hierarquia ocupacional, e

agrava-o a longo prazo, inviabilizando em menor ou maior intensidade milhões de pessoas para o trabalho. O autor ressalta que o encarceramento em massa reduziu a taxa de desemprego dos Estados Unidos, mas salienta que sustentar índices baixos de desemprego no futuro vai depender da expansão do sistema penal. Porém esse argumento ignora um terceiro impacto do super-encarceramento sobre o mercado de trabalho, que é o de facilitar o crescimento da economia informal e de empregos abaixo da linha de pobreza, e o faz gerando continuamente um grande volume de trabalhadores marginais que podem ser explorados sem quaisquer escrúpulos.

Egressos do sistema penal dificilmente podem exigir algo melhor que um emprego degradante e degradado em razão das trajetórias interrompidas, dos laços sociais esgarçados, do status jurídico vergonhoso e do amplo leque de restrições legais e obrigações civis implicadas. Desta forma, a multidão de ex-prisioneiros que escorrem das prisões americanas todos os anos fornece a força de trabalho vulnerável ajustada para prover a demanda de subempregos nos Estados Unidas ao longo das duas últimas décadas. (WACQUANT, 2008).

Christie (1998) alerta que não há limites ao crescimento deste controle criminal, pois existe aparato científico e tecnológico, porque conta com leis severas e uma demanda de crimes ilimitada. Nos países industrializados, a classe não produtiva se torna o alvo perfeito para o encarceramento e o que é pior, traçando um paralelo com o que aconteceu nos campos de concentração, e nos *gulags* soviéticos, estas pessoas perseguidas são os inimigos a serem eliminados ou utilizados como verdadeiros objetos da economia. Pensar racionalmente, às vezes, não condiz com pensar humanamente e uma ação humana pode transbordar a fronteira daquilo que se espera do futuro.

O problema dos efeitos do encarceramento ganhou força e relevância na teoria social na primeira metade do século XX, quando alguns pesquisadores analisaram a ação da instituição prisional sobre a identidade dos presos. Isto é, os efeitos do encarceramento foram problematizados primeiramente com referência ao ambiente interno da prisão. (GODOI, 2011).

Clemmer (1958) cunhou um conceito bastante difundido nos estudos sobre o efeito da prisão, a "prisionização". O autor afirma que o processo de prisionização é experimentado, em alguma medida, por toda pessoa que passa por uma prisão, implicando uma reinterpretação geral da vida, uma espécie de transformações que a prisão impõe sobre a vida de um indivíduo preso.

Para qualificar esse processo, Clemmer (1958) apontou os elementos que considerava fundamentais: aceitação de uma posição social inferior; acumulação na memória de uma infinidade de fatos concernentes à organização prisional; desenvolvimento de novos hábitos de alimentação, vestuário, trabalho e sono; adoção de uma linguagem particular; reconhecimento de que as necessidades fundamentais não podem ser satisfeitas no devido ambiente; e desejo de conseguir um bom trabalho no interior do presídio.

Na medida em que se verificam esses fatores gerais nas atitudes de um preso é possível identificá-lo como um membro assimilado à "comunidade prisional", como alguém que foi socializado na cultura da prisão. Clemmer (1958) sustenta ainda que existam graus de prisionização e múltiplos fatores que determinam a velocidade e o alcance do processo para cada indivíduo, desde a duração da pena até os aspectos da personalidade.

Goffman (2008), por sua vez, formulou o conceito sobre os efeitos socializadores das então postuladas pelo autor "instituições totais", Lugar onde acontece toda a vida do indivíduo que não tem contato com a vida fora dos muros da instituição, tais como as prisões, os manicômios e os conventos. Sobre o processo subjetivo e socializador da prisão, Goffman (2008) postulou o termo "mortificações do eu". Segundo o autor ao indivíduo que adentra numa instituição total se impõe uma série de desvios na sua "carreira moral", que são experimentados como degradantes e constituem a "mortificações do eu". Por "carreira moral", o autor faz referência ao processo geral de socialização e constituição de identidades, que se desenvolvem na constante interação do indivíduo no interior de diferentes grupos sociais. Já as "mortificações do eu" podem ser entendidas como mutilações que são impostas numa identidade previamente constituída.

Para o autor, a primeira mutilação do eu que uma instituição total impõe é a própria barreira que separa o interno do meio externo, impossibilitando que o indivíduo se mantenha atualizado sobre o que acontece na sociedade em geral. A segunda mutilação é a perda do nome, e sua substituição por um número e/ou apelido, geralmente percebidos como humilhantes. A perda absoluta de espaços e momentos de intimidade, a submissão a procedimentos humilhantes e a perda de controle sobre as atividades são outras das mutilações destacadas. (GOFFMAN, 2008).

A essas mutilações, no eu mortificado, sobrepõe-se uma série de ajustes secundários que visam a adaptação do sujeito à vida na instituição, de forma que se possa conservar um mínimo de domínio sobre o ambiente. Sistemas informais de comunicação, estratégias para obtenção de satisfações proibidas, ou mobilização de meios proibidos para a obtenção de

satisfações permitidas são alguns elementos que caracterizam esse sistema de ajustes. (GOFFMAN, 2008)

No atual paradigma criminal a concepção de Direito Penal está em grande medida associada aos efeitos que ele deve produzir, tanto sobre a sociedade quanto sobre a pessoa privada de liberdade. Portanto, tem a pena papel de destaque nesta relação entre Direito Penal e suas finalidades. Por isso, na atualidade ganha destaque a crítica sobre os efeitos que a pena deve produzir, suas finalidades, funções e seu êxito em cumprir os objetivos do Direito Penal. (CHIES, 2013; SILVEIRA, 2013).

O fim da pena não pode ser outro senão a prevenção – tanto em sua dimensão especial quanto na dimensão geral. Numa explicação sucinta, a dimensão especial da prevenção diz respeito aos efeitos da pena sobre o apenado. A literatura jurídica tradicional subdivide esta dimensão em duas categorias: prevenção especial positiva e negativa. Notadamente, a primeira diz respeito à ressocialização[3] ou à reeducação do indivíduo apenado, atribuindo à pena a tarefa de realizar tal modificação no indivíduo. A segunda categoria, por sua vez, se refere à neutralização da capacidade delitiva do apenado que, uma vez encarcerado, não mais será capaz de praticar delitos. (CHIES, 2013; SILVEIRA, 2013).

Por sua vez, a prevenção geral se refere aos efeitos da pena sobre a sociedade. A pena é imposta à sociedade para que com sua cominação os indivíduos sejam motivados a não descumprir as normas. Neste aspecto, a pena teria o fim de reforçar a confiança social no funcionamento do ordenamento jurídico por meio do cumprimento das normas. Tal medida teria por efeito a pacificação social, ou seja, a segurança jurídica pretendida pelo direito penal. O ponto central da prevenção especial positiva, referente à ideia de que a pena deve cumprir a função de reeducação e a ressocialização do apenado. Com efeito, apesar dos avanços teóricos na compreensão das funções e finalidades da pena, a realidade dos apenados está longe de ser satisfatória (CHIES, 2013; SILVEIRA, 2013).

Para Thompson (1991) numa análise puramente lógica é possível perceber a incompatibilidade entre os fins atribuídos a pena de prisão. A punição pressupõe terror e castigo. A regeneração pressupõe melhora e educação. Não é possível pensar em condições mais desfavoráveis à melhora senão a partir da produção do temor e do castigo.

---

[3] Colocamo-nos ao lado de Baratta (1991) ao considerar o termo ‘ressocialização’ como um dos “resíduos anacrônicos da velha criminologia positivista que definia o condenado como um indivíduo anormal e inferior que devia ser (re)adaptado à sociedade, considerando-a acriticamente como ‘boa’ e o condenado como ‘mau’”. O citado autor prefere o termo ‘reintegração social’ que envolve também a transformação da própria sociedade em relação aos encarcerados. Assim, só utilizamos o termo ‘ressocialização’ nesse trabalho quando é citado pelos autores.

O conceito de prisão, por si só, se torna incoerente, uma vez que é para Thompson (1991) impossível pensar numa prisão não punitiva que ofereça um ambiente pedagógico favorável. A via para a manutenção do preso no cárcere é garantir que ele não fuja através de rigorosa disciplina carcerária. Esses meios são elevados a tal importância que se tornam fins da sociedade, de forma que a preocupação social fica concentrada na fiscalização da segurança e da disciplina. A reincidência recorrente dos egressos acaba por provar a incapacidade do sistema prisional em promover a regeneração dos encarcerados. Por sua vez, as rebeliões carcerárias, as tentativas de fuga ou os casos de violência dentro dos presídios são supervalorizados. (THOMPSON, 1991).

O tratamento rígido deveria servir para preparar o indivíduo para a vida além dos muros, vida social e comunitária, integrada ao convívio saudável. Ao contrário disto, a vida na prisão tira sua autonomia, obrigando-o a viver de forma impessoal e mecânica. Ao mesmo tempo, a vida no cárcere obriga o preso à ociosidade, enquanto deveria ensiná-lo a viver honestamente e a promover seu próprio sustento de maneira lícita. (THOMPSON, 1991).

A ideia de que um indivíduo bem-adaptado à vida na cadeia estará adequado para a reintegração ao convívio social é uma falácia. Na verdade, o indivíduo adaptado ao cárcere está adaptado a uma condição de vida muito diferente do convívio social que experimentará fora dos muros. Na prisão está sujeito a um regime de submissão e rigidez, ociosidade e convívio forçado com outros indivíduos de interesses diversos. O convívio social convencional apresenta características opostas. Não parece lógico supor que o egresso, pelo simples fato de ter se submetido às regras do regime a que foi imposto, se encontra regenerado para o convívio social. (RAUTNER, 2003; THOMPSON, 1991).

Para Rauter (2003), a prisão é frequentemente descrita como o lugar onde vai se operar uma transformação na personalidade do preso. Teria portanto, como virtude importante possibilitar a reflexão, a introspecção, o arrependimento. Através da disciplina a prisão possibilitaria a internalização da lei, a aquisição de valores morais, substituindo um estado de subcultura criminal por uma cultura caracterizada pelo respeito à lei e à ordem. No entanto, Rauter (2003) revela que tudo se passa como se a prisão produzisse exatamente o contrário daquilo que seria sua missão primordial, como se em vez de “curar o criminoso ela agravasse o seu mal”.

Foucault (2012) salienta que as críticas às práticas prisionais modernas são contemporâneas ao seu momento de maior ascensão, contudo não são hegemônicas as críticas referente a própria existência da prisão. Para Foucault (2012), se a prisão continua a existir é

porque, apesar das críticas que lhe são dirigidas desde o início (como não diminuir a taxa de criminalidade, provocar a reincidência, fabricar delinquentes), ela desempenha funções importantes na manutenção das relações de poder na sociedade moderna – de fato, a principal função desempenhada pela prisão é que ela permite gerir as ilegalidades das classes dominadas, criando um meio delinquente fechado, separado e útil em termos políticos.

2.2 ABORDAGEM DE DIREITOS HUMANOS NO CUMPRIMENTO DA PENA

O respeito aos direitos humanos fundamentais das pessoas privadas de liberdade são encontrados em diversos tratados e documentos internacionais, como por exemplo, na Convenção Americana sobre Direitos Humanos que, em seu artigo 5º, dispõe sobre o direito à integridade pessoal: "Toda pessoa tem direito a que se respeite sua integridade física, psíquica e moral. Ninguém deve ser submetido a torturas nem a penas ou tratos cruéis, desumanos ou degradantes. Toda pessoa privada de liberdade deve ser tratada com o respeito devido à dignidade inerente ao ser humano". As penas privativas de liberdade devem ter por finalidade essencial a reforma e a readaptação social dos condenados." (CONVENÇÃO AMERICANA SOBRE DIREITOS HUMANOS, 1969).

No Brasil, a deferência aos direitos fundamentais da pessoa em situação de prisão encontra resguardo na Lei de Execuções Penais (LEP), como afirma seu artigo 3º: "Ao condenado e ao internado serão assegurados todos os direitos não atingidos pela sentença ou pela lei." (BRASIL,1984).

Gomes et al (2015) destaca que o Estado como garantidor dos Direitos individuais do cidadão não pode se omitir da responsabilidade de proteger a pessoa privada de liberdade quanto à sua integridade física, moral, psicológica. O fato de o preso estar afastado da sociedade para cumprimento de pena, mesmo aquele que cometeu delitos considerados muito graves, não deve sofrer com a ausência do Estado na garantia desses direitos. Inclusive de acordo com Gomes et al (2015) espera-se que o Estado assegure os direitos e garantias individuais inseridos na Constituição Federal. Para Constantino et al (2016), uma vez que há uma quantidade grande de legislação acerca dos direitos e garantias do presidiário, há muito que se fazer em relação ao cumprimento destes direitos. Entre tantas obrigações assumidas pelo Estado está a de desenvolver e implementar políticas públicas no sentido de favorecer a descontinuidade da conduta delituosa e a manutenção da integridade física e psíquica do preso.

Gomes et al (2015) afirma que todas as constituições brasileiras fizeram referência ao presidiário e às prisões. A Constituição de 1824 prescrevia em seu art. 179 que as cadeias deveriam ser seguras, limpas e bem arejadas, havendo diversas casas para separação dos réus, conforme suas circunstâncias e natureza dos seus crimes. Já na Constituição de 1969, fixavam-se as proibições de detenção arbitrária e de prisão perpétua e os princípios da personalidade e da individualização da execução da pena. No art. 153, § 13, do capítulo dos direitos e garantias individuais, estava prescrito que Impõe-se a todas as autoridades o respeito à integridade física e moral do detento e do presidiário. Na Constituição atual, anuncia o art. 24 que compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre direito penitenciário, dando-se finalmente a esta ciência o status constitucional de autonomia que há muito se cobrava.

Não se admite, portanto, tratamento desumano e degradante à pessoa do preso, muito menos a utilização de tortura e agressões físicas e morais a fim de que ele confesse o delito cuja imputação lhe foi atribuída, conforme dispõe o art. 1º, da Constituição Federal, que traz como princípio fundamental consagrado no Estado Democrático de Direito, o princípio da Dignidade da Pessoa Humana. (BRASIL, 1988).

De acordo com a Lei de Execução Penal, o Estado tem o direito de executar a pena, tendo este direito limitado pelos termos da sentença condenatória, devendo o sentenciado submeter-se a ela. (BRASIL, 1984).

A esse dever corresponde o direito do condenado de não sofrer, ou seja, de não ter que cumprir outra pena, qualitativa ou quantitativamente diversa da aplicada na sentença. Eliminados alguns direitos e deveres do preso nos limites dos termos da condenação, deve-se executar a pena privativa de liberdade, atingidos apenas aqueles aspectos inerentes a esta liberdade, permanecendo intactos outros direitos. (ONU, 1955).

A não garantia desses direitos implica na imposição de uma pena suplementar não prevista na lei, considerado por alguns autores como sobrepena (ALMEIDA e PAES-MACHADO, 2013). Está previsto nas regras Mínimas para Tratamento dos Presos da ONU o princípio de que o sistema penitenciário não deve acentuar os sofrimentos já inerentes à pena privativa de liberdade. A referida Lei tem como escopo impedir o excesso ou desvio da execução que possa comprometer a dignidade e a humanidade da execução, assim tornando expressa a extensão dos direitos constitucionais aos presos e internos. (ONU, 1955)

Coyle (2009) resgata um apanhando jurídico internacional sobre a proteção aos direitos humanos das pessoas privadas de liberdade, incluindo os ligados ao direito a saúde,

destacando que esta população tem a garantia de ser cuidada com a mesma responsabilidade técnica, política e ética como a população sem sanções penais. O autor ressalta que a partir do momento que o Estado priva as pessoas de sua liberdade, ele assume a responsabilidade de cuidar de sua saúde, tanto garantindo condições estruturais quanto em termos tratamento individual que pode ser necessário, em decorrência das más condições ambientais.

Desta maneira, o Estado deve providenciar que a saúde do preso não seja prejudicada devido o aprisionamento. Para tanto, deve ser garantido um acolhimento responsável, capaz de detectar agravos anteriores, acesso a serviços especializados e de alta complexidade, vinculados aos serviços públicos, da mesma forma, é importante que os profissionais atuem de forma ética, privilegiando o sigilo e respeito com a situação de saúde da pessoa em situação de prisão e que os princípios de resolutividade e cuidado equidade sejam respeitados. Por fim, salienta que é importante que o corpo profissional do sistema prisional seja capacitada para lidar com as especificidades epidemiológicas inerentes ao ambiente prisional, além de boas práticas sobre prevenção e promoção da saúde. (COYLE, 2009).

2.3 SAÚDE NA PRISÃO

Uma das definições mais difundidas para o termo saúde foi elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ainda em 1948, que diz: “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Embora seja um conceito bastante debatido e criticado, é capaz de salientar as características da saúde enquanto expressão/produção das relações que o ser humano estabelece com o ambiente e consigo mesmo. (VASCONCELOS e PASCHE, 2012).

No Brasil, de acordo com a Constituição da República Federativa promulgada em 1988, saúde é um direito constitucional, assegurado a qualquer cidadão brasileiro, sendo dever do Estado oferecê-la (BRASIL, 1988). Na 8º conferência de saúde, realizada em 1986, o conceito de saúde foi largamente debatido e ficou definido como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”. Desta maneira, fica claro que tem relação com as formas de organização social da produção econômica e cultural, atrelada ao contexto histórico da sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento. (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998).

Paim e Almeida Filho (1998) salientam que a 8º Conferência de Saúde foi um dos principais momentos da luta pela universalização da saúde no Brasil, que contou com a participação de diferentes atores sociais implicados na transformação dos serviços de saúde. Reuniram-se acadêmicos, profissionais da área de saúde, movimentos populares de Saúde, sindicatos, e mesmo grupos de pessoas não diretamente vinculados à saúde. O conjunto desses vetores sociais impulsionou a reforma sanitária, a qual obteve sua maior legitimação com a promulgação da Constituição Federal de 1988.

Ao considerar a população privada de liberdade no Brasil como sendo composta por cidadãos tem-se a determinação de que estes têm direito garantido aos serviços de saúde públicos e devem ser assistidos em todos os níveis de atenção pertinentes a sua situação de saúde (dentro ou fora da unidade prisional). Todos que ingressarem no sistema prisional têm direitos a serviços básicos de saúde, tais como imunização contra diversas patologias como as hepatites virais, tétano e gripe, além disso, são ofertados atendimentos/acompanhamentos por equipe multidisciplinar, e a sua inserção nos programas de controle de determinadas patologias, como Hipertensão e Diabetes, Tuberculose, Hanseníase, dentre outros. (BRASIL, 2010a).

Contudo, a realidade da situação da saúde das pessoas privadas de liberdade é dramática, tendo em vista os dados epidemiológicos e a situação estrutural, como a ausência de aspectos básicos de saneamento nas instalações, convívio com animais transmissores de doenças (ratos, mosquitos, baratas), violência, e muitos outros exemplos. (MINAYO e RIBEIRO, 2016). Tal constatação evidencia que a garantia de saúde opera penas no plano jurídico e não necessariamente se efetiva dentro do cenário prisional, pois apesar dos dispositivos legais que incluem o cuidado com a saúde prisional os serviços são escassos e ineficientes e uma das maiores causas de insatisfação dos presos. (GOMES et al, 2015).

Em um estudo com a população prisional somente do estado do Rio de Janeiro Minayo e Ribeiro (2016) identificaram que entre os problemas de saúde (considerados) física destacam-se: os osteomusculares, como dores no pescoço, costas e coluna (76,7%), luxação de articulação (28,2%), bursite (22,9%), dor ciática (22,1%), artrite (15,9%), fratura óssea (15,3%), problemas de ossos e cartilagens (12,5%) e de músculos e tendões (15,7%); os do aparelho respiratório, como sinusite (55,6%), rinite alérgica (47%), bronquite crônica (15,6%), tuberculose (4,7%) e outras (11,9%); e doenças de pele. A problemática da situação levantada acima torna-se mais complexa quando constata-se que as doenças infectocontagiosas são mais disseminadas dentro do contexto prisional. Um interno de uma

instituição prisional está mais sujeitos a adquirir doenças como Tuberculose, Hanseníase, Hepatites virais, Sífilis e HIV/AIDS que a população em geral. (MINAYO e RIBEIRO, 2016; PINHEIRO et al 2015). Salienta-se que todas estas situações "físicas" estão diretamente ligadas a aspectos emocionais, desta maneira, também é alto o índice de depressão, ansiedade e tentativa de suicídio dentro do contexto carcerário. (CONSTANTINO et al 2016; COELHO, 2012).

Em relação à Saúde Mental, Constantino et al (2016) evidenciam que no Brasil só se tem a informação de um único censo sobre a população internada em HCT, no ano de 2011. Segundo esse levantamento, o país contava com 23 HCTs e três alas de tratamento psiquiátrico em complexos penitenciários. Nesses estabelecimentos estavam internados 3.989 indivíduos, dos quais 2.839 cumpriam medida de segurança, 117 em medida de segurança por conversão de pena e outros 1.033 em situação de internação temporária, aguardando realização de exame de sanidade mental ou decisão judicial para o andamento processual. Para Coelho (2012), estes indivíduos apresentam uma constelação de diagnósticos psiquiátricos (esquizofrenia, abuso de substâncias psicoativas, transtornos de humor, dentre outros) e fragilidades sociais (abandono, familiar, pobreza, rede de saúde mental insuficiente, estigmas etc.) que os tornam vulneráveis diante de um aprisionamento.

Entretanto, é inegável que a formulação de Políticas Públicas referente à saúde no Sistema Prisional no Brasil tem avançado lentamente, mas progressivamente nos últimos 30 anos. A publicação da Lei de Execuções Penais é o primeiro grande marco neste sentido, pois foi a pioneira na garantia dos direitos à saúde nos estabelecimentos prisionais. A LEP, em seu artigo 14, preconiza que "a assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico", prevendo atendimento em saúde a toda a população prisional, seja ela provisória ou sentenciada. Destaca-se que a LEP afirma que quando o estabelecimento prisional não estiver preparado para prover a assistência necessária, esta deverá ser prestada em outro local adequado. (BRASIL,1984).

É importante salientar que a regulamentação da LEP aconteceu no momento de transição entre um período ditatorial e a construção de uma democracia (LERMEN et al, 2015). Mesmo sendo constatado que essa trajetória democrática tenha sido acordada pelas camadas mais dominantes da sociedade, é notório a importância da mobilização popular, em particular pelo movimento "Diretas Já". O movimento popular que se organizava e estava na

base do embate político desse período foi importante para que algumas conquistas no marco legal fossem efetivadas. (YAMAMOTO e OLIVEIRA, 2010).

Embora seja considerado um avanço, apenas ter uma Lei que determine o atendimento a saúde das pessoas reclusas em estabelecimentos penais não garante que o cuidado em saúde realmente ocorra. Para Silva (2016), a LEP se mostrou assunto de interesse e de responsabilidade das políticas de Segurança Pública e não de Saúde. Além disso, a saúde na LEP é uma das modalidades de "assistência", como a jurídica ou a religiosa, não garantindo o acompanhamento e a visão de "atenção integral à saúde", previsto posteriormente na Constituição Federal e no Sistema Único de Saúde. A assistência à saúde na LEP inclui atividades de "caráter preventivo e curativo", não mencionando princípios importantes para Saúde Coletiva como a promoção a saúde, educação em saúde e avaliação em saúde.

Ressalta-se ainda, que os dados epidemiológicos da época sobre alguns agravos, principalmente as IST's eram alarmantes, tendo a prisão um contexto de grande potencial de disseminação e de baixo controle. Deixando claro que a forma como a LEP implementava as ações de saúde não dava conta de combater tais epidemias. (SILVA, 2016).

Desta forma, Silva (2016) lembra que no processo histórico de avanços na garantia e acesso à saúde para pessoas privadas de liberdade a tentativa de enfrentar um único agravo (HIV/AIDS) através da Portaria nº 485/1995, que institui um comitê de assessoramento para a área de sistema penitenciário na então Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde é considerada a origem do Plano Nacional de Saúde do Sistema Prisional (PNSSP). O PNSSP, que é de 2003 postulou pela primeira vez a necessidade da organização de ações e serviços de saúde no sistema penitenciário com base nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre eles o da universalidade. (BRASIL, 2003a).

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, também chamada de "Lei Orgânica da Saúde", é a tradução prática do princípio constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado **(**BRASIL, 1990). Vasconcelos e Pasche (2010) o define como:

> [...] o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta politica. Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que integram funcionalmente para prestação de serviços

> aos usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para este fim. (VASCONCELOS & PASCHE, 2010, p.532).

O SUS é a expressão mais acabada do esforço do país de garantir o acesso universal de seus cidadãos aos cuidados em saúde que necessitam para ter uma vida mais longa, produtiva e feliz. (MENDES, 2011). Sendo assim, o PNSSP articula a garantia jurídica da LEP em prol da assistência à saúde às pessoas privadas de liberdade com as diretrizes e os princípios do SUS, estendendo o aspecto curativo da assistência, para a noção de prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e educação em saúde. Nesta perspectiva, o indivíduo preso passa de um receptor de um serviço para protagonista, corresponsável por seu cuidado. (BRASIL, 2003a).

A implantação do PNSSP ocorreu em 2003 ano do primeiro mandato do governo Lula, ano em que ocorreu a 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), na qual o PNSSP foi debatido (LERMEN, 2015). O evento teve como tema central "Saúde: um direito de todos e dever do Estado, a Saúde que temos, o SUS que queremos" e foi considerado como a oportunidade de aprimoramento da Reforma Sanitária e do próprio SUS, uma vez que contou com uma série de fatores (políticos, sociais e históricos) na tentativa de impulsionar o governo a assumir propostas e compromissos mais ousados na área da saúde. (PAIM, 2008).

A ousadia em avançar na garantia de direito à saúde neste período (a partir de 2003) fica notória quando se identifica que foram lançadas diversas políticas de saúde voltadas para grupos sociais considerados "minoritários", além do PNSSP, estão inclusas: a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003c), a Política de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006), a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2007) e a Política Nacional de Saúde para Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2008), Saúde do Homem (BRASIL, 2009), a Política de Atenção Integral a População de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (BRASIL, 2013), garantido a ampliação dos serviços e adequação às diversas necessidades de saúde do contexto social do país, de acordo com o princípio de equidade do SUS.

O PNSSP representa uma nova perspectiva de saúde no sistema penitenciário. A atenção a essa população ocorre a partir da composição mínima de equipe multiprofissional de Médico, Enfermeiro, Cirurgião-dentista, Assistente Social, Psicólogo, Auxiliar de Enfermagem e Auxiliar de Consultório Dentário (BRASIL, 2003b). Desta forma, uma nova compreensão de saúde é difundida para ser desenvolvida no domínio das unidades penitenciárias, a qual acrescenta, além da atenção integral, composta por prevenção,

assistência e promoção de saúde, o trabalho em equipes multiprofissionais. A inclusão de outros profissionais de saúde, como os psicólogos e assistentes sociais, por exemplo, mostra uma visão mais ampliada de saúde, minimizando a perspectiva biomédica encontrada na LEP.

De acordo com o PNSSP, cada equipe de saúde é responsável por até 500 pessoas privadas de liberdade. Nas unidades prisionais com até 100 pessoas, o atendimento deve ser realizado pela Unidade Básica de Saúde territorial, respeitando a composição de equipe citada anteriormente. Ou seja, nas instituições penais com menor população, não há necessidade de se ter uma Unidade de Saúde com equipe permanente, mas o acesso à saúde deve ser garantido pela rede de serviços de saúde do município onde se situa a prisão. (BRASIL, 2003a).

O objetivo primordial do PNSSP é contribuir para o controle e/ou a redução dos agravos de saúde mais frequentes na população penitenciária do país, bem como trabalhar na lógica da prevenção e da promoção em saúde. Trata-se de uma estratégia para fazer chegar o acesso às políticas de saúde à população privada de liberdade, contemplando diversas ações no âmbito da atenção básica contidas, por exemplo, nas políticas nacionais de saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão, diabetes e hanseníase. O PNSSP também prevê a assistência farmacêutica básica, a prevenção através das imunizações e a coleta de exames laboratoriais. (BRASIL, 2003a).

Contudo, é relevante salientar que apesar dos avanços alcançados através da implementação do PNSSP, ainda não ~~é~~ abrange a totalidade das pessoas privadas de liberdade, pois as ações estão voltadas unicamente à população penitenciária, deixando descoberta a parte restante do sistema prisional. (LERMEN et al, 2015). Ou seja, somente as pessoas privadas de liberdade recolhidas em penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e hospitais de custódia e tratamento estão asseguradas pela atenção à saúde, desta forma, não garante o mesmo direito às pessoas que cumprem pena em regimes abertos e provisórios, recolhidas em cadeias públicas e distritos policiais. (LERMEN et al, 2015).

A PNAISP considera como pessoas privadas de liberdade no sistema prisional aquelas que cometeram delito, que tenham mais de 18 anos e que estão sob custódia do Estado provisoriamente, sentenciadas ou em medida de segurança, de acordo com o Código Penal e a LEP que tem como objetivo principal garantir que esta população tenha acesso integral ao SUS, a partir de atendimento resolutivo, qualificado e humanizado à saúde no

sistema prisional, para tanto são necessários ações conjuntas nas áreas da Saúde, da Justiça e da Segurança Pública nas esferas Federais, Estaduais e Municipais. (BRASIL, 2014b).

A PNAISP é produto de um Grupo de Trabalho (GT) criado pelos Ministérios da Saúde e da Justiça. Nos anos de 2012 e 2013, diferentes atores envolvidos no cenário prisional construíram juntos a política supracitada. O GT intitulado “Do plano à política: garantindo o direito à saúde para todas as pessoas do sistema prisional” está ligado ao Programa de Direito Sanitário da Fiocruz Brasília (PRODISA) e é composto pela gestão, pela Academia e pelas organizações de proteção às pessoas privadas de liberdade. (SILVA, 2016).

A PNAISP figura como um significativo progresso na atenção à saúde da população prisional, pois amplia o foco dado pelo PNSSP, abrangendo a amplitude dessa população, ou seja, todas as pessoas que estejam sob custódia do Estado, em regime fechado, semiaberto, aberto ou cumprindo medida de segurança na modalidade de tratamento ambulatorial. Outro avanço trazido com a PNAISP é a inclusão de trabalhadores dos serviços prisionais e de familiares de pessoas privadas de liberdade nas ações de promoção e prevenção dos agravos à saúde. (BRASIL, 2014b).

As equipes de atenção básica prisional tipos I, II e III contam com uma equipe de trabalho multidisciplinar composta por cirurgião dentista, enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, técnico de higiene bucal, podendo ser acrescida, dependendo dos tipos anteriormente citados, de outros profissionais como médico psiquiatra, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional e nutricionista. Os serviços de saúde dentro dessas instituições devem estar integrados a uma Unidade Básica de Saúde fora das instituições (BRASIL, 2014b). Além disso, “as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde” a serem executadas por Ministérios, secretarias estaduais e municipais devem sê-lo sempre no âmbito da Atenção Básica.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada de vários atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do SUS, como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. (BRASIL, 2011).

No Brasil, a Atenção Básica (AB) é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da

acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2011).

A promulgação da PNAISP impulsionou também a construção de duas resoluções que dão visibilidade a outras "minorias" no sistema prisional, a de 10 de fevereiro de 2014, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; e a Resolução conjunta CNPCP e Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD/LGBT), de 15 de abril de 2014, a qual dispõe sobre o acolhimento da população LGBT em privação de liberdade no Brasil e prevê, dentre outros aspectos, a atenção integral à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. (BRASIL, 2014b).

2.4 CENÁRIO ATUAL DAS PESQUISAS SOBRE SAÚDE PRISIONAL NO BRASIL

No Brasil, existem ao todo, 1.424 unidades prisionais, quatro desses estabelecimentos são penitenciárias federais, as demais unidades são órgãos estaduais. De acordo com o INFOPEN, em 2014 eram 375.892 vagas para custodiar 607.731 pessoas privadas de liberdade (aproximadamente 2 presos por vaga). Atualmente, existem cerca de 300 presos para cada cem mil habitantes no país. O número de presos é consideravelmente superior às quase 376 mil vagas do sistema penitenciário, totalizando um déficit de 231.062 vagas e uma taxa de ocupação média dos estabelecimentos de 161%. (BRASIL, 2014a).

Salienta-se que tal constatação não tem relação com a baixa quantidade de vagas, pois não houve ausência na construção de presídios e abertura de novas vagas, visto que o relatório do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) informa que de 2000 a 2014 o número de vagas triplicou, e mesmo assim o déficit de vagas neste período aumentou (BRASIL, 2014a). Diversos estudos apontam que na verdade, ocorre um encarceramento em massa agravado com a "nova" lei de drogas de 2006, que ampliou significativamente o número de pessoas presas entre o ano de 2006 e 2014. (LIMA e LIMA, 2015).

Todavia, os altos índices de aprisionamento não foram acompanhados de melhorias na extensão em que eram necessárias, nas condições físicas, estruturais e de recursos humanos nos contextos prisionais, contribuindo, desta maneira, para superlotação, proliferação de doenças infectocontagiosas, dificuldade de controle do abuso de substâncias psicoativas e da atenção aos indivíduos com transtornos mentais. (MINAYO e RIBEIRO, 2016)

Verifica-se, da mesma forma, que o aumento do número de presos no Brasil não cumpriu sua promessa de contenção da criminalidade. Percebe-se o oposto: a superlotação, a violação de direitos e ausência de atividades propícias à descontinuidade criminal geram o agravamento da violência e o crescimento de facções criminosas em presídios. Favorecendo, desta maneira, a produção de uma variedade de condutas delitivas (dentro e fora da prisão), pelos mais diversos motivos – filiação a facções, falta de perspectiva laboral, fragilidade de suporte social, dentre outras. (GOMES et al, 2015).

O número de estudos sobre as organizações prisionais é vasto, tendo uma grande variedade de pesquisas sendo realizadas em todo o mundo, principalmente no continente Norte-Americano e Europeu (GOIS, 2012). Na busca por identificar o estado da arte sobre a saúde prisional no Brasil, foi realizada uma procura na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) por estudos sobre as prisões. Foram utilizados descritores como prisões, saúde penitenciaria, saúde prisional e encontrados 5.632, 3.494 e 80 trabalhos respectivamente, evidenciando que o contexto das prisões intriga diversos cientistas ao redor do mundo.

Da mesma forma, é notória a diversidade de perspectivas adotas. Muitos estudos se preocupam com a identificação do perfil dos indivíduos encarcerados ou com a estrutura da prisão de uma forma geral, outros com os crimes e criminalidade, tantos outros com os processos educacionais e laborais dos internos inseridos no sistema prisional. Nota-se ainda uma variedade de pesquisa que trata de doenças específicas como HIV/AIDS, Tuberculose, Sífilis, Hepatites Virais e Transtornos Mentais. Ainda é possível identificar trabalhos que discorrem sobre Direitos Humanos, assistência à saúde e legislação de saúde prisional. A variedade é extensa, do tamanho das possibilidades de interpretação sobre a realidade vivenciada no cárcere e das congruências e incongruências inerentes ao sistema prisional.

Em uma revisão sistemática realizada em 2012, das publicações sobre Saúde Prisional (SP) entre 1993 e 2010, foi constatado que no Brasil os estudos são predominantemente quantitativos, “evidenciando uma possível lacuna no enfoque qualitativo, realizados no Rio de Janeiro e São Paulo, com Pessoas Privadas de Liberdade do sexo masculino, visando identificar o seu perfil sociodemográfico e as condições de saúde, bem como a incidência de tuberculose, AIDS e hepatites nos presídios. (GOIS et al, 2012). Os autores reuniram mais de 1000 artigos nos 5 continentes, selecionando para análise apenas 11 nacionais na íntegra, concluindo que a SP é uma questão de saúde pública, na qual a própria condição de confinamento dos detentos representa uma oportunidade singular para a

implementação de programas terapêuticos, medidas preventivas e ações educativas específicas. (GOIS et al, 2012).

No presente trabalho foi realizada uma busca por artigos brasileiros sobre a saúde prisional publicados entre 2011 e setembro de 2016 com intuito de estabelecer uma articulação com a pesquisa que será realizada. Desta forma, foram considerados 30 trabalhos. No cenário nacional foi possível perceber uma variedade importante de trabalhos no que se refere aos temas trabalhados em saúde. Foram identificadas as seguintes temáticas: Saúde da Mulher (05); Saúde do Homem (01), Legislação de saúde prisional (07); Saúde Bucal (01); Saúde do Trabalhador (03); Saúde Mental (03); Doenças endêmicas no sistema prisional (06); Saúde do idoso (01).

Nos últimos 05 anos o principal tema abordado nas pesquisas sobre a saúde prisional realizadas no Brasil versava sobre as legislações de Saúde Prisional, mais precisamente sobre como a formulação jurídica vem sendo implementada no País. Esta constatação se refere ao fato de que das 27 pesquisas sobre a saúde prisional 07 estavam preocupadas em compreender ou discutir a prática da produção de cuidado no cenário penal. Para tanto, cada pesquisa utilizou uma estratégia de investigação e público-alvo diferentes.

Barsaglini et al (2015), Martins et al (2014) e Jesus et al (2013) adotaram a estratégia de investigar os atores que estão envolvidos no cenário da produção do cuidado no contexto prisional. Uma forma de entender/ como uma Política Pública vem sendo implementada é acessar as pessoas responsáveis por executá-las ou as quais dela são beneficiárias. (MENDES, 2011).

O estudo de Jesus et al (2013) teve como objetivo conhecer experiências de profissionais de saúde que atuam em equipes de saúde prisional e os desafios por eles enfrentados para efetivar ações de saúde dentro de um espaço que os autores entendem que prioriza práticas punitivas em detrimento do cuidado à saúde. Os pesquisadores realizaram oito entrevistas narrativas com profissionais de saúde prisional do estado do Rio Grande do Sul.

Como resultado identificaram que a atuação dos profissionais de saúde dentro das prisões contribui para a produção de perspectivas de cuidado que vão além de procedimentos técnicos simplificados e estéreis. As ações prestadas pelos profissionais foram entendidas como produtoras de sentidos sobre a compreensão da saúde como um direito integral, a partir do cuidado biopsicossocial, da valorização das diferenças dos sujeitos e das suas necessidades específicas, privilegiando as diversas formas de existir e o acesso à informação. Esta forma de

conduzir a saúde prisional parece se afastar dos pressupostos do modelo prisional e cria uma série de tensionamentos, principalmente com a equipe de segurança das unidades penais. (JESUS et al, 2013).

Já o estudo de Martins et al (2014) avançou um pouco mais, ampliando a perspectivas dos participantes, pois teve como objetivo analisar a efetivação do direito à saúde das pessoas em privação de liberdade por meio de grupos focais com três grupos de atores envolvidos no contexto carcerário, pessoas privadas de liberdade, agentes penitenciários e profissionais de saúde de uma unidade prisional masculina em Ribeirão das Neves no Estado de Minas Gerais.

Os participantes identificam a saúde não apenas como a ausência de doenças, físicas ou mentais, sendo o processo saúde-doença determinado por outras condições de vida como liberdade, família, respeito ao próximo, e trabalho. Contudo, são unânimes em afirmar que o contexto prisional naquele estado não possibilita a efetivação da produção de saúde devido às instalações insalubres, regras rígidas e precarização do corpo de profissionais de saúde. Na pesquisa ficam claros antagonismos entre os três olhares, evidenciando vulnerabilidades em todas as partes, salientando-se a parte mais fragilizada que os autores identificam como sendo os presos. Martins et al (2014) salientam a incapacidade do Estado de garantir o acesso à saúde dos presos e do seu baixo cuidado com seus profissionais que atuam no sistema prisional.

Na pesquisa de Barsaglini et al (2015), o interesse foi analisar a percepção de gestores sobre a gestão da política de saúde no Sistema Prisional de Mato Grosso, enfocando suas características, os entraves e pontos positivos. Os autores entrevistaram gestores da saúde no sistema prisional, da Secretaria de Justiça e Direitos Humanos de Mato Grosso (Sejudh/MT) e da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso (SES/MT) e complementaram os dados com documentos oficiais de livre acesso digital sobre gestão de saúde penitenciária daquele Estado.

Como resultado, Barsaglini et al (2015) identificaram que há incongruências nos valores das duas secretarias, repercutindo no tensionamento entre a garantia de segurança e disciplina e o direito ao atendimento à saúde das pessoas privadas de liberdade. Salientam que existe uma concentração de poder da gestão na Sejudh/MT, inclusive com profissionais de saúde vinculados a ela e não à SES/MT, sugerem que a parceria estabelecida cumpre funções mais burocráticas do que operacionais, não havendo diálogo sobre planejamento do processo de trabalho e qualidade da assistência.

Por seu lado, Fernandes et al (2014) buscou analisar a estrutura física, as condições de trabalho dos profissionais da saúde e o delineamento de processos estabelecidos em unidades prisionais do Estado de São Paulo. Para tanto, foram investigados 34 centros de detenção provisória e 69 unidades prisionais masculinas e seis femininas. Os autores identificaram que todas as Unidades Prisionais tinham estruturas relativamente adequadas para atendimento clínico do detento, com condições de realização de exames laboratoriais e solicitação de exames de imagem, embora com demora no retorno dos resultados. Da mesma forma, verificaram que há profissionais disponíveis, mas o processo de atendimento é falho pela falta de equipes completas para o atendimento, sobretudo pela dificuldade na inclusão da população carcerária nas redes de atenção hierarquizadas do SUS.

Fernandes et al (2014) observaram que apesar de muitas vezes existir um profissional de referência, esse não cumpria toda a jornada e exercia função mais de pronto atendimento (urgência e emergência) do que de estruturação de serviço de saúde, que é baseado em ações de promoção, prevenção, cura e tratamento dos agravos mais comuns. Os autores ressaltam que os pressupostos da PNAISP e do PNSSP defendem que as equipes prisionais atendam seguindo a mesma lógica da Atenção Primaria à Saúde com destaque para a Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo como atribuições fundamentais o planejamento das ações, o trabalho interdisciplinar em equipe e a priorização das ações de vigilância, acompanhamento e promoção da saúde.

Já Costa et al (2014) realizaram uma pesquisa com a pretensão de descrever as ações de saúde realizadas por equipes de Saúde da Família que têm unidades prisionais em seu território e compreender a organização, planejamento e execução desses serviços. Elaboraram estudo qualitativo a partir de entrevistas realizadas com profissionais dessas equipes, em nove municípios com sede das gerências regionais de saúde da Paraíba, que tem em seu território de abrangência unidades prisionais. Este estudo inova, pois procura debater como a saúde prisional (cuidados primários) é implementada por equipes de saúde que não trabalham exclusivamente dentro dos muros da prisão.

Os autores verificaram que os profissionais das equipes de saúde da família que atendem em sua área de abrangência unidades prisionais têm desenvolvido, ocasionalmente, junto à população carcerária, ações curativas e vacinações em período de campanhas. Constataram da mesma forma, que a falta de estrutura física, de recursos humanos e materiais inviabilizam a realização de atividades com os detentos as quais primem pela eficiência, efetividade e eficácia das ações de saúde. Parece oportuno que, junto aos profissionais de

Saúde da Família seja garantido o desenvolvimento de habilidades que o capacitem a enfrentar as necessidades das Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) para expandir ações que visem à redução do risco de doenças/ agravos, ao acesso universal e igualitário aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação, conforme prevê a Constituição brasileira. (COSTA et al, 2014).

Os artigos de Lermen et al (2015) e Silva (2016) caminham por uma trajetória mais teórica, possibilitando ao leitor compreender como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) foi formulada, salientando seus avanços e limites. Lermen et al (2015) foca nas diferenciações entre a LEP, a PNSSP e a PNAISP, por sua vez, Silva (2016) procura traçar uma análise pautada na saúde coletiva e em dados epidemiológicos e leituras sociológicas para evidenciar a emergência da criação de uma política de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade.

Contudo, ambos os trabalhos reconhecem que embora a população prisional brasileira tenha constitucionalmente garantido seus direitos, em especial no que se refere à saúde, a efetivação total destes ainda não é uma realidade, uma vez que a criação de novas políticas e a mudança de nomenclaturas que fazem referência aos indivíduos privados de liberdade não bastam para a consolidação desses direitos. (LERMEN et al (2015); SILVA 2016).

Sabe-se que um dos grandes problemas de saúde no sistema prisional é a tuberculose. (MINAYO & RIBEIRO, 2016; SÁNCHEZ & LAROUZÉ, 2016; GOIS et al, 2012; NOUGUEIRA et al, 2011; SOUZA et al, 2012; MOREIRA, 2010; BRASIL, 2010a; SÁNCHEZ et al, 2007). Nos últimos 05 anos, dois trabalhos sobre esse tema foram publicados e indexados. Souza et al (2012) estudou as causas de atraso no diagnóstico da Tuberculose (TB) em sistema prisional, segundo a experiência do doente apenado e o de Sánchez e Larouzé (2016) teve como objetivo dar uma visibilidade quantitativa ao problema da TB e da coinfecção TB/HIV entre as PPL como argumento para convencer os gestores da gravidade do problema. As duas pesquisas corroboram os diversos estudo sobre o tema que consideram a tuberculose como a principal doença endêmica no sistema prisional.

O estudo de Minayo & Ribeiro (2016) confirma o que as pesquisas com mesmo objetivo já evidenciam há muito tempo: que o contexto de precariedade institucional, a falta de respeito à dignidade dos presos e o elevado número de pessoas com problemas de saúde vivendo em proximidade em celas superlotadas têm repercussões muito negativas sobre a

condição física e mental de todos, presos, funcionários, familiares e comunidade. Os autores buscaram descrever as condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro.

Outra perspectiva importante identificada nas pesquisas nacionais sobre o tema é a preocupação pela saúde mental dos internos e dos profissionais, entre estes, principalmente os agentes penitenciários.

A saúde mental no contexto prisional geralmente é investigada a partir da ótica da crítica ao HCT e do cuidado ao indivíduo cumpridor da medida de segurança. É comum os resultados revelarem que existem ambiguidades quanto ao HCT, responsável por custodiar e tratar os internos, pois a instituição não consegue responder de forma equânime aos seus objetivos de tratar e vigiar. São dois polos distintos, que se chocam pelas funções opostas e complementares, dificultando o trabalho conjunto de profissionais de saúde e de segurança, encarregados de operar o sistema. (OLIVEIRA e ARRAES, 2011; RATTO et al, 2014).

Outros estudos sobre a saúde prisional focam a saúde do trabalhador, mas precisamente a saúde mental dos agentes penitenciários. Bezerra et al (2016) realizou uma revisão sistemática e identificou que são vários os fatores de risco para o estresse indicados nas pesquisas. De um modo geral, eles se relacionam principalmente com a sobrecarga de trabalho, falta de recursos materiais e humanos. Os autores ainda salientam outros elementos: percepção do trabalho como sendo perigoso, o medo de contrair doenças como HIV/ AIDS, hepatite e tuberculose, nível de contato com os presos e conflito de papéis.

Bezerra et al (2016) salientaram que são também relevantes para o adoecimento psíquico dos agentes penitenciários (AP) a percepção de rejeição da sociedade ou da imagem pública negativa, assim como a superlotação dos presídios, uma vez que identificaram que os agentes que atuam em prisões mais lotadas têm mais medo dos detentos e são mais estressados. Bonez et al (2013) buscou demonstrar que existe a necessidade da implementação de serviços de acolhimento em saúde mental para os Agentes Penitenciários, uma vez que estes demostram alto índice de estresse e ansiedade.

Percebe-se um aumento do número dos estudos sobre a saúde da mulher no sistema prisional, embora esta população não seja grande, vem apresentando um índice de crescimento elevado nos últimos anos. (BRASIL, 2014). As pesquisas acabam por privilegiar aspectos relacionados com a saúde sexual e reprodutiva e a relação materno-infantil, com destaque para estudos sobre pré-natal, e prevenção do câncer de colo uterino e doenças sexualmente transmissíveis. (FOCHI et al, 2014; RIBEIRO et al, 2013; SOUZA et al, 2011).

Chama a atenção outras 03 abordagens que embora tenham sido em número muito restrito (01 artigo cada), demonstram o interesse por aspectos pouco estudados no cenário prisional, a saúde bucal, a saúde do idoso e a saúde do homem. Embora os problemas relacionados com a saúde bucal na prisão sejam evidente, devido às baixas condições de salubridade e dispensação de material de higiene (BRASIL, 2009), e da assistência de odontologia já está prevista desde a LEP (Brasil, 1984) não é muito comum identificar pesquisas que retratem esta realidade. Tetzner et al (2012) buscaram avaliar o ambiente social do sistema prisional e sua correlação com a saúde sistêmica e bucal dos presidiários e avaliar a conformidade do Plano Nacional de Saúde do Sistema Prisional para com as necessidades da realidade do sistema prisional. Para tanto, realizaram uma revisão sem apresentar dados consistentes para discussão.

Ressaltaram que a saúde bucal, inserida no PNSSP, busca dentre outros objetivos a conscientização dos presos quanto à importância da higiene bucal, promovendo assim, a saúde sistêmica. Entretanto, evidenciaram que ainda são escassos os estudos sobre a saúde bucal dos presidiários. A importância da saúde bucal é destacada não somente no tratamento reabilitador, mas também na promoção dos autocuidados, estimulando a educação dos presidiários e no diagnóstico precoce de doenças sistêmicas com manifestações bucais, demonstrando o grande valor da atuação interdisciplinar da equipe de saúde no sistema penal. (TETZNER, 2012).

Carmo e Araújo (2011) publicaram um trabalho denominado relato de experiência sobre o cuidado ao idoso-detento, contudo apresentaram uma revisão de literatura com o objetivo de investigar a presença crescente de idosos no sistema penitenciário, com base em publicações nacionais e verificar os fatores potenciais de risco quanto à saúde da população idosa no sistema prisional brasileiro e o peso da presença de uma equipe de enfermagem nesse contexto.

Salientaram que é uma problemática complexa já que na maior parte das vezes estes indivíduos encontram-se em sofrimento, decorrente de uma condição patológica, ligada a fatores orgânicos, mentais e subjetivos que na velhice se agudiza. Destacam também que sem o devido acompanhamento pelas políticas públicas essas realidades não previstas ~~e~~ que ora ganham uma maior complexidade no contexto prisional revelam o aumento de HIV/AIDS, a presença de ISTs, o aumento da depressão e doenças neuropsíquicas. (CARMO e ARAUJO, 2011).

Por fim, outro tema pouco trabalhado nas pesquisas sobre a saúde prisional é a saúde do homem. Embora a população masculina seja a principal clientela do sistema prisional (BRASIL, 2010a), não é comum encontrar pesquisas que explorem a relação entre a produção de cuidado à saúde com a questão da masculinidade. Este fato pode ser entendido no Brasil devido ao pouco tempo de uma politica de saúde específica para a população masculina, uma vez que a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem – PNAISH é recente e ainda pouco difundida. (BRASIL, 2009).

Reis e Kind (2014) analisaram as produções discursivas a respeito de saúde/doença expressas por homens presos que se encontram no regime fechado de execução da pena privativa de liberdade. O trabalho se desenvolveu em um complexo penitenciário de segurança máxima da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 13 homens que desempenham atividades laborativas dentro da unidade prisional.

As discussões sinalizam que o modelo hegemônico de constituição do masculino tem trazido consequências negativas para a saúde dos homens encarcerados, grande parte dos dados identificados remete a um homem generificado por modelos hegemônicos[4] de masculinidades, marcado pela violência, a exposição de risco, avesso às práticas de cuidados em saúde e exposto à doença e à dificuldade de acesso a serviços. (REIS e KIND, 2014).

A Coordenação Nacional da Saúde do Homem (CNSH) estabeleceu eixos prioritários norteadores da política para facilitar sua condução nos estabelecimentos de saúde, uma vez que não existem metas programáticas específica, mas cuidado integral. Estes eixos norteadores são: o cuidado às Doenças Prevalentes na população masculina, tais como doenças cardiovasculares, digestivas (especialmente ligadas ao consumo de álcool), neoplasias (as principais são pulmão, pele, próstata); a Saúde Sexual e Reprodutiva, dando ênfase na prevenção às infecções sexualmente transmissíveis e na orientação sobre planejamento reprodutivo; Paternidade e Cuidado, salientando a importância da paternidade ativa através do pré-natal do parceiro; enfrentamento das violências, compreendendo que as causas externas é o que mais vitimiza a população masculina a CNSH destaca a importância de trazer o tema da violência para a saúde; e acesso e acolhimento, principal eixo uma vez que

[4] O conceito de masculinidade hegemônica discutido por Connell (2013) indica que este é mutável de acordo com o contexto sociocultural e às épocas. Contudo, reafirma o caráter múltiplo do termo masculinidades, enfatizando a relação de hierarquia e assimetria entre as possíveis masculinidades, tomando como o hegemônico aquele que é o esperado, idealizado e honrado, sendo uma construção social inalcançável e produtora de sofrimento. São características da masculinidade hegemônica: força, poder, atividade, resistência, virilidade, potência, invulnerabilidade, status social, dentre outras.

se trata da busca de estratégias e tecnologias de cuidado para atrair os homens ao serviço de Atenção Primária à Saúde Todos os eixos norteadores descritos a cima foram estabelecidos baseados no quadro epidemiológico da morbimortalidade masculina brasileira e em evidências científicas. (BRASIL, 2010a).

O baixo quantitativo de pesquisas que relacionem a saúde do homem e a saúde prisional, a partir do diálogo entre as duas políticas norteadoras (PNAISP e PNAISH) pode salientar que os profissionais de saúde lotados nas unidades penais não estão trabalhando de acordo com as recomendações ministeriais. Tal constatação sugere que o cuidado à população masculina na prisão – mais que 95% da população carcerária (BRASIL, 2014) – ocorra de acordo com a demanda espontânea, sem planejamento e apartado das evidências epidemiológicas.

3 DELINEAMENTO DO OBJETO DE ESTUDO

3.1 OBJETIVOS

3.1.1 Objetivo Geral

Analisar o discurso e a prática de homens privados de liberdade sobre a produção de cuidado à saúde ofertado em uma instituição penal do estado da Bahia.

3.1.2 Objetivos Específicos

- Descrever a rotina de prestação do cuidado ofertado;

- Identificar discursos e práticas dos homens privados de liberdade referente ao autocuidado;

- Identificar discursos e práticas dos homens privados de liberdade referente ao cuidado ofertado;

- Compreender a inter-relação entre a saúde prisional e a saúde do homem.

4 MÉTODO

4.1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

A realidade do sistema prisional não era necessariamente distante das minhas pretensões acadêmicas, o meu trabalho de conclusão de curso da graduação de Psicologia foi sobre o Hospital de Custódia e Tratamento (HCT), mais precisamente sobre a percepção dos trabalhadores de saúde da unidade sobre a possibilidade de volta para casa dos egressos daquela instituição. Como futuro profissional da saúde mental a realidade da atenção às pessoas em sofrimento psíquico me chamava muito a atenção em um cenário duplamente excludente como o HCT. E foi por esta instituição que acabei ingressando no sistema penitenciário, já como profissional psicólogo no ano de 2012, a partir de um processo seletivo simplificado, tendo como vínculo de contrato o Regime de Especial de Direito Administrativo (REDA).

Contudo, fiquei pouco tempo no HCT, em poucos meses a Secretaria de Administração Penitenciaria e Ressocialização do Estado da Bahia devido a uma demanda interna me relotou para a Unidade Presídio de Salvador (UPS), local que atuei até os últimos dias[5] do contrato de 2013 à 2016. Embora no início tenha ficado relutante, em pouco tempo já tinha me adaptado com a nova realidade profissional, muito distante do que havia planejado quando saí da universidade. Fui percebendo como era potencialmente importante o trabalho do psicólogo naquele espaço, uma instituição penal para presos provisórios, que acabava por cumprir o seu papel de segregar homens jovens, negros, com pouca instrução formal e vindos de bairros periféricos da região metropolitana de Salvador.

Aos poucos fui me dando conta da grande demanda emocional daqueles jovens, especialmente aqueles que acabavam por frequentar o ambulatório de Psicologia: ansiedade elevada, depressão, tentativa de suicídio, abuso de substâncias psicoativas, deficiência no planejamento de futuro. Da mesma forma, fui me dando conta da limitação profissional daquele lugar. O desenvolvimento da rotina de trabalho era bastante prejudicado, desde os obstáculos institucionais tais como horário de visita, “baculejo”, “casa fechada”[6], insuficiência de quantitativo de Agentes Profissionais para conduzi-los ao atendimento,

---

5 Nos últimos 02 meses do contrato fui emprestado para a Colônia Lafayete Coutinho.

6 A coordenação de segurança do presídio definiu que em um turno fixo da semana a unidade prisional permaneceria fechada para que fosse realizada consertos e manutenção nas instalações do prédio, devendo os internos ficarem em suas celas durante este período.

horários reduzidos de atendimento, até as barreiras socioculturais, tais como os discursos amplamente repetidos pelos internos tais como: “não preciso de atendimento de psicólogo, não sou maluco”, e o mais impactante a recusa por medo de retaliação por parte de outros presos “doutor se eu subir duas semanas seguidas os caras vão achar que sou caguete e vão me quebrar no pau”, relato de uma pessoa que acabara de receber o diagnóstico de soropositividade para o HIV e foi encaminhado para o serviço de psicologia.

Eram muitos os obstáculos diários para conseguir realizar atendimentos individuais, conduzir trabalhos de grupo era ainda mais complicado, pois a insuficiência do número de agentes penitenciários suscitava uma sensação de insegurança e “na cadeia manter a segurança do profissional é a principal função do Agente”, rebateu um representante do *staff* quando indagado sobre o motivo de não haver condições para realizar os trabalhos. Bem verdade que em muitas situações conseguíamos realizar algumas atividades como estas ou ainda palestras na escola, mas o fluxo destas atividades sempre era interrompido sem nenhuma explicação mais detalhada.

Como estratégia para superar aquelas horas de inatividade passei a buscar (ainda com certa dificuldade) atender os internos que ficavam na “cela especial”, esta se localiza de frente ao setor do serviço de saúde do PS, e sendo assim, era mais fácil para os agentes conduzi-los. A população custodiada naquele espaço era em sua maioria de presos acusados de estupro, estupro de vulneráveis e violência contra mulher (eram os chamados “maria da penha”). Desta forma, durante muito tempo fiz atendimentos onde a pauta era a motivação da violência contra mulher, tal qual o estupro ou feminicídio e passei a me aproximar desta realidade.

Os discursos eram geralmente machistas e pouco reflexivos, versavam sobre como as vítimas faziam por merecer a agressão e como os homens não tinham condições de deixar de realizar tais crimes, pois ou seriam desonrados ou não seriam “homens de verdade”. As vítimas de feminicídio, em especial, eram de forma reiterada, consideradas mulheres adúlteras, como se isso fosse de fato um real motivo para perder a vida em pleno século XXI e não precisavam de provas para serem punidas, apenas a suspeita da traição bastava para serem castigadas com a violência fatal.

Além disso, tenho outra ocupação profissional na Secretaria Municipal de Saúde do Município do Salvador, atuando como psicólogo técnico da condução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) na Atenção Primária à Saúde. E neste ambiente fazia muitas discussões e capacitações sobre a relação da saúde do homem adulto, machismo e violência. E tinha muita aproximação com a pasta de saúde prisional, dialogando

regularmente com a técnica responsável para articular ações entre saúde do homem e saúde prisional.

Por conta do contato semanal, por vezes diário com os internos da cela especial referida de um lado e a condução da PNAISH por outro, passei a questionar como fora construída esses discursos de defesa da honra e machismo que possivelmente levou aqueles casos de feminicídio. Como resultado destas indagações surgiu o meu primeiro tema de pesquisa do Programa de Mestrado Profissional de Segurança Pública, Justiça e Cidadania (MPSPJ) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Queria estudar a história de vida daqueles homens e entender como o feminicídio interveio na trajetória deles, daquelas mulheres e suas famílias.

Para tanto, comecei a estudar sobre os conceitos de gênero, machismo e feminismo, investir nos atendimentos com aqueles internos que, infelizmente não eram poucos, além disso, passei a buscar por notícias jornalísticas que falassem sobre a temática. Também comecei a conversar com meus colegas de profissão de saúde dentro da unidade, do mestrado e da gestão municipal sobre o que eles pensavam sobre machismo e feminicídio.

Ao passo que me deparei com uma diversidade de informações e concepções sobre masculinidade, violência, criminalidade e saúde prisional, construtos que eu ponderava mais a partir da lógica da ética profissional, sem questionar ou mesmo sem notar de forma tão clara quanto as pessoas que atuavam naquele local (unidade prisional) tinham percepções tão distantes dos direitos humanos. Desde que então[7] a baixa efetividade da oferta de cuidado em saúde àqueles presos passou a me chamar a atenção enquanto pesquisador.

Logo, deparei-me com uma realidade que me incomodou enquanto profissional de saúde e técnico da gestão de saúde. Muitos profissionais de saúde demonstravam descaso com a condição de saúde dos internos de uma forma geral, pior parecia ser quando estes estavam acusados de crimes estigmatizados como o estupro e a violência contra mulher. Ouvi coisas como “o ladrão quer dietinha”, sendo que o interno em particular era diabético e naquele dia apresentava glicemia de 407, sendo que o valor alterado acima 99 já é importante para maiores investigações e intervenção. Da mesma forma, era recorrente as falas sobre supostos privilégios dos presos como terem assistência médica e psicológica, outros eventos como demora excessiva de atendimento mesmo com o caso agudo de dor e risco de vida.

---

[7] Independe do crime cometido todos os internos são compulsoriamente chamados de ladrão pelo *staff*, equipe de saúde e pelos próprios presos.

Tais episódios me levaram a pensar em mudar o tema e discutir a saúde prisional a partir da ótica dos profissionais de saúde, do *staff* e dos internos, contudo, após realizar uma breve pesquisa bibliográfica identifiquei que já haviam muitos trabalhos sobre as temáticas relacionada aos profissionais de saúde e os Agentes Penitenciários e diante do pouco tempo para realizar as entrevistas optei por investigar os principais envolvidos no processo – os próprios internos.

Ao longo do ano de 2015 e 2016 houve o aumento do número de agentes penitenciários devido a um processo seletivo simplificado (duração de 1 ano) e a nomeação dos agentes que passaram em concurso público no ano de 2015. Estes eventos possibilitaram uma significativa ampliação da oferta de atendimento, inclusive condução de grupos sobre diversos temas, como uso de drogas e saúde do homem, além da ampliação dos atendimentos individuais para presos que se encontravam no pátio. A partir disso, pude identificar como o machismo, somado a todos os outros determinantes e condicionantes favorecia a entrada no crime e o consequente aprisionamento, além do comportamento de risco, violência e baixo investimento da educação formal.

Lembro-me de um atendimento em que o interno falava da sua dificuldade de acesso à unidade de atenção primária à saúde para acompanhar sua companheira gestante, pois a unidade era situada em uma rua na qual ele não podia frequentar, única e exclusivamente por que morava na sua residência – do outro lado da rua – e por isso havia virado desafeto daqueles que moravam na citada rua, correndo risco de morte. Outro interno falava-me sobre o abandono da escola, devido o mesmo motivo, mesmo que não fizesse parte de nenhuma organização criminal. Ou seja, por serem "forasteiros" e homens eram impedidos de exercer o direito de acesso aos serviços públicos garantidores de cidadania.

Portanto, chamou-me a atenção que dentro do contexto prisional o adoecimento ou mesmo o não cuidado à saúde também tinha como determinantes a vivência da masculinidade. O machismo estava intrínseco ao processo do adoecimento e era notado em todos os tipos penais, muito além dos crimes relacionado ao gênero. Comum eram os relatos sobre abandono de tratamento, doenças repetidas, abuso de drogas, infecções sexualmente transmissíveis, situação de risco e hiperssexualidade.

O acesso à saúde tinha lugar nos centros especializados e nas emergências hospitalares, muitos tinham histórico de internamento, pois foram alvejados, tinham sido brutalmente agredidos (por policiais ou desafetos), ainda tinham sido internados por agravamento da condição de sorologia para HIV positivo e/ou tuberculose.

Durante a minha estadia no presídio Salvador como psicólogo pode notar que muitos internos não tinham acesso aos serviços de saúde quando em liberdade. Muitos referiam apenas acesso à odontologia, psicologia e médico clínico apenas quando em situação de privação de liberdade. Sabemos que a oferta de cuidado pelo sistema único de saúde (SUS) ainda é deficitário para uma ampla camada da população, todavia, os relatos nos montam outra situação, estes homens não frequentavam os serviços de saúde de nenhuma forma, somente quando o caso era extremamente grave. Tal constatação é mais factível principalmente para aqueles que faziam parte de uma organização criminosa ou residiam em bairros dominados pelo tráfico.

Desta forma, este pesquisador permaneceu com a curiosidade sobre como as masculinidades interferem nas histórias de vidas de homens em situação de privação de liberdade, contudo as perguntas se redirecionaram para como o machismo interfere no autocuidado à saúde.

4.2 PERCURSO METODOLÓGICO (CAMPO)

O pesquisador deste estudo foi trabalhador da unidade prisional onde ocorreu a investigação, desta maneira, durante o período de aproximação com o objeto de pesquisa e aprofundamento na temática estava intrínseco a observação participante. Neste momento, foi possível identificar discursos, práticas e concepções de diversos atores envolvidos no cenário penal, desde os próprios internos até o *staff* e direção, perpassando pelos profissionais de saúde. Neste período muitos profissionais de saúde já tinham sido desligados da secretaria de administração penitenciaria e ressocialização da Bahia, pois o período do contrato do Regime Especial de Direito Administrativo (REDA) havia chegado ao fim, inclusive o do próprio pesquisador.

Depois de determinar os critérios de elegibilidade do participante da pesquisa foi realizada no dia 12 de dezembro de 2016 uma leitura dos livros de atendimento, documento que nome, cela e data de atendimento dos internos de cada categoria profissional de saúde do elenco da unidade penal. Após separar todos os nomes das pessoas que haviam sido atendidos pelo serviço de saúde, foram escolhidos aleatoriamente aqueles que já estavam na unidade há pelos menos 03 meses. No total foram selecionados 06 nomes por categoria, somando 30 nomes no final.

Nos dias 19 e 20 de dezembro do ano de 2016 as entrevistas semiestruturadas começaram a ser realizadas. Logo foi possível notar que haveria dificuldades para conduzir a pesquisa. Os obstáculos a princípio estavam ligados à dificuldade comum do sistema prisional da Bahia. Poucos agentes para conduzir o interno à entrevista, além disso, houve a recusa de 12 internos de ir ao encontro do pesquisador, daqueles que chegaram ao encontro com o pesquisador 05 não aceitaram participar e 03 não foram encontrados, dos 10 restantes apenas com 02 houve tempo hábil para realizar as entrevistas.

Dessa forma, em dois dias de investimento em campo apenas 02 entrevistas foram realizadas. Este fato suscitou a emergência de novas formas de abordagem. Passou-se então a ter dois tipos de condutas. No prédio principal solicitavam-se entrevistas daqueles (dentro do critério) que já se encontravam no serviço de saúde e que tinham acabado ser atendido por algum profissional de saúde com a anuência do agente penitenciário, devido o tempo que poderia levar.

Contudo, outras barreiras se impuseram na tarefa de realizar as entrevistas. Os primeiros meses do ano de 2017 foram turbulentos para o cenário da gestão penal no Brasil de uma forma geral, devido aos homicídios com características de execução entre as organizações criminosas que ocorreram nos presídios dos estados do Amazonas (133 mortes), Roraima (33 mortes), Rio grande do Norte (33 mortes), São Paulo e Paraná (02 mortes cada). Estes eventos acabaram por interferir na rotina administrativa no sistema prisional baiano, inclusive na unidade em que foi realizada a pesquisa, pois aumentaram o número de "baculejos" e as restrições de circulação no interior do presídio. inviabilizando a condução das entrevistas em muitos momentos durante os meses de janeiro e fevereiro.

No mês de abril ocorreram fugas em massa de uma unidade prisional, fugiram cerca de 25 sentenciados. Este fato também alterou a rotina das outras unidades, atrapalhando a realização de entrevistas.

Ainda houve obstáculos de caráter interpessoal, pois como não havia muitas salas disponíveis sempre que o pesquisador ia fazer uma entrevista era necessário que um profissional disponibilizasse a sua sala. Este fato passou a gerar um desconforto na equipe, pois começou a haver insinuações de que aqueles trabalhadores que cediam a sala não estavam trabalhando, sendo, portanto, pouco produtivo e atrapalhando o quantitativo geral de atendimentos no mês. Este fato levou a uma mudança nos dias em que o pesquisador poderia ir realizar as entrevistas, o que estabeleceu outro tipo de problema, pois o pesquisador só tinha um dia disponível na semana para conduzir a atividade de campo.

Apesar de todas estas dificuldades foi possível realizar 09 entrevistas no total de 45 pessoas selecionadas. Destas 05 foram realizadas no prédio principal e 04 no prédio anexo. As entrevistas foram gravadas no aparelho de gravação de áudio da marca SONY. Era explicado ao interno sobre o objetivo da pesquisa. Lia-se o termo de consentimento o qual era assinado previamente a entrevista e todos estavam cientes de que poderiam interromper a entrevista em qualquer momento.

Outra fonte de dado foi a análise do prontuário de saúde que ocorreu no dia 19 de maio de 2017, no documento pode-se investigar a quantidade de atendimentos por categoria, condição de saúde, doenças prevalentes e tratamento ofertado.

4.3 DESENHO DA PESQUISA

O presente estudo utilizou-se da abordagem qualitativa, pois de acordo com Minayo (2006), este método é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, das práticas produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos, sentem e pensam. Levando-se em consideração as características e singularidades do objeto proposto para este estudo e ainda segundo a autora supracitada, a compreensão aqui coincide com aquela que toma a *Pesquisa Social* enquanto os diversos tipos de investigação que tratam do ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica. Optou-se, então, pelo caminho da empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo. (MINAYO, 2006). Então, o delineamento da pesquisa foi realizado a partir de uma abordagem qualitativa, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, observação participante e análise documental como técnicas investigativas.

Já a opção por realizar entrevistas tem relação com o fato destas, segundo Bauer e Gaskell (2015) serem um encontro entre duas pessoas ou mais pessoas cujo objetivo é que uma delas obtenha informação a respeito de determinado assunto mediante uma conversação de natureza profissional. Os autores citados acima ainda afirmam que é um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados ou para ajudar no diagnostico ou no tratamento de um problema social. Trata-se, portanto, de uma conversação efetuada face a face, de maneira metódica, que proporciona ao entrevistador verbalmente a informação

necessária. É inclusive um recurso que permite compreender o processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais de seres humanos, interesse desta pesquisa.

A vantagem de utilizar a entrevista como recurso investigativo nesta pesquisa residiu no fato de que conforme Gil (2014) esta é uma técnica rápida e de baixo custo para avaliação e obtenção de dados e informações qualitativas. Fornece uma grande riqueza de informações sobre a percepção dos participantes sobre os tópicos discorridos. Além disso, a entrevista possibilita a obtenção de dados referentes aos mais diversos aspectos da vida social; os dados são suscetíveis de classificação e de qualificação, permite a obtenção de grande número de respostas; oferece flexibilidade, uma vez que o entrevistador pode esclarecer dúvidas; por fim, viabiliza captar a expressão corporal do entrevistado, seu tom de voz e ênfase nas respostas.

Há vantagem de a entrevista ser do tipo semiestruturada, pois Bauer e Gaskell (2015) colocam que estas são séries de perguntas abertas, feitas verbalmente em uma ordem prevista, na qual o entrevistador pode acrescentar perguntas de esclarecimento. Sendo assim, as perguntas (ANEXO I) foram elaboradas previamente, entretanto, foram administradas de acordo com o andamento da entrevista, algumas foram retiradas e outras criadas para que se atendesse aos objetivos deste estudo.

A observação apresenta como principal vantagem em relação a outras técnicas a de que os fatos são percebidos diretamente, sem qualquer intermediação. Desse modo, a subjetividade que permeia todo o processo de investigação social tende ser reduzida. (GIL, 2014).

De acordo com Gil (2014) as fontes de dados documentais são capazes de proporcionar ao pesquisador dados em quantidade e qualidade suficiente para evitar a perda de tempo e o constrangimento que caracterizam muitas das pesquisas em que os dados são obtidos diretamente das pessoas. Além disso, em muitos casos só se torna possível realizar uma investigação social por meio de documentos.

4.4 CONTEXTO DA PESQUISA

No estado da Bahia existem no total 28 unidades prisionais, atendendo os mais diversificados fins (custodiar presos provisórios, sentenciados, cumprindo medida de segurança, etc.), administradas diretamente pela SEAP ou funcionando em formando de co-gestão público-privado. Daquelas 28 unidades, 13 estão situadas na região metropolitana de Salvador, tendo como principal público-alvo a população masculina, uma vez que dos 5.269

pessoas privadas de liberdade 5.154 são homens, cerca de 98% de acordo com o mapa da população carcerária da SEAP-BA, publicado no dia 10/04/2017.

A pesquisa foi realizada em uma unidade prisional que se destina à custódia de presos provisórios da Comarca da Capital e em caráter excepcional das Comarcas do interior do Estado, desde que autorizada pela Corregedoria Geral de Justiça (DGJ). Sua população atual (10/04/2017) de acordo a SEAP é de 894 pessoas reclusas, todas do sexo masculino.

Esta instituição foi construída em 1976 e foi dividida em dois módulos, o prédio principal, reconhecido pelos internos como “a velha”, tem capacidade para custodiar 637 pessoas, distribuídas em 08 galerias e 125 celas. O outro prédio identificado por anexo, encontra-se em processo de finalização de reforma iniciado em meados do ano de 2016, tem capacidade para abrigar 247 indivíduos e conta com 04 galerias e 46 celas.

A unidade de saúde fica localizada na parte superior do prédio principal e conta com 01 ambulatório de odontologia, 01 consultório de psicologia, 01 sala de procedimento de saúde, 01 consultório médico, 01 sala de expurgo, 01 copa, 01 Serviço de Arquivamento Médico e Estatística (SAME) e um auditório com capacidade para 50 lugares. A sala do serviço social está localizada na entrada do prédio principal, separada geograficamente do serviço de saúde.

Nesta instituição trabalham 127 profissionais de saúde, dentre: 02 Psicólogos, 01 Assistente Social, 02 Enfermeiros, 02 Odontólogos, 02 Médicos Clínicos, 01 Médico Psiquiatra, 02 Técnicos de Enfermagem, 02 Técnicos de Saúde Bucal, 87 Agentes Penitenciários, 01 Vice-Diretor e um Diretor.

O encaminhamento para os serviços de saúde, em qualquer categoria é realizado mediante encaminhamentos internos, ou seja, quando um profissional de uma categoria solicita atendimento das outras ou quando é identificada a necessidade de acompanhamento no prontuário que chega da unidade de triagem. Outra trajetória é quando os custodiados solicitam atendimento através de listas produzidas por eles mesmos ou solicitam que os agentes penitenciários informem algum caso de agravo na condição de saúde de algum interno. Para ter acesso ao atendimento em saúde o custodiado, geralmente algemado, é conduzido pelos agentes penitenciários até o consultório, estes permanecem presentes durante todo o atendimento, às vezes do lado de dentro do consultório, outras vezes na porta.

4.5 PARTICIPANTES

Homens privados de liberdade custodiados na instituição supracitada.

4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados a partir de entrevistas semiestruturadas sobre a oferta de cuidados à saúde no sistema prisional com os participantes da pesquisa. As entrevistas foram aprofundadas e trianguladas com os dados observados em campo. Os internos foram escolhidos dentre os que frequentaram o serviço de saúde. Como critério para participação ficou definido que o interno precisava ter frequentado o serviço de saúde pelo menos uma vez, ter sido consultado por qualquer categoria profissional (enfermeiros, médicos, psicólogos, odontólogos, assistentes sociais, fisioterapeuta), ter no mínimo 03 meses de privação de liberdade e estar lúcido e orientado autopsíquica e alopsiquicamente. O número final de participantes foi definido quando as entrevistas demonstraram reincidência de informações e/ou saturação dos dados. Para complementação dos dados foram analisados os prontuários dos indivíduos entrevistados.

4.7 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram transcritos e analisados através do levantamento de categorias temáticas a posteriori, de acordo com a Análise de Conteúdo (Bardin, 2011). Para a autora, a Análise de Conteúdo é composta por três fases, sendo: (a) a pré-análise; (b) a exploração do material; e, (c) o tratamento dos resultados e interpretação. Na primeira foi realiza a organização das temáticas através de leitura flutuante, formulação de hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores. Na segunda, os dados foram codificados a partir de unidades de registro em acordo com o significado presente no relato dos participantes. Na terceira foi realizada a categorização das temáticas a partir de classificações dos dados em acordo com suas semelhanças e por diferenciação.

5 MODELO TEÓRICO

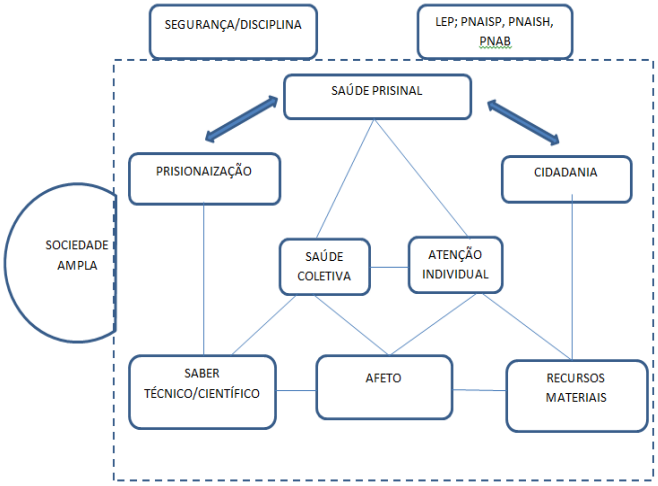
Para estudar como ocorre o processo de saúde dentro de uma instituição prisional ofertada para a população masculina é importante estar atento aos processos determinantes e condicionantes à saúde que transcorre pela sociedade ampla no Brasil, promotores, muitas vezes, da massificação do aprisionamento de homens jovens, negros, residentes em periferias. Ressalta-se a condição precária de educação, saneamento básico e da negação de direitos sociais e de saúde. Da mesma forma, atua no processo de aprisionamento de homens o machismo e a busca pela da masculinidade hegemônica.

Dentro da organização prisional nota-se a disputa entre a manutenção da segurança/disciplina (formal e informal) e a implementação das legislações específicas que garantem a produção de cuidado para homens em situação de privação de liberdade (LEP, PNAISP, PNAISH, PNAB). O produto desta disputa identifica-se em um lado a garantia da cidadania e em outro o processo de prisionização.

Como tecnologias de cuidado em saúde para a concretização da produção de cuidado à saúde integral e resolutiva percebe-se os saberes técnicos e científicos dos profissionais de saúde, o insumos e matérias pertinentes aos serviços de saúde e o afeto, que no caso da prisão estará sempre atrelado à visão que os profissionais de saúde têm do cliente preso (cidadão ou marginal), suscitado respeito e acesso ou o seu oposto.

Lembra-se que uma instituição prisional, estabelecimento formado pela aglomeração de pessoas em configuração de moradia, por onde a vida ocorre, existe as mais diversas trocas intra e extramuros, inclusive das moléstias endêmicas ao cárcere. Com isso é importante reafirmar que o quadro epidemiológico é dramático dentro da prisão, mas transpassa seus muros, tornando-se, portanto, objeto de estudo e intervenção da saúde coletiva, como ilustrado na Figura 01.

Figura 01: Processo de cuidado em uma Instituição Prisional



Fonte: Autor (2017)

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES

As características dos participantes (Tabela 01) estão condizentes com a realidade encontrada no cenário do sistema prisional. Contudo, revela uma diversidade de elementos que suscitam análises relevantes no que se refere à saúde do homem em situação de privação de liberdade.

Com relação à idade, a maioria é jovem, encontrando-se abaixo dos 30 anos de idade, ilustrando a faixa etária comumente encontrada nas unidades penais em todo país. No entanto, foi possível entrevistar homens acima dos 50 anos de idade, favorecendo discussões pertinentes a essa faixa etária que também compõe a cena penal, cerca de 7% da população prisional. (BRASIL, 2014). Em relação à escolaridade a maioria refere possuir o ensino fundamental incompleto, tal qual o encontrado comumente em outros estudos sobre a população carcerária. (Minayo & Ribeiro, 2016; Soares Filho & Bueno, 2016; Brasil, 2014 Madureira et al, 2014). A respeito das atividades profissionais, a maioria exercia profissões que não exige formação específica, eram autônomos e muitas vezes precisavam recorrer a trabalho informal para se manter. Em relação à raça/cor a maioria afirma ser pardo ou negro, dado maciçamente explorado em estudos equivalentes. (Minayo & Ribeiro, 2016; Soares Filho e Bueno, 2016; Brasil, 2014 Madureira et al, 2014). No tocante à orientação sexual e identidade de gênero, a maioria relatou ser heterossexual, apenas 01 entrevistado afirmou ser bissexual. Sobre o estado civil, existe uma maior quantidade de pessoas solteiras em relação às casadas/relação estável. Sobre o histórico de aprisionamento percebe que no caso específico desta pesquisa o quantitativo de pessoas reincidentes e que estão no seu primeiro aprisionamento foi equivalente.

Em relação à condição de saúde nota-se que todos referem já ter tido algum episódio de adoecimento ou mal-estar durante o aprisionamento. Por outro lado, chama a atenção o quantitativo de pessoas com IST/HIV. Inclusive, entre aqueles que afirmaram não ter nenhuma doença diagnosticada no presente ou passado, porém após análise dos prontuários foi identificado histórico de sífilis e hipertensão em dois participantes que negaram na entrevista o histórico de doença.

Tabela 01: Distribuição dos participantes de acordo com faixa etária; raça/cor; escolaridade; profissão; doenças; situação conjugal; reincidência criminal e orientação sexual.

Faixa Etária		
	<20	-
	20 – 30	05
	30 – 40	02
	40 – 50	-
	50 – 60	02
Raça		
	Branco	02
	Negro	02
	Parda	05
Escolaridade		
	Analfabeto	-
	Ensino fundamental incompleto	07
	Ensino fundamental completo	
	Ensino médio incompleto	02
	Ensino médio completo	
Profissão		
	Pintor	03
	Ajudante	03
	Pescador	01
	Vendedor	01
	Borracheiro	01
Doença		
	HIV	02
	Sífilis	02
	Hepatite B	01
	Hipertensão	01
	Hipertensão e Diabetes	01
	Sem patologia	02
Reincidência Criminal		
	Sim	04
	Não	05
Orientação Sexual		
	Heterossexual	08
	Homossexual	-
	Bissexual	01
Situação Conjugal		
	Solteiro	07
	Casado	02

Viúvo	-
Separado	-

Fonte: Autor (2017)

6.2 DESCRIÇÃO DA OFERTA DE CUIDADO

O Presídio de Salvador, como já descrito, é dividido em dois módulos, o prédio principal e o prédio anexo I, sendo que durante o período da pesquisa os internos custodiados neste último foram temporariamente transferidos para uma unidade que estava desativada (chamado de anexo III ou mais popularmente de "buracão"), localizada em outro espaço dentro complexo penitenciário da Mata Escura, devido à reforma do prédio anexo I. Contudo, o serviço de saúde fica localizado no andar superior do prédio principal, exigindo que os atendimentos às pessoas reclusas no "buracão" encontrassem maiores dificuldades de acesso, pois dependiam que os profissionais se deslocassem para aquela unidade, que de toda forma, não possui estrutura para atendimento em saúde ou ainda que houvesse carros sanitários (além de combustível e motorista) e profissionais Agentes Penitenciários para realizar a condução.

A partir da observação participante foi possível notar como funcionava a rotina de oferta de cuidado da unidade, esta se mostrou altamente centrada na figura do médico, reproduzindo, portanto, o modelo biomédico-assistencialista. Ficou evidenciado também que o cuidado era essencialmente aos casos de demanda espontânea, com baixo quantitativo de ações planejadas, focadas em prevenção de doenças (exceto vacina, que ocorre de acordo com calendário municipal), promoção à saúde, atividades educativas. Da mesma forma, não havia divisão por equipe de saúde e nem atividades de discussão de casos.

O atendimento funcionava de forma não sistematizada, cada categoria elegia uma forma de acolher os internos. A demanda surge de várias formas e praticamente todos os atores do cenário prisional são fontes de queixa de saúde, os principais veículos de encaminhamento eram: os prontuários da triagem, estes vinham diretamente da unidade de triagem – o Centro de Observação Penal (COP), embora com informações consideradas restritas pelo corpo técnico de saúde era um elemento importante de identificação de demanda; Lista dos próprios internos, esta era a segunda principal fonte de demandas, pois nela constavam os nomes dos internos que solicitavam atendimento, contudo era uma fonte pouco refinada de identificação de casos relevantes, pois como as listas eram produzidas pelos presos, muitas pessoas que precisariam de atendimento não tinham o seu nome nelas ou ainda havia o fato de ser uma lista com demandas basicamente de casos agudos, deixando de fora

casos com sintomatologia pouco expressiva, mas potencialmente grave; Indicação dos agentes penitenciários, estes tinham contato mais regular com os internos e acabam por se tornarem porta-vozes daqueles, da mesma forma que a lista dos internos, os casos agudos eram privilegiados; Encaminhamento interno de outra categoria de profissional de saúde, frequente, mas pouco sistematizado; Indicação do setor de educação/trabalho; Indicação da direção, não era muito comum, mas por vezes acontecia quando algum caso chegava ao conhecimento do diretor e que escapava da equipe de saúde; Determinação judicial, por vezes chegava deliberação de juiz para que houvesse atendimento a um interno em particular que entrava com alguma solicitação judicial.

Depois que passam por este processo de triagem informal e exerciam o direito de ser consultado por um profissional de saúde, ficou notório que o atendimento seguia a lógica do modelo biomédico. As principais características observadas nos atendimentos eram a centralidade no profissional médico e a resposta a uma demanda espontânea. Por muitas vezes, quando não havia médico na unidade o que se ouvia dos profissionais da enfermagem era que "não era possível fazer nada", justificado pela impossibilidade de administrar medicamento sem a prescrição do profissional de medicina.

Esta concepção fica alinhada ao fato de não haver práticas assistências fora da lógica curativista, uma vez que a única resposta às demandas de saúde era pelo viés biomédico se colocava notadamente uma ociosidade diante da impossibilidade de atuação do médico. Contudo, profissionais como odontólogos, psicólogos e assistentes sociais que não necessariamente precisam da intervenção da medicina também se relacionavam prioritariamente com a prática do modelo hegemônico em saúde, que privilegia o cuidado a partir do tratamento de sinais e sintomas queixados pelos internos-pacientes. Tais condutas invariavelmente comprometia uma possibilidade de atuação inovadora e criativa condizente com a estratégia saúde da família e com o SUS, em que seria possível intervir diante de uma população historicamente desassistida em meio aberto e que quando inserida em contexto prisional, altamente vulnerável, constituindo-se assim um cenário relevante para o processo de educação em saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças.

Embora haja o acompanhamento programático para alguns agravos tais como hipertensão, diabetes, IST/HIV, seguindo alguns protocolos de atendimento, foi notório que os profissionais usavam parâmetros diferentes, por exemplo, em um caso de detecção de sífilis foi questionado pelo pesquisador aos enfermeiros da unidade qual encaminhamento conduzir e as repostas foram divergentes, embora todas dentro das possibilidades de orientações do

Ministério da Saúde, ficando claro que não havia um protocolo interno estabelecido e que o diálogo intra-categoria profissional era deficitário.

Algo similar acontecia com as demais categorias, pois não havia uma sistematização de como agir diante de casos corriqueiros em um estabelecimento penal. Pôde-se notar divergências importantes entre profissionais da psicologia sobre como lidar em casos de uso de Substâncias Psicoativas SPA's enquanto haviam aqueles que defendiam a estratégia de redução de danos outros ressaltavam como única possibilidade de atuação a abstinência total, tal divergência foi identificada pelo Conselho Federal de Psicologia (2009) em uma pesquisa sobre a atuação do psicólogo no sistema prisional que destacou que muitos profissionais referiam dificuldade em lidar com pessoas que fazem uso de SPA's..

A maioria dos atendimentos era individual e com foco no processo saúde/doença, havendo poucos momentos de educação em saúde, orientações em saúde. Dessa forma, não havia condução de grupos educativos nem palestras em espaços de aglomeração, tais como a escola ou o pátio. Exceto por ações de alguns poucos profissionais (dentista e psicólogo (a) que excepcionalmente realizavam grupos ou palestras, mas de forma não sistemática ou regular.

Paim (2009) destaca que a busca de um modelo assistencial que esteja orientado para a integralidade e às necessidades ampliadas de saúde, em sintonia com os princípios do SUS e que supere os problemas decorrentes da hegemonia do paradigma da biomedicina é um dos grandes desafios do sistema de saúde brasileiro na atualidade.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), de acordo com Andrade, Bueno e Bezerra (2009) inspira-se nas resoluções de Alma-Ata e reafirma os princípios e diretrizes do SUS, prescrevendo assistência integral e contínua às famílias e comunidades, em seu espaço social, entendidas e atendidas a partir do local onde vivem, trabalham e se relacionam. Da mesma forma, Geniole, Kodjaoglanian e Vieira (2011) salientam que fazer Saúde da Família no cenário carcerário trata-se de uma forma de fazer chegar às unidades prisionais serviços e profissionais de saúde, na busca pela efetiva integralidade das ações, representada pela incorporação do modelo epidemiológico, garantindo a continuidade da atenção e assistência à saúde adequada às realidades locais.

A partir desta lógica o cenário prisional do presente estudo determina-se enquanto um território de saúde, sendo constituído por uma população com características sóciodemográficas semelhantes, expostas aos mesmos riscos ambientais/ sanitários e com

possibilidade de intervenção generificada, uma vez que se trata de uma instituição para presos do sexo masculino. (REIS e KIND, 2014).

BRASIL (2003) lembra que historicamente, a questão da atenção à saúde da população que se encontra em unidades prisionais no Brasil tem sido feita sob ótica reducionista, na medida em que as ações desenvolvidas limitam-se àquelas voltadas para DST/ Aids, intervenções associadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas e imunizações, apesar dos altos índices de tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, além de outros agravos prevalentes na população brasileira, observados no âmbito dessas instituições. Geniole, Kodjaoglanian e Vieira (2011) ressaltam que é fato conhecido que os problemas de saúde decorrentes das condições de confinamento não têm sido objeto de ações de saúde que possibilitem o acesso das pessoas presas à saúde de forma integral e efetiva.

Foi constatado que o trabalho na unidade estudada é essencialmente multidisciplinar, contudo com baixa comunicação entre as categorias sobre os casos. Não havia período para discussão de caso e o encaminhamento interno, embora bastante frequente, não tinha uma sistematização e nem critérios claros e amplamente divulgados. Este fato dificultava o dia a dia da oferta de cuidado, pois gerava sobrecarga de trabalho ou duplicidade de atendimento, da mesma forma, não havia a devolutiva do caso, sendo assim, ficavam sem fechamento interdisciplinar.

Andrade, Bueno & Bezerra (2009) destacam que trabalhar pela lógica da ESF inclui ainda ações multiprofissionais em uma perspectiva interdisciplinar, a construção de relações acolhedoras e de vínculo de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população da região de abrangência da unidade de saúde, intervindo sobre os fatores de risco com ênfase na Vigilância em Saúde (VS) e na Promoção da Saúde (PS).

Uma questão fundamental que se coloca para este debate e que tem sua tradução nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, diz respeito a considerar o estabelecimento de equipes multiprofissionais como um dos elementos essenciais para o desenvolvimento do trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS). A revisão do papel do médico como central e hegemônico na equipe de saúde, que pode se desdobrar em valorações hierárquicas e desigualdades sociais entre os trabalhadores de saúde é imprescindível. Compreende-se que a atenção primária, especialmente a estratégia saúde da família, pode se abrir para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior

autonomia e criatividade e maior integração da equipe. Este é um dos grandes desafios que se coloca para as equipes de saúde que vêm se inserindo na Saúde da Família. (ANDRADE, BUENO e BEZERRA, 2009)

Caso esta integração não aconteça, corre-se o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos. Para a construção de um projeto inovador em saúde é necessário que a equipe construa um projeto comum e para tal os trabalhos especializados de cada profissional devem se complementar. (FEUERWERKER, 2014).

Isoladamente, o núcleo de competência de cada profissional não dá conta da complexidade do atendimento das necessidades de saúde, portanto, é necessário flexibilidade nos limites das competências para proporcionar uma ação integral. (ANDRADE, BUENO e BEZERRA, 2009; ALMEIDA e MISHIMA, 2001).

O quantitativo de pessoas atendidas por dia era bastante variado, havendo inúmeros obstáculos no acesso aos serviços de saúde. As principais barreiras assistenciais se referem aos impedimentos institucionais, como o baixo número de agentes penitenciários atuando em um plantão, a ocorrência de "baculejo", além das barreiras proporcionadas pelos próprios profissionais.

O fato de haver poucos agentes penitenciários trabalhando em um plantão acabava se mostrando a principal justificativa dos profissionais de saúde para não realizar um alto quantitativo de atendimentos, inclusive em alguns dias não havia nenhum atendimento devido a situação supracitada. O esvaziamento assistencial por este motivo era mais identificado nas categorias profissionais reconhecidas como psicossociais, tais como a psicologia e o serviço social. Tal situação era geradora de tensões e conflitos entre a equipe de saúde e o *staff*, pois o trabalho de uma acabava por impactar na produção da outra. Os profissionais de saúde se sentiam prejudicados, pois acabam não exercendo sua atuação. Os agentes penitenciários também se sentiam lesados quando eram constrangidos a realizar suas obrigações mesmo alegando insegurança e sobrecarga de funções.

Ao contrário do que se poderia supor tendo em vista uma população em um espaço fechado, aparentemente sob controle, são inúmeras as dificuldades para o desenvolvimento de ações de saúde nas prisões. (FERNANDES et al, 2004). Para Diuana (2008) é um ambiente onde a circulação de detentos é restrita e os profissionais de saúde evitam circular, os agentes de segurança penitenciária terminam por exercer um papel diferenciado no que se refere à

regulação do acesso à saúde. Muitas vezes são os agentes de segurança penitenciária que julgam a necessidade de atendimento a partir do pedido do preso e atuam facilitando ou dificultando este acesso. Por outro lado, no ambiente confinado das prisões estão em contato cotidiano e direto com os presos e expostos como eles aos riscos infecciosos, especialmente à tuberculose. (DIUANA et al, 2008; SEQUEIRA, 2004). Por essas razões são atores considerados privilegiados no que se refere a mudanças nas concepções e práticas de saúde nas prisões.

Outro elemento que se mostrou relevante para o baixo quantitativo de atendimentos foi a institucionalização dos dias fixos onde a circulação de internos era diminuída, tais como os dias de visita (quarta-feira e quinta-feira), e a "casa fechada" (na terça-feira pela manhã no prédio principal e segunda-feira pela manhã no prédio anexo I), nestes períodos que somam 24 horas por semana de baixo fluxo de interno no serviço de saúde. Não era possível ofertar de forma efetiva assistência, uma vez que durante as visitas os agentes estariam ocupados no processo de garantia de ordem e segurança das visitas e nos dias de casa fechada os internos eram impossibilitados de sair do pátio. Os casos considerados graves/agudos ou ainda aqueles onde era imprescindível o procedimento de enfermagem (como curativo ou administração de medicamento venoso) encontrava brecha da regra.

Outra ocasião em que não havia atendimento era quando acontecia o chamado "baculejo", espécie de vistoria que ocorre de forma não sistemática e tem como objetivo encontrar produtos ilegais, armas ou qualquer contravenção no interior da prisão. Ocorre de forma excepcional, mas com regularidade, alterando o funcionamento do serviço de saúde, que acaba ficando ocioso no turno ou dia quando acontece.

Embora houvesse uma pactuação entre a coordenação de saúde e a direção sobre o número de atendimentos por dia por categoria profissional (Tabela 02), a variação do quantitativo de atendimento ainda sofria variação de acordo com o perfil do profissional atendente. Desta forma, dois representantes de uma mesma categoria podiam atender, em um dia com características semelhantes, quantidade dispare, chegando um determinado profissional a atingir o dobro de pessoas atendidas por um outro.

Tabela 02: Distribuição do quantitativo de atendimento individual por turno e categoria

Categoria Profissional	Quantitativo de atendimentos por turno
Medicina	10
Psicologia	05
Odontologia	10
Enfermagem	10
Serviço Social	NÃO INFORMADO

Fonte: Autor (2017)

Esta forma não sistemática de funcionar pode atrapalhar o cuidado, pois altera a forma de funcionamento da equipe e pode causar tensionamento entre os trabalhadores, porque os profissionais podem se sentir sobrecarregados por um lado ou exposto pelo outro ou ainda repercutir na equipe auxiliar que pode criar expetativas poucos funcionais sobre o profissional atendente. (MIRANDA, 2014).

O observado durante a pesquisa foi identificado em outras pesquisas semelhantes e demonstram que a realidade da oferta de cuidado no sistema prisional embora muito bem descrito na PNAISP ainda se encontra distante de sua efetivação no plano concreto. (KIND e REIS, 2015; MIRANDA, 2014).

É necessário investir em quantitativo de agentes penitenciários, além de qualificar suas atuações diante da garantia de cidadania e direitos humanos. (GOMES, KÖLLING e BALBINOT, 2015; SEQUEIRA, 2004). Além disso, investir em educação permanente para os profissionais de saúde onde fosse trabalhado elementos de direitos humanos, aprimoramento em tecnologias de saúde da Atenção Primária, protocolos clínicos atualizados. (BRASIL, 2014).

6.3 SAÚDE DO HOMEM NA PRISÃO: CONCEITO DE SAÚDE

Sobre o conceito de saúde foi notório que alguns internos mesmo de forma simples conseguem superar a noção biomédica de saúde, ressaltando o bem-estar, o lazer, a vida social e alimentação como aspectos inerentes ao bem-estar saudável.

> **Interno 01, 27 anos**
> Saúde pra falar a verdade pra você, saúde para mim é tudo, a pessoa tem que ter bom status, tem que se alimentar direito, saúde é vida, nós tem que se cuidar para evitar coisas piores no futuro.
> **Interno 02, 37 anos**
> Pesquisador: [...] E o que é saúde para você?
>
> **Interno 02***:* Saúde é comer bem, se comportar bem, estar no meio de pessoas do bem. "Tá" sempre meio que sorrindo e alegre e não, digamos, você tá falando com uma pessoa aqui e a outra " tá" falando mal de você por trás. Para mim isso é viver bem, "tá" bem.

Entretanto, outros, revelam uma percepção dicotômica em que saúde significa apenas a ausência de doenças.

> **Interno 04**
> Interno 04: Rapaz, saúde é você "tá" bem. Sem nenhum tipo de doença.
>
> **Interno 05**
> Pesquisador: E o que é saúde para você?
> Interno 05: Saúde é tá bem, né? É não tá sentindo isso que eu estou sentindo [...]

Notou-se que a noção de alteração da própria saúde com o advento do aprisionamento tem relação com a aparência e/ou disposição, mais precisamente com a percepção do emagrecimento e da perda massa muscular.

> **Interno 01, 27 anos**
> Pesquisador: Hum, entendi, mas você acha que isso (aprisionamento) influenciou na sua saúde?
> Interno 01: Sim
> Pesquisador: Como?
> Interno 01: Que tive perda de peso [...] que eu era mais forte, "tava" pesando quase 89 kg, entendeu? Aí entrei na cadeia "ó paí como eu "tô"! A situação! A aparência! tudo muda [...]
>
> **Interno 04, 23 anos**
> Interno 04: Esse crime só fez foi me prejudicar, porque eu era forte. Tinha disposição para fazer qualquer coisa. Coisa que hoje em dia não consigo mais fazer. Eu jogava bola, eu jogava era 2 horas de relógio. Não parava nem 01 minuto.

Contudo, nota-se que existe um ajustamento com a situação de adoecimento ou mal-estar, suscitando explicações naturalizantes sobre as doenças existentes na prisão.

> **Interno 06, 22 anos**
> Interno 06: É, eu acho que foi doença de cadeia mesmo. Doença que o "zoto" pega na cadeia mesmo.

6.4 SAÚDE DO HOMEM NA PRISÃO: AUTOCUIDADO

A partir da análise das entrevistas transcritas foi possível identificar um deficit nas condutas relacionadas ao autocuidado dos homens em situação de privação de liberdade que participaram da pesquisa. Destacam-se 03 características que se mostraram recorrentes no discurso dos entrevistados sobre este tema: 1) Afastamento da Atenção Primária à Saúde; 2) excesso de automedicação; 3) comportamento de risco relacionado à saúde sexual e reprodutiva.

As entrevistas revelaram uma relação empobrecida com o autocuidado entre os internos de uma forma geral, tanto antes quanto depois do aprisionamento. Ficou claro que existe um processo de negligência com a própria saúde, principalmente com as condutas preventivas. Evidenciando distanciamento das unidades de atenção primária à saúde, uma vez que são estas responsáveis pelo cuidado em nível primário.

> **Interno 03, 23 anos**
>
> Pesquisador: E você cuidava da sua saúde antes de ser preso? Como você fazia?
> Interno 03: Nunca fui não.
> Pesquisador: Nunca precisou? Nunca passou mal?
> Interno 03: Doença nenhuma.

> **Interno 07, 22 anos**
>
> Pesquisador: E antes de ser preso como era que você cuidava da sua saúde?
> Interno 07: Rapaz, antes de ser preso eu não ia no médico, mas é que eu nunca precisei, não. Eu não sentia nada para ir no médico, vou fazer o quê no médico.

Em uma pesquisa realizada no município do Rio de Janeiro, sobre as explicações presentes em discursos masculinos para a pouca procura dos homens por serviços de saúde

apontou que o imaginário de ser homem pode aprisionar o masculino em amarras culturais, dificultando a adoção de práticas de autocuidado, pois à medida que o homem é visto como viril, invulnerável e forte, procurar o serviço de saúde numa perspectiva preventiva poderia associá-lo à fraqueza, medo e insegurança. Portanto, poderia aproximá-lo das representações do universo feminino, o que implicaria possivelmente desconfianças acerca dessa masculinidade socialmente instituída. (GOMES, NASCIMENTO e ARAÚJO, 2007).

Figueiredo (2005) afirma que é disseminada a concepção de que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são serviços destinados quase que exclusivamente para mulheres, crianças e idosos, inviabilizando, portanto, a presença masculina nos serviços de Atenção Primária à Saúde. Dessa forma, a Unidade Básica de Saúde (UBS) sendo um espaço "feminilizado", frequentado principalmente por mulheres e composto por uma equipe de profissionais formada, em sua maioria, por mulheres provocaria nos homens a sensação de não pertencimento àquele espaço.

Por outro lado, Couto et al (2010) salientam que as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) contribuem com esta realidade da dificuldade do acesso dos homens ao serviço. Neste caso, os homens sentiriam mais dificuldades para serem atendidos pelo tempo perdido na espera da assistência, filas, horários de funcionamento incompatíveis com a sua atividade laboral. Argumenta-se, ainda, que os homens não procuram as UAPS porque estas não disponibilizam programas ou atividades direcionadas especificamente para a população masculina.

Contudo, as entrevistas demostraram que a urgência proporcionada pela dor ou outro sintoma emergente é traduzida como preocupação com a saúde e interpretada como momento onde se deve ter acesso aos serviços de saúde, inclusive dentro do contexto penal. A busca por assistência parece ser focada na eliminação da dor ou do que possibilita a ocorrência da dor. Tais como dizem os internos 02 e 07:

> **Interno 02, 37 anos**
> Pesquisador: Mas você na rua, você ia ao médico?
> Interno 02: Só se eu sentisse alguma coisa, uma dor, aí eu ia no médico. [...] eles ai dentro só pensa em roubar só pensa nisso aí ou em droga, sei lá, esse povo aí não pensa na saúde não. Eles só gritam aí dentro quando estão sentindo dor.

A maioria dos entrevistados disse que não tem conhecimento sobre sua condição de saúde integral ou mesmo não tem interesse em saber. Mesmo aqueles que tinham diagnóstico

de alguma doença específica, como HIV ou Hepatite, eles não souberam responder se tinham ou não alguma doença crônica ou outro estado alterado da saúde, demonstrando pouco autocuidado. Como os relatos abaixo:

> **Interno 02, 37 anos**
> Pesquisador: Você sabe se tem outras doenças além do HIV, Hipertensão, Diabetes?
> Interno 02: Não, nunca procurei saber.

Esta baixa curiosidade sobre a condição de saúde para alguns pesquisadores seria justificada por um possível medo da descoberta de uma doença grave, assim, não saber pode ser considerado um fator de "proteção" para os homens estudados. (GOMES, NASCIMENTO e ARAÚJO, 2007).

Os internos entrevistados demonstraram que o processo de autocuidado é prejudicado desde muito cedo nas suas histórias de vida, ainda extramuros e que o confinamento reforça a noção de cuidado mediante um agravo agudo, tendo a necessidade de intervenção rápida e com um baixo grau de co-responsabilização. Como relata o interno 01:

> **Interno 01, 27 anos**
> Eu vou ser sincero, eu não, nunca, assim, desde criança eu não ia em médico, só quando tinha acidente, um machucado forte que eu ia no médico, mas quando "tava" doente "pan" eu ia na farmácia e comprava um remédio passava e ai ficava de boa.

Figueiredo (2005) salienta que embora a identidade masculina esteja associada à desvalorização do autocuidado e à preocupação incipiente com a saúde, estes referem utilizar outros serviços de saúde, como farmácias ou prontos-socorros, que responderiam mais objetivamente às suas demandas. Nesses lugares, os homens seriam atendidos mais rapidamente e conseguiriam expor seus problemas com mais facilidade

Nota-se, por outro lado, que o avançar da idade traz uma percepção imperiosa da necessidade de cuidado com saúde, contudo como resultado de um baixo investimento no autocuidado ao longo da vida, tornando a concepção do adoecimento na maturidade masculina uma constatação naturalizada.

> **Interno 09, 58 anos**
> Quando eu era mais jovem eu não ia não. Eu não precisava. Só se tivesse uma coisa. Eu quando era mais novo nunca precisei de médico, não. Só quando eu quebrava um braço, caia do andaime. Mas sobre problema de

> saúde ai foi quando eu fiz 50 anos, dos 50 anos para cá. Que a gente toma muita porrada, essas coisas. Ai aparece dor nas costas, dor nas pernas.

Um dado marcante encontrado nesta pesquisa foi o excesso da automedicação. Diante da dificuldade de acesso ao serviço de saúde e das condições sanitárias deficitárias, são inúmeros as doenças e agravos que acometem a população prisional, são comuns as dermatites, doenças infectocontagiosas e as dores generalizadas. (BRASIL, 2014). Os entrevistados relataram ter vivenciado ou mesmo presenciado por diversas situações onde na ausência do profissional de saúde tiveram que se automedicar com o auxílio do *staff* ou de colegas de cela.

> **Interno 04, 23 anos**
> Pesquisador: E você conseguiu atendimento?
> Interno 04: Não.
> Pesquisador: E como resolveu isso?
> Interno 04: Eu pedi remédio para o "faxineiro" da cadeia. Ele tinha lá. Ele sabia qual era o remédio. É dipirona que é para dor na barriga e o sulfato de salbutamol que é para asma.

> **Interno 05, 32 anos**
> Interno 05: [...] Olha o tempo que leva para ir no médico. Às vezes que eu "tava" com febre, dor de cabeça não teve médico. Tive que orar a deus e pedir que ele me curasse dessa dificuldade... Aí por sorte o rapaz me deu um comprimido... O rapaz!
> Pesquisador: O rapaz quem?
> Interno 05: O "frente, mas no outro dia ela (dor de cabeça) voltava, aí um dia ela passou, por ela mesmo, sem medicamento.

A automedicação na unidade penal, imposta pela dificuldade de acesso, reforça o comportamento típico entre a população masculina sobre a ideia de invulnerabilidade diante do adoecimento. Resultando em pouca investigação sobre o seu estado de saúde.

> **Interno 06, 20 anos**
> Pesquisador: [...] Entendi. Me diga, você já passou mal aqui. Me conte como foi, o que você sentiu?
> Interno 6: Dor de cabeça, dor na perna, daí eu pedi para o carteiro para botar meu nome no médico, mas não tinha médico. Daí foi que o agente me deu remédio para dor de cabeça que foi que passou.
> Pesquisador: O agente? Sem ir no...
> Interno 06: Foi, eu tomei o remédio sem passar pelo médico, nem nada.
> Pesquisador: E aí?
> Interno 06: E aí que foi melhorando, melhorando.
> Pesquisador: Você sabe o que você teve?

> Interno 06: É. eu acho que foi doença de cadeia mesmo. Doença que o "zoto" pega na cadeia mesmo.

O Brasil é um dos principais consumidores mundiais de medicamentos, com o mercado de medicamentos alcançando 22,1 bilhões de dólares anualmente. O setor farmacêutico é composto por aproximadamente 480 empresas que trabalham diretamente com a produção, distribuição e venda de medicamentos. O Brasil possui mais de 65 mil farmácias e drogarias, uma proporção de 3,3 farmácias para cada 10 mil habitantes, número três vezes maior que o valor preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual recomenda uma farmácia para cada 10 mil habitantes. (DOMINGUES et al, 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o uso incorreto de fármacos ocorre em todos os países, causando danos às pessoas e desperdiçando recursos. Entre as consequências deste uso indevido estão a resistência antimicrobiana, reações adversas a fármacos, erros de medicação, e desperdício de recursos, uma vez que de 10%-40% dos orçamentos nacionais de saúde são gastos em fármacos e que se estima um gasto de 3,4 milhões de dólares a cada ano devido às reações adversas, muitas vezes geradas pela automedicação. (SILVA et al, 2013).

Domingues et al (2015) destacam que a prática da automedicação é consequência de múltiplos fatores, entre os quais a dificuldade do acesso aos serviços de saúde pela população, a crença nos benefícios do tratamento/prevenção de doenças e a necessidade de aliviar sintomas. Fatores econômicos, políticos e culturais têm contribuído para o crescimento e a difusão da automedicação no mundo. Para Araújo et al (2015) tais fatores se relacionam, dentre outros, a uma grande disponibilidade de produtos, concepção da saúde que o medicamento pode representar, publicidade irresponsável, má qualidade da assistência à saúde e dificuldade de acesso aos serviços de saúde em países mais pobres. Silva et al (2013) ressaltam que o consumo de medicamentos pode ser considerado um indicador indireto de qualidade dos serviços de saúde.

Por outro lado, os dados relativos à prevalência da automedicação no Brasil são escassos, mesmo sendo uma questão de preocupação para as autoridades governamentais. (ARAÚJO et al, 2015).

Esta constatação fica ainda mais preocupante em relação ao contexto carcerário. Durante a realização desta pesquisa foi identificado poucos artigos indexados sobre automedicação no sistema prisional no Brasil e no mundo. Notável contrassenso, uma vez que na realidade prisional é alta a quantidade de pessoas que fazem uso indiscriminado da

medicação. Nesta pesquisa, a maioria (08) dos internos referiu fazer uso de medicação sem avaliação ou prescrição profissional em algum momento ao longo do aprisionamento.

Foi possível identificar apenas uma pesquisa na Hungria que teve como objetivo investigar a automedicação nas instituições penais daquele país. O estudo citado procurou identificar a incidência, motivação e morbidade da autoinjeção de vaselina no pênis entre os internos. Cerca de 4.735 reclusos nas maiores prisões húngaras foram convidados a preencher um questionário relativo à sua vida sexual, se tinham vaselina autoinjetada no pênis, a motivação que os levou a recorrer à autoinjeção de vaselina, quaisquer complicações observadas e o nível de satisfação alcançado. De acordo com o Bajory et al (2013) dos 1.905 participantes, 15,7% admitiram autoinjeção de vaselina. A motivação mais comum para autoinjeção foi uma recomendação de outro preso.

Este vazio científico sobre a automedicação no contexto prisional é altamente preocupante e demonstra um descaso com a saúde prisional no mundo e com o orçamento da atenção farmacêutica no Brasil. O uso indiscriminado da automedicação não é apenas uma constatação da presente pesquisa, mas uma realidade consensual para aqueles que conhecem a rotina de uma instituição penal.

Durante a observação participante foi possível notar que a prática entre os homens privados de liberdade de usar medicamento sem consulta ou prescrição profissional é comum, inclusive não é raro haver tráfico de medicamentos. Alguns internos foram flagrados solicitando reiteradamente consultas com comportamento tipo de simulação para conseguir quantidade maior de medicamentos do que o necessário para sua condição de saúde. Os medicamentos mais solicitados são os psicotrópicos.

Algumas pesquisas (SHELTON et al, 2010; HASSAN et al, 2014; PIKINTON e PINKINTON, 2014) discorrem sobre o uso de psicotrópicos no sistema prisional. Shelton et al (2010) por exemplo, ressaltam que nos Estados Unidos é necessário estratégias para investir em adesão medicamentosa para encarcerados com transtorno mental. Pinkinton e Pinkinton (2014) fizeram um estudo sobre o uso de drogas de prescrição, abuso e diversão no cenário prisional, incluindo questões de sistemas na prescrição, medicamentos de prescrição comumente abusados, motivação e detecção de abuso de drogas de prescrição, e o uso de monitoramento laboratorial. Já Hanssan et al (2014) realizaram o primeiro estudo em uma década para determinar a prevalência e padrões de prescrição de medicação psicotrópica em prisões na Inglaterra. Contudo, nenhuma destas pesquisas investigou a relação entre psicotrópico e a automedicação no sistema prisional.

Entretanto, foi identificado que o comportamento de automedicação específica de medicamentos psicotrópicos pelos internos é intenso. Notadamente comum entre a população em meio aberto (BRASIL, 2011), no cenário prisional parece haver um abuso indiscriminado de medicações psiquiátricas, geralmente os ansiolíticos e antidepressivos, sem avaliação ou indicação profissional. Como relata o **interno 07**:

> **Interno 07, 22 anos**
> Pesquisador: Eu queria entender o que é ficar maluco no seu caso?
> Interno 07: No meu caso é que eu tô ficando maluco mesmo. Vários pensamentos na cabeça. Eu tô sentindo que eu não tô me sentindo bem. É muito pensamento!
> Pesquisador: Pensamento de que?
> Interno: De raiva, de várias coisas, vários pensamentos que na hora o cara não pega visão, mas depois... eu tô falando... tomando aqueles remédio... diazepan, rivotril, gardenal.
> Pesquisador: E quem passa para você?
> Interno 07: Se entra na cadeia para esses caras que (movimento circular com o dedo em direção à cabeça). Quando chega aí eu bebo 3, 4 para dormir logo.
> Pesquisador: Mas ninguém receitou? Nem a psiquiatra?
> Interno: oxe! Por conta própria mesmo.

Foi identificado que a noção de autocuidado relativo à saúde sexual e reprodutiva entre os entrevistados é preocupante. Os participantes apresentam o discurso amplamente difundido sobre necessidade de usar preservativo nas relações sexuais, contudo revelam uma prática pouco preventiva. Relatam que não usam a camisinha em todas as relações, elegendo algumas pessoas, geralmente suas companheiras como pessoa de confiança, mesmo não sabendo a condição sorológica da parceira.

> **Interno 01, 27 anos**
> Pesquisador: E em relação às doenças sexualmente transmissíveis, você sabe quais são?
> Interno 01: Não tenho conhecimento prático, mas já ouvi falar de HIV, Sífilis.
> Pesquisador: E o que você sabe sobre elas?
> Interno 01: Isso ai é porque a pessoa não se cuida.
> Pesquisador: Como assim?
> Interno 01: Tipo assim fica com qualquer tipo de pessoa, fica com um, fica com outro, sem saber. Tipo assim, não é porque você é bonito que vou ficar com você, tem que usar preservativo.
> Pesquisador: E você sempre usa?
> Interno 01: Com as pessoas que eu não conheço, mas com a pessoa que já tem muito convívio aí já é outra coisa, mas tem que ter a confiança de um no outro, com quem não conheço uso camisinha, mas com quem já conheço,

> com convívio de meses aí já é uma confiança, um relacionamento mais fixo, um relacionamento de vocês dois, entendeu? Mas aí sim, aí um cuidando do outro também. Sempre fazendo exame... mas eu não fazia isso (risos)
> Pesquisador: Você sabe a teoria...
> Interno 01: Mas na prática eu não fazia muito assim não.
> Pesquisador: E aqui dentro?
> Interno 01: Tive desprotegido, mas era com minha namorada.

Outro interno demostra compartilhar da mesma lógica sobre a importância do uso de preservativo, contudo ressalta a necessidade do uso mais como um método contraceptivo do que como prevenção de IST.

> **Interno 02, 37 anos**
> Pesquisador: Você sabe o que são doenças sexualmente transmissíveis?
> Interno 02: Pega fazendo sexo sem isso aqui ó (mostra um preservativo).
> Pesquisador: Você usa?
> Interno 02: Uso só mesmo mais quando não quero ter filho.

Este achado mostra-se condizente com outras pesquisas como a de Acosta et al (2003). Os autores identificaram que no que se refere ao uso de preservativo que existem marcantes diferenças entre uso de preservativo com "parceiras estáveis" e seu uso com "parceiras eventuais". O uso de preservativo, na última relação sexual foi de 31,9% para os homens sexualmente ativos com uma parceira estável, em relação a todas as faixas etárias. Em relação aos homens sexualmente ativos, com uma parceira eventual, o índice chega a 67%.

Sabe-se que hoje em dia a maior parte das infecções sexualmente transmissíveis (IST) são curáveis ou tratáveis, no entanto, o quadro sanitário ainda é preocupante, de acordo com Marques Junior, Gomes e Nascimento (2012) ao dia, cerca de um milhão de pessoas no mundo adquirem alguma dessas doenças. Mesmo considerando as limitações do sistema de notificação, como a subnotificação de casos e inclusão de apenas algumas IST, restringindo a determinação da magnitude do problema, a Organização das Nações Unidas estimou que no Brasil a cada ano o número de infecções de transmissão sexual na população sexualmente ativa, corresponderia a 12 milhões de casos.

Nesse contexto, comparativamente às mulheres, pode-se dizer que os homens têm menos chances de acessarem os serviços de saúde; elas, ao menos por ocasião do acompanhamento do pré-natal, realizam exames que cobrem as principais IST. (MARQUES JUNIOR, GOMES e NASCIMENTO, 2012).

Estudar o acesso dos homens ao diagnóstico e tratamento de IST sob a perspectiva da vulnerabilidade implica não apenas ater-se à sua dimensão programática, como a oferta, organização e qualidade dos serviços, mas, também incorporar à atenção aspectos individuais como valores, crenças, atitudes envolvidas, bem como as normas sociais e culturais com as quais interagem. Nesse sentido, a construção da demanda dos homens, frente à suspeita de IST, pode associar-se ao imaginário acerca dessas doenças, motivando-o, ou não, a procurarem um serviço de saúde, atentando-se para as distinções simbólicas, entre elas: enquanto a AIDS tem sido associada à homossexualidade, a sífilis por exemplo, pode ser um sinal de virilidade para os homens (CARRARA, 1994).

Ainda fica claro que os participantes desconhecem as infecções sexualmente transmissíveis, ao que se refere aos sintomas, formas de contaminação e tratamento. Ainda revela certo descaso sobre o assunto, a despeito do crescimento das epidemias de HIV e sífilis no Brasil.

> **Interno 04, 23 anos**
> Pesquisador: Mas você sabe quais são as DST, como pega, sintomas e tratamento?
> Interno 4: Eu não sei não, mas sei que é a camisinha que protege de tudo! Tudo tem que ter camisinha. Tem que ser a camisinha.

> **Interno 06, 20 anos**
> Pesquisador: E as doenças que você já viu aqui na prisão?
> Interno 06: Hum... AIDS, sífilis.
> Pesquisador: E como é que você sabe? Não é sigiloso?
> Interno 06: Né nada, um colega fala “pro” outro que já é para os caras não encostar.
> Pesquisador: E você sabe como pega essas doenças?
> Interno 06: Através do sangue.
> Pesquisador: Através do sangue, não tem outras formas de pegar?
> Interno 06: Mas é mais pelo sangue né, vei? A gente não sabe a maldade que tá no coração do outro, vai que o cara se corta e coloca no copo do suco do outro.

Ainda fica notório que existe uma noção equivocada sobre uma possível população de risco, uma vez que alguns participantes referem que alguns internos homossexuais teriam AIDS ou quando relatam que quando fazem sexo com homens usam impreterivelmente o preservativo, mas com mulheres relativizam o uso.

> **Interno 01, 27 anos**
> Pesquisador: Sua namorada que vinha te visitar, com ela você não usou?

> Interno 01: Não, aqui dentro só transei com ela. Com outras pessoas aqui dentro não bateu vontade não, mas lá fora quando é com homens eu uso camisinha sempre.
> Pesquisador: E sobre aquelas doenças você sabe quais são os sintomas?
> Interno 01: Não, não procurei saber e não sei.

> **Interno 04, 23 anos**
> Interno 04: O sexo pode ate rolar... tem uns caras que come os "veados" aí...pode até rolar, não sei! [...] eu escutei falar que um "veado" branquinho "tá" com AIDS, isso que eu escutei falar, não sei se é verdade.

> **Interno 07, 22 anos**
> Interno 07: Tem, né? Tem uns caras que comem os "veado aí, tem um até que tá com essas doenças aí, acho q é AIDS... acho que acontece sim... quem não tem visita vai nessas coisas aí... eu vejo, como é que não ver.

Estes discursos destacam a realidade de uma população considerada atualmente como integrantes de uma população-chave para o risco de contrair IST/HIV, os homens que fazem sexo com outros homens, sem, no entanto, se identificarem como homossexuais, dentre estes estão os homens em situação de privação de liberdade, que na ausência de alguém do sexo oposto concebem uma relação sexual homossexual. A relevância desta prática está na ausência de uso regular do preservativo, aumentando o risco de contaminação por alguma IST e ainda da violência, uma vez que o sexo ocorre muitas vezes por coação e/ou ameaça.

Costa (2010) diz que a população de "gays e outros Homens que fazem sexo com Homens (HSH)" remete a uma diferença entre homens que fazem sexo com homens que não necessariamente se identificam com a identidade homossexual, então não estariam incluídos na categoria de gays. E como é considerada uma população prioritária, então se faz necessárias ações específicas com esse segmento.

Costa (2010) salienta que neste contexto a categoria HSH é uma construção que prioriza a prática, no lugar da discussão sobre identidade. As primeiras instituições americanas começaram a usar o termo a partir do ano 2000 nos Estados Unidos da América. Nos anos 1990, militantes e profissionais de saúde preocupados/as com o grande impacto das IST na população homossexual, criaram o termo HSH como alternativa para homens que não se identificavam como "gays" ou "bissexuais".

Gomes (2003) ressalta que na tentativa de compreender as masculinidades é importante reconhecer que os homens estão longe de ser um grupo ou uma classe homogênea, e isso que faz deles um grupo social, uma classe não é suficiente para dar conta das relações

entre eles, os homens seriam uma classe não homogênea e é exatamente isso que possibilita a experiência HSH.

Gomes (2003) percebe que as relações sociais e eróticas homem/homem são estruturadas conforme a imagem hierarquizada das relações homem/mulher. Nesse contexto, na prisão, o abuso apresenta-se como operador hierárquico, que ao mesmo tempo sustenta e gera a divisão homofóbica entre homens, e sobretudo entre os chefões, cuja virilidade é irrefutável, e outros detentos estigmatizados como "sub-homens", entre eles os homossexuais e todos os que apresentam sinais de fraqueza ou que são vistos como "efeminados" e consideráveis passiveis de abuso (os jovens, os fracos, os drogados, as travestis etc.).

Outro dado relevante se refere à saúde reprodutiva, pois a maioria (07) dos entrevistados afirmaram serem pais, mas todos reproduziam a noção do homem distante do papel protagonista do processo reprodutivo, incluído a escolha pela concepção, participação do pré-natal, na criação dos filhos e da condução do seu autocuidado com a saúde.

Interno 02, 37 anos
Pesquisador: Você disse que planejou todos os filhos, foi isso mesmo? Qual o papel do homem no planejamento familiar, em sua opinião?
Interno 02: Trabalhar, levar o dinheiro para os seus filhos.
Pesquisador: Pode fazer mais alguma coisa?
Interno 02: Pode dar amor e carinho para os seus filhos.
Pesquisador: Ele pode escolher ter ou não ter mais filhos?
Interno 02: Não querendo... usando camisinha.
Pesquisador: E o pré-natal?
Interno 02: Também, ela tá lá fazendo o pré-natal e ele vai lá acompanhando.

Interno 03, 23 anos
Interno 03: É. Um parceiro, a mulher dele "tava" grávida e descobriu que "tava" com sífilis... aí fez o exame e ela pediu autorização... aí o médico veio e deu três benzetacil nele.

Interno 06, 23 anos
Pesquisador: Você falou que tem um filho, ele tem o quê, 02 anos? Como é que foi ? Você planejou?
Interno 06: Foi planejado não, também foi sem querer
Pesquisador: Como é que foi isso?
Interno 06: Foi.
Pesquisador: E no pré-natal como foi? Você participou?
Interno 06: Participei, ia lá ver meu filho, nas consultas, eu levava a mãe dele.
Pesquisador: E qual o papel do homem na gravidez?
Interno 06: Cuidar da mulher e do filho.
Pesquisador: E dele?

Interno 06: Também.
Pesquisador: Como?
Interno 06: Cuidando.

Interno 07, 22 anos
Pesquisador: Pretende ter filho? qual o papel do homem na hora de ter filho?
Interno 07: Eu quero ter, mas não sei não, ainda não tive.

Especificamente relacionado à população masculina, percebe-se que a vivência de um número significativo de homens brasileiros é marcada por uma constante vigilância e questionamento sobre o que de fato representa ser um "homem de verdade" e como este deveria se comportar para tal. Nesse cenário, a necessidade de negação de qualquer aspecto que possa ser interpretado como 'feminino' é algo estritamente ligado às experiências masculinas, o que os afasta, por exemplo, do afeto e cuidado com os/as seus filhos/as e também do cuidado com a própria saúde. (MIRANDA e GRANATO, 2016).

Com base neste estereótipo que permeia ainda o imaginário simbólico e concreto de muitos homens podemos compreender não apenas o distanciamento deles em relação à paternidade, como também a exposição a diversas situações de riscos desnecessários à saúde, que têm colaborado decisivamente para que, no Brasil, eles vivam em média sete anos menos do que as mulheres. Dentro dessa mesma lógica, sabemos que um número significativo de homens não se envolve com a gestação de suas parceiras e que outros não chegam a desenvolver qualquer vínculo com seus filhos e filhas, ainda mais quando não estão em um relacionamento afetivo com a mãe. No entanto, para outros homens, o período da gestação pode suscitar as mais diversas emoções e até mesmo os sintomas físicos. Assim como as mulheres, é muito comum que os futuros pais engordem, sofram enjoos, tenham desejos, crises de choro, dentre outros sintomas. (BRASIL, 2016).

Chama a atenção o papel do pré-natal inserindo o parceiro de alguma forma nas vidas de alguns destes entrevistados, funcionando assim como estratégia de aproximação do homem com sua saúde sexual e realizando prevenção para ISTs.

Interno 01, 27 anos
Pesquisador: Você nunca se preocupou [...] se você tem alguma doença sexualmente transmissível?
Interno 01: Não. Quando eu tive minha filha agora, essa de 2013, foi em 2013, fiz os exames e eu não tinha nada. E agora fui preso ai fiz os exames ai na frente.
Pesquisador: quando você foi preso.

> Interno 01: É, por mim mesmo, na rua não fazia não...
> Pesquisador: E quando você teve sua filha você fez também...
> Interno 01: É... me orientaram que era para fazer... que era para se relacionar mais com minha ex-mulher, ai tive que fazer, a mulher (profissional de saúde) ficou mandando eu fazer esses exames aí eu fui e fiz que ela me pediu.

> **Interno 02, 37 anos**
> Interno 02: Eu me cuidava bem, mas esse negócio aí de tomar DE (tipo de anabolizante) para querer crescer os braços, para ficar forte, aí eu usei a mesma seringa que o cara usou lá, outra pessoa, aí eu acho q foi através disso que essa porcaria passou para mim. Aí a menina que "tava" comigo, a mãe do meu filho que na gravidez descobriu nela. Aí a médica disse "comigo" que "se ela tem você pode se cuidar que você tem também". Aí depois de uns 6 meses que o menino nasceu eu caí doente. Com tumor no cérebro ai tive que me internar.

A PNAISH aposta na perspectiva da inclusão do tema da paternidade e cuidado por meio do Pré-Natal do Parceiro, nos debates e nas ações voltadas para o planejamento reprodutivo como uma estratégia essencial para qualificar a atenção à gestação, ao parto e ao nascimento, estreitando a relação entre trabalhadores de saúde, comunidade e, sobretudo, aprimorando os vínculos afetivos familiares dos usuários e das usuárias nos serviços ofertados. Além desse importante efeito, estas ações têm grande potencial para auxiliar em um dos principais objetivos da política: ampliar o acesso e o acolhimento dos homens aos serviços e programas de saúde e qualificar as práticas de cuidado com sua saúde de maneira geral no âmbito do SUS. (BRASIL, 2016).

Contudo, ainda nota-se um discurso distante do pertencimento do homem no pré-natal enquanto protagonista. A visão do **interno 03** ilustra essa afirmativa quando este situa o lugar do pai apenas como um acompanhante.

> **Interno 03, 23 anos**
> Pesquisador: Me diga, qual o papel do homem, o seu papel nesse momento de ter filho?
> Interno 03: É importante.
> Pesquisador: Você acha que ele tem q fazer exames também?
> Interno 03: Eu não acho que ele tem q fazer exames, não. Ele é tem que acompanhar ela, né?

De acordo com Brasil (2016) ainda é possível encontrar obstáculos e resistências, naturais a qualquer processo que envolva mudança de paradigmas e novos modos de trabalho por parte de alguns gestores/as, trabalhadores/as de saúde e uma parcela significativa da

população masculina e feminina no que se refere ao engajamento dos homens no pré-natal do parceiro. Isso é compreensível, pois seguindo valores passados por uma cultura e uma sociedade patriarcal, ainda predominantemente machista, esta mentalidade defende a manutenção de papéis rígidos de gênero para mulheres e homens.

Muitas vezes, isso inclui a percepção de que a gestação e o cuidado de filhos/as dizem respeito exclusivamente às mulheres. Especificamente relacionado à população masculina, percebemos que a vivência de um número significativo de homens brasileiros é marcada por uma constante vigilância e questionamento sobre o que de fato representa ser um "homem de verdade" e como este deveria se comportar para tal. Nesse cenário, a necessidade de negação de qualquer aspecto que possa ser interpretado como 'feminino' é algo estritamente ligado às experiências masculinas, o que os afasta, por exemplo, do afeto e cuidado com os/as seus filhos/as e também do cuidado com a própria saúde. (BRASIL, 2016).

6.5 IMPACTO DO ENCARCERAMENTO NA SAÚDE

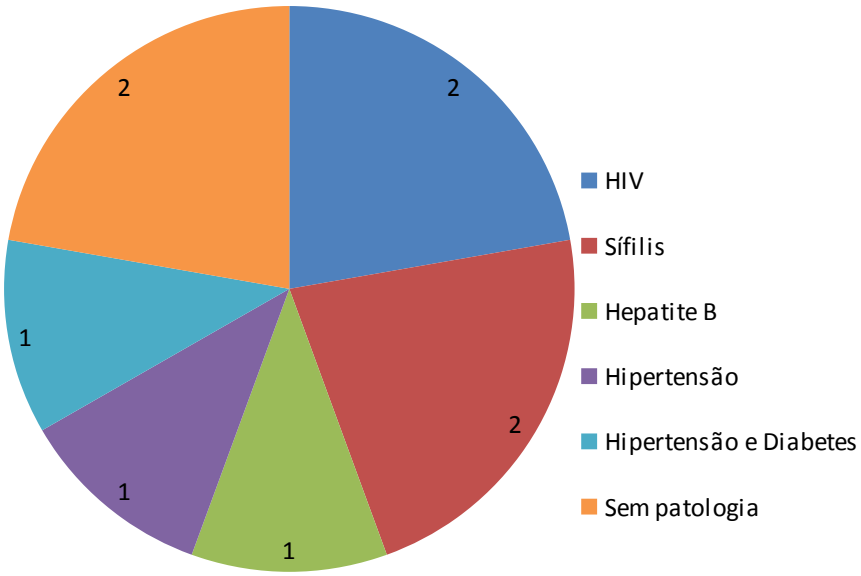
A percepção dos participantes sobre o impacto do encarceramento na saúde pode ser ilustrada pela fala do **interno 03 (23 anos)**, quando indagado sobre as vulnerabilidades dos homens privados de liberdade, ele diz: *"*Rapaz, é "mijo" de rato, comida ruim, não ter médico, não ter carro para levar no médico, como não tem aqui. O lugar é sujo". Em duas frases curtas e simples ele acaba por destacar aspectos importantes da saúde nas prisões, estrutura sanitária precária, presença de vetores de doenças, acesso à saúde debilitada, alimentação insatisfatória. Nos relatos dos demais entrevistados ainda foi possível identificar a noção de superlotação dificultando o cuidado, o adoecimento psíquico proporcionado pelo encarceramento, abuso de drogas e violência (que será tratada em um capítulo específico).

Com o objetivo de melhor caracterizar o impacto do encarceramento na saúde pelo viés dos próprios homens privados de liberdade entrevistados foi realizada uma divisão analítica em 06 aspectos. Foram descritos tópicos como as doenças prevalentes no sistema prisional; saúde mental no sistema prisional; uso de substâncias psicoativas no sistema prisional; determinantes de saúde no sistema prisional; oferta de cuidado no sistema prisional.

6.5.1 Doenças Prevalentes

Chama a atenção os dados extraídos dos prontuários sobre os agravos encontrados entre os participantes da pesquisa, uma vez que o número de entrevistados foi reduzido e a escolha por estes foi aleatória. No gráfico 01 abaixo podemos identificar homens com diagnóstico de HIV, Sífilis, Hepatite B, Hipertensão, dentre outras. Tais patologias são consideradas prevalentes na população masculina (REBELLO, GOMES e SOUZA, 2010; BRASIL, 2009), contudo são ainda mais alarmantes na população privada de liberdade, principalmente as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (MICHEL, 2016; UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME , 2012; BRASIL, 2014)

Figura 02: Patologias



Da mesma forma, foi evidenciado que os participantes têm noção deste quadro epidemiológico. As doenças mais citadas pelos participantes como prevalentes na unidade estudada foram o HIV/ AIDS e a tuberculose, as mesmas encontradas nas unidades prisionais em todo o país.

Interno 03, 23 anos
Pesquisador: Quais são as doenças que você vê aqui dentro?
Interno 03: Várias. AIDS.

Interno 04, 23 anos
Pesquisador: E as doenças que você percebe aí dentro quais são?
Interno 04: Aquela de tosse.
Pesquisador: Tuberculose?

Interno 04: Tem um *brother* que tem essa tuberculose que tira sozinho.

Interno 08, 50 anos
Interno 08: Doença mais frequente é tuberculose e ainda lá tinha um rapaz malhado que tinha AIDS.

A *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC) (2012) já havia declarado que globalmente, a prevalência de HIV, infecções sexualmente transmissíveis, hepatite B e C e tuberculose nas populações penitenciárias é de 2 a 10 vezes maior e, em alguns casos pode ser até 50 vezes maior do que na população geral.

De acordo os dados do INFOPEN (2014) no último levantamento sobre a situação de saúde nas unidades prisionais do Brasil, foram identificadas 2.864 pessoas portadoras do vírus HIV. Esse total representa 1,21% do total de presos nas unidades que informaram o dado[8], o que equivale a uma taxa de incidência de 1215,5 pessoas soropositivas para cada cem mil presos, proporção sessenta vezes maior que a taxa da população brasileira total, de 20,476. Da mesma forma, a taxa de pessoas presas com tuberculose é de 940,9, ao passo que na população total é de 24,4.

A UNODC (2012) salientou que todos os anos mais de 30 milhões de homens permanecem custodiados em estabelecimentos prisionais, dos quais mais de um terço estão em situação de provisoriedade, sendo que praticamente todos retornarão às suas comunidades, a maioria dentro de alguns meses a um ano. Desta forma, os riscos afetam os próprios prisioneiros, mas também os que trabalham nas prisões (DIUANA et al, 2008), suas famílias e toda a comunidade (MINAYO e RIBEIRO, 2016;) Por estas razões, é essencial fornecer intervenções contra o HIV (e as outras IST) nessas configurações.

A UNODC produziu em 2012 uma lista com 15 orientações relevantes de como intervir diante da epidemia de HIV no sistema prisional. 1 - Informação, educação e comunicação; 2 - Programas de distribuição de preservativos; 3 - Prevenção de violência sexual; 4 - Tratamento de dependência de drogas, incluindo terapia de substituição de opióides; 5 - Programas de agulhas e seringas; 6 - Prevenção de transmissão através de serviços médicos ou dentários; 7 - Prevenção de transmissão através de tatuagem, Piercing e outras formas de penetração da pele; 8 - Profilaxia pós-exposição; 9 - Testagem e aconselhamento sobre o HIV; 10 - Tratamento, cuidados e apoio ao interno com HIV; 11 -

[8] De acordo com o relatório do INFOPEN (2014), o estado de São Paulo não respondeu o levantamento analisado.

Prevenção, diagnóstico e tratamento da tuberculose; 12 - Prevenção da transmissão do HIV de mãe para filho; 13 - Prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis; 14 - Vacinação, diagnóstico e tratamento da hepatite viral; 15 - Proteção do pessoal contra riscos ocupacionais.

Destas orientações listadas é importante destacar que existe uma prática na unidade estudada de realizar a testagem rápida e o aconselhamento para HIV, hepatites virais e para sífilis. Contudo, de acordo com os relatos dos entrevistados, identifica-se que ainda existe uma baixa qualidade nos aspectos da informação e distribuição de preservativos.

> **Interno 03, 23 anos**
> Interno 03: […] Sexo sem camisinha tem, a maioria das pessoas engravida a mulher é aqui dentro.
> Pesquisador: Mas aqui distribui camisinha?
> Interno 03: Distribui, mas não é sempre, às vezes fica 03, 05 meses sem dar.
> Pesquisador: E ai ?
> Interno 03: A pessoa faz assim mesmo, vai ficar sem fazer, é?

Da mesma forma, fica evidente o alto grau de vulnerabilidade às epidemias que assolam o território onde a unidade está situada. Como doenças prevalentes na instituição pesquisada, ao lado de doenças como tuberculose e HIV, que são doenças incidentes no contexto prisional no Brasil e no mundo, notou-se a presença avassaladora da sífilis e da caxumba.

> **Interno 01, 27 anos**
> [...] papeira, "tá" tendo mil mundo de gente com papeira aqui.

> **Interno 03, 23 anos**
> [...] A sífilis é que "tá" empesteando [...] eu sou "linha de frente" daí, aí eu sei de tudo que acontece, e aí eu sei que tem um monte de gente que "tá" com sífilis, eles mesmos que chegam para mim e fala, faz exame, aí chega e toma benzetacil.
> **Interno 04, 23 anos**
> Interno 04: E aquela que incha aqui... (aponta para o pescoço).
> Pesquisador: Papeira?
> Interno 04: Isso.

A papeira ou caxumba é uma doença viral aguda, caracterizada por febre e aumento de volume de uma ou mais glândulas salivares, geralmente a parótida e, às vezes, glândulas sublinguais ou submandibulares. Em homens adultos, ocorre orquiepididimite em

aproximadamente 20% a 30% dos casos. Aproximadamente 1/3 das infecções pode não apresentar aumento clinicamente aparente dessas glândulas. Com frequência o Sistema Nervoso Central (SNC) pode estar acometido sob a forma de meningite asséptica, quase sempre sem sequelas. Mas raramente, pode ocorrer encefalite. (BRASIL, 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde a parotidite infecciosa costuma se apresentar sob a forma de surtos que acometem mais as crianças. Estima-se que na ausência de imunização, 85% dos adultos poderão ter a doença, sendo que 1/3 dos infectados não apresentarão sintomas. A doença é mais severa em adultos. As estações com maior ocorrência de casos são o inverno e a primavera. Como no Brasil a caxumba não é uma doença de notificação compulsória, em situação de surto é necessário verificar a necessidade de atualização vacinal. (BRASIL, 2014). Durante o período estudado não foi verificado a intervenção da SEAP, SESAB ou SMS no sentido de realizar o bloqueio vacinal especifico para a papeira.

Já a sífilis é uma infecção de caráter sistêmico, causada pelo *Treponema pallidum (T. pallidum)*, exclusiva do ser humano e que quando não tratada precocemente pode evoluir para uma enfermidade crônica com sequelas irreversíveis em longo prazo. É transmitida predominantemente por via sexual e vertical. Durante a evolução natural da doença, ocorrem períodos de atividade com características clínicas, imunológicas e histopatológicas distintas, intercalados por períodos de latência, durante os quais não se observa a presença de sinais ou sintomas. (BRASIL, 2016).

A sífilis é um importante agravo em saúde pública, pois além de ser infectocontagiosa e de poder acometer o organismo de maneira severa quando não tratada, aumenta significativamente o risco de se contrair a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, uma vez que a entrada do vírus é facilitada pela presença das lesões sifilíticas. (BRASI, 2016). A presença do *T. pallidum* no organismo também acelera a evolução da infecção pelo HIV (AVELLEIRA e BOTTINO, 2006).

Um dos internos revelou na entrevista que seu resultado no teste rápido para Hepatite foi reagente, mas informou que não foi esclarecido qual o tipo se B ou C, nem se o exame de confirmação foi positivo. Segundo este interno, não foi realizada uma explanação mais detalhada sobre a doença, seus sintomas e/ou tratamento, encontrando-se até aquele momento ansioso e em atividade sexual desprotegida com sua companheira. Foi evidenciado pela análise dos prontuários, entretanto, que o mesmo adquiriu Hepatite B, mas não havia relato de acompanhamento do caso.

Causada pelo vírus B (HBV), a hepatite do tipo B é uma doença infecciosa também chamada de soro-homóloga. Como o exame VHB está presente no sangue, no esperma e no leite materno, a hepatite B é considerada uma doença sexualmente transmissível. Entre as causas de transmissão estão por relações sexuais sem preservativo com uma pessoa infectada, da mãe infectada para o filho durante a gestação, o parto ou a amamentação, ao compartilhar material para uso de drogas (seringas, agulhas, cachimbos), de higiene pessoal (lâminas de barbear e depilar, escovas de dente, alicates de unha ou outros objetos que furam ou cortam) ou de confecção de tatuagem e colocação de *piercings*, por transfusão de sangue contaminado. (BRASIL, 2015).

Em um estado sobre a prevalência de Hepatite B entre os presidiários da unidade prisional na cidade de Ribeirão Preto – SP (COELHO et al, 2009) identificou que a distribuição dos positivos ao HBV apresentou tendência crescente de acordo com a idade, atingindo valores mais elevados nos sentenciados acima de 30 anos. Os autores destacaram ainda a forte associação estatística entre resultado positivo ao HBV e o uso de drogas injetáveis e compartilhamento de agulhas, apesar da baixa frequência de tais práticas na população estudada. Já no estudo de Silva (2017) no Piauí comprovou-se que existem fatores estatisticamente associados à prevalência de positividade da Hepatite B na população prisional, relacionados a não gostar de utilizar preservativo nas relações sexuais e não saber como prevenir IST. Tais comportamentos estão presentes na população masculina reclusa e na população masculina geral no Brasil. (BRASIL, 2009)

De toda forma, corrobora-se o que os diversos estudos já salientam, a população prisional é considerada como de alto risco para diferentes infecções, tais como tuberculose, síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), Hepatite B e Infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) em geral. (BRASIL, 2004; BRASIL, 2014). Para Lermen et al (2015) é a chamada marginalização social, dependência de drogas ilícitas, baixo nível socioeconômico e precárias condições do sistema de saúde que são fatores que facilitam a elevada disseminação dessas doenças entre homens privados de liberdade.

6.5.2 Saúde Mental no Sistema Prisional

A condição de saúde mental dos participantes chama a atenção. Muitos relatam sentir alteração de seu estado emocional e da saúde psíquica. Queixam-se principalmente de

sintomas típicos de ansiedade e depressão. Pelos relatos entende-se que a ociosidade e a rotina acabam por suscitar pensamentos negativos e perturbadores.

> **Interno 01, 27 anos**
> [...] só pensando em coisa para ir para... embora daqui, tudo... aí só dá perturbação na cabeça da pessoa [...] (fica) mais ansioso, mais nervoso, mais irritado, qualquer coisa, fica mais calado, não fala com ninguém, mal-humorado [...] todos os dias (choro), na verdade, todos os dias é uma "incomodação", uma irritação. Em cadeia ninguém nunca fica em paz [...]

> **Interno 06, 22 anos**
> Interno 06: Outra coisa, a mente, a mente do cara fica toda malucada, o cara fica pensando um bocado de coisa. Às vezes o cara para assim e fica pensando um bocado de coisa: "Ah se eu tivesse na rua faria fazendo isso, fazendo aquilo, se tivesse dinheiro."

A insônia e a busca por medicação psicotrópica também é prevalente e notadas nas declarações dos participantes. A maioria dos entrevistados disse já ter tido pelo menos um episódio de insônia associado ao fato de está preso. Para lidar com esta situação acabam por usar medicamentos que incitam o sono ou abusando de substâncias psicoativas ilegais.

> **Interno 05, 32 anos**
> Interno 05: Eu queria falar também é desse remédio aqui ó, eu "tava" tomando era dois desse, eu uso é para ansiedade, falei até com a psicóloga e com a assistente social, mas a psicóloga tá achando que eu tô me drogando. Não é não, eu uso pra dormir, mas tá fraco, eu quero um mais forte, de 200ml. Para mim esse aqui não dá, eu tomo e não sinto nada. Não sinto sono, vou dormir tarde. Tem vez que eu vejo o dia raiar, tá fraco, quero que passe um remédio forte para mim. O outro médico lá de Lauro de Freitas me passou foi dois. [...]

Os relatos dão pistas de que o estado de ansiedade prolongado, distanciamento da família e a própria relação com o crime podem gerar um quadro de transtorno mental preocupante que pode repercutir em um prognóstico negativo.

> **Interno 07, 20 anos**
> Interno 07: Afeta a cabeça da pessoa, eu tô ficando maluco, todo mundo fala. O cara fica neurótico, o cara não vê direito a família, não vê o que tá se passando lá fora, ficando maluco, falando só, eu mesmo tô ficando maluco, todo mundo sabe. [...] no meu caso é que eu tô ficando maluco mesmo, vários pensamentos na cabeça. Eu tô sentindo que eu não tô me sentindo bem. É muito pensamento [...]

> **Interno 06, 22 anos**
> Interno 06: [...] porque às vezes a pessoa já vai ficando com a cabeça... assim... quando a pessoa começa a matar, a pessoa não fica mais certa, fica vendo coisa na frente dela, escuta vozes. Fica maluco. Ai pronto! Ainda mais

> dentro do presídio... se o cara não tirar a cadeia, deixar a cadeia tirar ele... eu já tirei cadeia 1 ano e 2 meses e agora mais de 1 ano... eu não consigo dormir [...]

De acordo com Birmingham (2003), problemas de saúde mental são a causa mais significativa de morbidade nas prisões. O autor afirma que mais de 90% dos prisioneiros têm algum transtorno mental. Coelho (2012) informa que o ambiente prisional, as regras e o regime de gerenciamento das prisões (legais e/ou ilegais) são prejudiciais à saúde mental e que para agravar a situação os presos têm recebido uma pobre assistência neste aspecto.

No ambiente prisional, as alterações de comportamento são mais vistas como problemas disciplinares do que como necessidades de saúde. (DACORSO e DACORSO 2012). Tal constatação se mostra relevante para este trabalho, uma vez que apenas dois internos relataram ter buscado atendimento psicológico ou psiquiátrico, inclusive os **internos 06 e 07** que demonstraram sintomas egodistônicos preocupantes não evidenciaram busca por ajuda profissional, apenas por medicamentos.

A presença de transtornos mentais no ambiente prisional pode estar associada ao aumento da população carcerária sem a correspondente adequação das condições físicas e de pessoal do cárcere. Fatores como as precárias condições de higiene, ventilação e acomodação das celas; a superlotação; o sofrimento oriundo da perda da liberdade, da separação de familiares e amigos, da interrupção dos projetos de vida e do estigma de criminoso; a falta de uma assistência regular de saúde e a disseminação de doenças neste ambiente revelam as condições precipitadoras de agravos psíquicos. (COELHO, 2012; FREIRE, PONDÈ e MENDONÇA, 2012; DARCOSO e DARCOSO, 2012).

A definição de saúde mental de Coelho (2012) *apud* Silva (2004) como o estado de equilíbrio psíquico originado pela relação entre elementos individuais e ambientais através de um pleno exercício das capacidades mentais e de uma interação saudável com o ambiente corrobora a ideia, segundo a qual um ambiente prisional é perturbador da saúde mental. A não adaptação às normas legais que disciplinam o cotidiano prisional e aos códigos e regras de convivência da cultura institucional, por outro lado, também pode colaborar para o surgimento de um transtorno mental. (FREIRE, PONDÈ e MENDONÇA, 2012).

6.5.3. Uso de Substâncias Psicoativas no Sistema Prisional

Nota-se também que os participantes reconhecem que há a repercussão do uso abusivo de substâncias psicoativas na condição de saúde das pessoas em situação de privação de liberdade. De acordo com os participantes a relação com as drogas ilícitas são causadoras de uma diversidade de problemas para os reclusos, geralmente relacionadas com violência e dependência química.

> **Interno 02, 37 anos**
> Pesquisador: Entendi. O que você acha que deixa a saúde das pessoas presas mais vulnerável?
> Interno 02: Rapaz, a droga. Eu não uso, mas tem um bocado aí que usa, aí fica tudo perturbado quando não tem. Aí quer bater nos outros que não tem nada a ver, ai começa o bafafá.
> Pesquisador: Além de bater nos outros, tem mais algum problema com eles?
> Interno 02: Eles "tão" sempre vindo aqui, vai no psicólogo, toma remédio para dormir, essas coisas.

> **Interno 07, 20 anos**
> Interno 07: Acho que atrapalhou minha saúde porque eu comecei a usar droga, fumar cigarro, que prejudica a saúde.
> Pesquisador: Qual o sentido da droga na sua vida?
> Interno 07: Rapaz, para comer eu tenho fumar, para dormir eu tenho fumar, qualquer coisa que eu tenho que fumar. Se eu não fumar eu fico na onda na cadeia.

O uso, o abuso e a dependência de substâncias psicoativas (SPAs) incidem fortemente sobre a população prisional. O consumo de SPAs ilícitas pode se iniciar antes do encarceramento e estar diretamente ligado à conduta delitiva. Segundo o Plano Nacional de Política Criminal e Penitenciária (Brasil, 2011), o aprisionamento no país está fortemente vinculado à dependência química, apontando que os crimes mais comuns (furtos, roubos e tráfico de drogas) são frequentemente cometidos para prover o consumo pessoal de drogas.

O consumo de drogas está associado a diversas formas de vulnerabilidade. Dentre os jovens de baixa renda existem duas razões primordiais para a iniciação ao consumo de substâncias psicoativas. A primeira razão é que para esta população o uso de drogas está associado a sentimentos de proteção, de pertença, de força e de poder dentro de suas comunidades. A segunda razão diz respeito à proximidade das residências destes jovens, comumente situadas em comunidades pobres, com o narcotráfico. (LERMEN, DARTARA e CAPRA-RAMOS, 2014).

De acordo com Wacquant (2008), desde o início do século XIX o consumo de drogas passou a ser visto como algo perigoso e vinculado a determinados grupos sociais. Dessa forma, alguns modos de viver passaram a ser criminalizados, resultando em uma imposição de valores econômicos e morais neoliberais e o consequente controle de populações socialmente vulneráveis.

A realidade retratada por Wacquant (2008) diz respeito ao contexto norte-americano, mas pode ser facilmente transposta para uma análise do cenário brasileiro. Quando analisamos o perfil dos indivíduos encarcerados no Brasil chega-se à conclusão de que estes, em sua maioria, são oriundos de contextos marcados por profundas vulnerabilidades. Ao chegar ao cárcere, estes sujeitos terão de lidar com novos tipos de problemáticas.

Apesar dos esforços da equipe de segurança nas revistas e no controle dos muros das prisões, as drogas são encontradas no cárcere. Neste contexto, as substâncias psicoativas constituem um dispositivo que ameniza as tensões próprias desta instituição. (LERMEN, DARTARA e CAPRA-RAMOS, 2014). Já de acordo com Nicolau (2012) a visita íntima, assim como a droga funcionam para acalmar os ânimos e fazer funcionar a prisão. Portanto, o uso de drogas na prisão é compreendido a partir de duas perspectivas distintas e contraditórias: se por um lado ele é condenado e controlado, por outro parece haver um certo acordo tácito sobre os seus benefícios neste contexto.

Em uma pesquisa realizada em Porto Alegre constatou-se a existência de uma forte correlação entre o uso de drogas, reincidência criminal e tipo de crime, no caso roubo e com a agressividade. Foi concluído, na pesquisa, que a população carcerária masculina estudada apresentou um índice elevado de uso abusivo de drogas, sendo o álcool a droga mais utilizada. O índice de reincidência foi elevado, concordando com a média nacional e os presos estavam respondendo processo por roubo e homicídio. Entre os aspectos emocionais, os apenados apresentaram alta frequência de episódio depressivo maior. (TAVARES et al, 2012).

Ao longo dos anos tem sido tensionado discussões acerca da legislação brasileira referente ao consumo de drogas no Brasil para que as drogas deixem de ser apresentadas como uma ameaça à sociedade e passem a ser reconhecidas como um problema social e de saúde pública (PASSOS e SOUZA, 2011). A literatura aponta que existem grupos socialmente mais vulneráveis ao consumo de drogas, confirmando o abuso de SPAS, como um problema social, necessitando de ações que preconizem a cessação, diminuição ou prevenção dos fatores que originam este problema. (MICHEL, 2016).

A Redução de Danos (RD) é uma estratégia de ação frente ao abuso de drogas que reconhece os fatores de vulnerabilidade, aos quais os indivíduos estão expostos e compreende o sujeito usuário de drogas como alguém que sofre múltiplas influências do seu entorno. Neste sentido, o uso de drogas se constitui como uma prática que só pode ser significada dentro do contexto mais amplo de existência dos indivíduos. Portanto, a RD surge como estratégia privilegiada ao tratar da questão do uso de drogas pela população carcerária, especialmente ao enfatizar as múltiplas vulnerabilidades às quais estas pessoas estão expostas. (MICHEL, 2016; PASSOS e SOUZA, 2011).

6.5.4 Determinantes de Saúde no Sistema Prisional

Buss e Pellegrini Filho (2007) discutem o conceito de Determinante Social de Saúde (DSS) e salientam que o conceito bastante difundido sobre o tema se refere às condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham.

Para Paim (2008), os DSS são definidos como os fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados através de ações baseadas em informação. Finalmente, Buss e Pellegrini (2007) *apud* Tarlov (1996) propõe uma definição bastante sintética ao entendê-los como as características sociais dentro das quais a vida transcorre.

Nesta pesquisa foram trazidos como DSS que acabam por alterar o estado de saúde das pessoas privadas de liberdade a alimentação servida aos custodiados, o suporte social e as instalações físicas da unidade.

Dentre todas as explicações para o estado alterado da saúde dentro do contexto prisional a que se repetiu bastante foi considerada má alimentação oferecida na unidade estudada. Praticamente todos os internos reclamaram sobre as refeições servidas na prisão. Alguns sinalizaram que apenas não gostam da comida, outros enfatizaram o caráter repetitivo e de baixo teor nutricional do alimento, contudo houve aqueles que destacaram que a comida dispensada para os internos em muitos momentos estava estragada.

Interno 04, 23 anos
Interno 04: [...] alterou um pouco. Eu emagreci aqui dentro, a comida daqui eu não gosto de comer essa comida daqui não. Aí eu emagreci "como o quê" aqui dentro.

Interno 07, 20 anos
Pesquisador: Aqui dentro o que você percebe que deixa a pessoa mais vulnerável para ficar doente?
Interno 07: Para mim é essa comida fraca, tem dia que paga ovo, dois ovos e arroz, aí o cara vai conseguir sobreviver a noite toda com isso aí, é? Com dois "ovo" cozido com arroz? Como é que sobrevive?

Interno 06, 22 anos
Quem vê de fora pensa que nós "passa" bem. Às vezes nos come galinha crua, carne crua, carne com morotó. No outro dia mesmo, veio feijão com cocô de rato.

Em estudos similares sobre condição de saúde de pessoas privadas de liberdade é comum encontrar a situação da alimentação, geralmente como fator de precarização do estado de encarceramento. (MINAYO e RIBEIRO, 2016; SOARES FILHO e BUENO, 2016). Trindade (2011) realizou um estudo sobre as doenças e as condições de alimentação dos presos da Casa de Prisão com Trabalho em Salvador no estado da Bahia com foco nos primeiros anos de seu funcionamento. A autora citada identificou que a problemática com a alimentação no sistema prisional é antiga, uma vez que naquela já época havia internos com anemia, provavelmente por falta de ferro e que a alimentação servida apresentava falta de vitamina A, vitamina B1 e cálcio, inclusive em seu estudo identificou que os internos da época (século XIX) escreviam cartas sobre a insatisfação com a comida servida para a população carcerária.

Entretanto, Rudnicki (2011) em seu trabalho sobre a realidade da preparação, distribuição e quantidade da comida oferecida no Presídio Central de Porto Alegre identificou que naquela unidade os internos estavam satisfeitos com a alimentação oferecida e que existia uma preocupação por parte da equipe de nutrição com aspectos da qualidade, quantidade e higiene no preparo das refeições servidas às pessoas presas. Realidade bastante diferente da retratada pelos internos entrevistados no presente estudo.

Compreende-se que pode haver em alguns casos o simples descontentamento com o tipo de alimentação ou mesmo a quantidade e pouca variedade, pertinente a uma instituição fechada (MINAYO e RIBEIRO, 2016). Mas também ocorrem casos onde a preocupação com

a higiene ou condição sanitária é duvidosa (SOARES FILHO e BUENO, 2016). Salienta-se que o preparo da alimentação oferecida na unidade estudada é produzida por empresas terceirizas especializada em serviços de preparo de alimentação para grande público e que possuem entre seus profissionais nutricionistas.

A questão da alimentação faz a ponte entre o contexto adverso da prisão e os problemas de saúde no sentido mais estrito (RUDNICKI, 2011), lembra-se que a alimentação saudável é um dos pilares da indicação da saúde de um povo. (BRASIL, 1990). A própria PNAISP se refere à alimentação adequada como condição de saúde, assim como a Resolução nº 14 da ANVISA, que já havia estabelecido que a alimentação deve ser preparada de acordo com as normas de higiene e de dieta, controlada por nutricionista, devendo apresentar valor nutritivo suficiente para manutenção da saúde e do vigor físico do preso. (BRASIL, 2014a; Brasil, 2014c).

Outro elemento identificado como fator que interfere na condição de saúde da população privada de liberdade é a existência de suporte social, especialmente o recebimento ou não visita de familiares. Estas quando ocorrem parecem oferecer subsídios materiais e emocionais que promovem saúde para os entrevistados. Alguns internos relataram que acabam ficando dependentes dos parentes, geralmente as companheiras e/ou a genitoras para mediar a sua relação com meio aberto nas mais diversas necessidades, desde saúde até aspectos jurídicos.

> **Interno 01, 27 anos**
> Sim, preocupado eu "tô", porque eu "tô" tipo assim 01 ano e 21 dias preso sem advogado, sem nada, tipo assim, preso num lugar desse precisando de minha mãe para qualquer coisa.

> **Interno 04, 23 anos**
> A comida só misericórdia, se a família não trouxer uma merendinha tem interno aí que passa fome!

Por outro lado, a dificuldade de contato com a família parece promover um agravamento da saúde.

> **Interno 09**
> Interno 09: Ligam para o meu irmão, mas ele não atende. Era o único que eu podia contar e ele não aparece. Acho que os parentes dele colocou coisa na

> cabeça dele e ele não quer mais saber. A defensora até conseguiu localizar ele, ele disse que ia trazer os relatórios das vistas, o tal que diz que eu "tava" ficando cego, mas aí depois ele desapareceu. Desço para ligar para ele e não consigo. Eu acho que foi a mulher dele e os filhos que "colocou" coisas na cabeça dele e ele não quer mais saber. […]

Existe indício de que o simples contato telefônico favorece a saúde mental do interno. Como conta o **interno 02** sobre quando se sentiu muito angustiado e a despeito do comportamento ilegal, relatou que obteve acesso a um aparelho de telefone móvel e pôde conversar com sua companheira, conseguindo melhorar do estado de tristeza em que se encontrava.

> **Interno 02**
> Interno 02: Às vezes eu acordo sem força, quando eu lembro mesmo que eu tenho uma família lá fora para dar o que comer. Dá vontade de se matar, mas quando eu penso que eles estão lá fora e precisam de mim, eu desisto. Vai passando a hora, vai passando a hora, acaba o dia, eu não podia nem falar, mas eu vou falar, chego na linha com minha esposa. Não é nem para falar, não pode ter esses negócios aí dentro.
> Pesquisador: E falar com ela pelo telefone faz...
> Interno 02: Faz eu ficar mais seguro e não querer mais me matar. Ela passa palavra de conforto, por que ela é cristã.

Foi a partir do advento da LEP que as visitas passam a ser concebidas como um meio de aproximação entre pessoas presas e seus familiares. Sua previsão enquanto direito, rege-se pelo artigo 41, inciso X, "visita do cônjuge, da companheira, de parentes e amigos em dias determinados", também são estipuladas, no inciso XV, outras formas de manutenção de contato com o mundo externo: "contato com o mundo exterior por meio de correspondência escrita, da leitura e de outros meios de informação que não comprometam a moral e os bons costumes." (BRASIL, 1984).

Godoi (2011) esclarece que o direito a receber visitas sofre alterações de acordo com cada estabelecimento prisional, sendo na sua maioria realizadas duas vezes na semana, em dias estipulados. Os critérios para a realização de visitas correspondem a regimentos instituídos em cada unidade prisional, normalmente obedecendo a critérios como nível de parentesco e às dinâmicas que se instituem no interior dos estabelecimentos, que não obstante ainda pautam-se por critérios valorativos acordados geralmente pelo diretor da unidade prisional.

A família em muitos estudos sobre o tema aparece como um elemento significativo no processo de penalização e de execução penal. (GODOI, 2011). Repercute no cumprimento da pena, pois sua presença representa a manutenção de vínculos sociais, sendo um recurso frente às limitações materiais, administrativas e jurídicas existentes na prisão. É comum encontrar estudos que se referem à família do indivíduo que está preso como uma instituição que favorecerá uma possível ressignificação do crime e da pena, levando ao preso uma possibilidade de descontinuidade de suas condutas delituosas (GODOI, 2011), contudo Rautner (2003) salienta que esse pensamento está sujeito à ideia de uma família tradicional e estruturada, construto irreal e distante da realidade da população prisional e da maioria das pessoas do Brasil.

Godoi (2011) ainda salienta que aos familiares atribui-se a culpa pelo abastecimento do ambiente prisional com drogas e outros utensílios proibidos. Por esta perspectiva, do ponto de vista do Estado, pode-se entender a relação prisão e famílias de forma ambígua, pois ao mesmo tempo em que os familiares são vistos como um elo entre o preso e o mundo fora da prisão, salvaguardando vínculos saudáveis e cidadania, sobretudo, frente às carências do sistema prisional também passam a ser responsabilizados pelo provimento das trocas que alimentam o comportamento delituoso.

Em relação às condições das instalações é unânime que a estrutura física e sanitária é precária e insalubre. Foram feitos relatos sobre o grande quantitativo de animais como ratos, gatos e pombos nas unidades.

> **Interno 05, 32 anos**
> Interno 05: [...] desde que eu tava lá em Lauro de Freitas. e é... é através de lá que eu pego meu remédio, pego meu coquetel todo mês... mas já tem uns 15 dias que eu não estou tomando o meu coquetel porque o rato levou.
> Pesquisador: como assim, o rato levou?...
> Interno 05: (risos) rapaz, os "rato" bagunça. Dentro da cela os ratos "morde" meu dedo, fica mordendo, aí a gente acorda assustado. é cheio de rato aí. devia trazer alguma coisa para matar esses ratos. Porque é muito rato.
> Pesquisador: mas você está me dizendo que o rato pegou os seus remédios...
> Interno 05: foi, pegou e levou [...]

> **Interno 06, 22 anos**
> Interno 06: É precária. Um monte de agua empossada ali. Meio mundo de rato. Tem três ratos lá na cela. Três ratos cabulosos, rato de esgoto mesmo. é condição precária aqui no presídio. Quem vê de fora pensa que nós "passa" bem.

> **Interno 07, 20 anos**
> Pesquisador: E sobre as instalações da "velha"?
> Interno 07: É pior do que aqui...aqui tem rato, lá tem gato, aqui tem pombo lá tem rato...

Outra situação que chamou bastante a atenção foi o relato da constante interação com a água que escapa dos sanitários, instalação que os internos denominam de "boi". O **interno 4** descreve que precisa tapar os buracos por onde a água contaminada vasa para não serem surpreendidos quando dormem.

> **Interno 04**
> Interno 04: [...] tem cela aí que tá vazando e não é pouco, eu gasto um sabonete lerdo para tapar um buraco. Aqueles buracos que dá no chão. No chão que fica cheio de água. Aquela agua "pôde"
> Pesquisador: E essa água vem da onde?
> Interno 04: Dos "boi". Têm umas 15 celas assim. E transmite doença, né? Doença do rato. […]

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) o agravo "atendimento antirrábico humano" aparece em sexto lugar, evidenciando grande quantidade de animais domésticos, principalmente cães e gatos, coabitando as unidades prisionais. Outro dado relevante é a leptospirose sendo uma das 10 doenças mais notificadas, deixando claro que existe um problema grave de infestação de ratos no sistema penal brasileiro. (MIRANDA, 2015).

A realidade da superlotação também foi citada pelos participantes como agravante na precarização da condição de saúde e da oferta de cuidado na unidade prisional pelos **internos 06 e 09**, contudo de forma superficial.

> **Interno 06, 22 anos**
> Pesquisador: Me diga, como é que você acha que melhoraria a saúde do cara que tá preso?
> Interno 06: Mais atendimento, que aqui não dá assistência [...]E nem atende todo mundo... mas é muita gente... não tem como.

> **Interno 09, 58 anos**
> Interno 09: Lá embaixo a comida era ruim... às vezes tirava 16 (pessoas) em cada cela, aí eu tinha que dormir com os gatos [...]

O fato de ter sido mencionado de forma menos aprofundada não minimiza o fato desta unidade está com excedente de 89 homens presos em maio de 2017. Os problemas advindos com a superpopulação carcerária é amplamente conhecida e divulgada. (BRASIL, 2009). “A superlotação é talvez a mãe de todos problemas do sistema carcerário”, diz o relatório da CPI do Sistema Carcerário do Congresso Nacional. O documento descreve celas superlotadas, ocasionando insalubridade, doenças, motins, rebeliões, mortes, degradação da pessoa humana. De acordo com o relatório foram encontrados homens amontoados se revezando para dormir, ou dormindo em cima do vaso sanitário. Em outros estabelecimentos, homens seminus dividindo uma cela lotada com temperaturas de até 50 graus. (BRASIL, 2008).

6.5.5 Oferta de Cuidado no Sistema Prisional

Na presente pesquisa foi identificado que as queixas mais recorrentes são os sinais e sintomas físicos, de menor impacto e com possibilidade de recuperação breve, não sendo entretanto, fonte de maiores preocupações dos internos.

> **Interno 04, 23 anos**
> Interno 04: Já precisei, mas não era assim uma urgência, mas já precisei, era assim, um ataque asmático e dores no abdômen que fiz a cirurgia.

> **Interno 06, 22 anos**
> Interno 06: Dor de cabeça, dor na perna.

> **Interno 07, 20 anos**
> Pesquisador: Já ficou doente aqui na cadeia?
> Interno 07: Às vezes bate uma doencinha, uma dor de cabeça.

> **Interno 08, 50 anos**
> Pesquisador: Mas já adoeceu?
> Interno 08: Não digo que adoeci, já fui ao médico, mas nada complicado não, uma tosse, dor de cabeça. Nada complicado que acontece aqui dentro da prisão. Já tive doenças simples.

Internos mais velhos referem uma maior demanda de saúde. Evidenciando condição de saúde mais vulnerável.

> **Interno 09, 58 anos**
> Interno 09: Vou logo falando. Tenho osteoporose, pedra na bexiga e problema nas vistas.

A realidade dos internos mais velhos assemelha-se daqueles internos que precisam de atendimento especializado ou de emergência, em que seria necessária a locomoção para serviços de saúde fora do complexo prisional. Tal constatação expõe muitas fragilidades do sistema penitenciário ao que se refere à oferta de cuidado, pois quando existe a necessidade de maior investimento profissional e complexidade na atenção a resolutividade é baixa. Como revela o interno 09.

> **Interno 09, 58 anos**
> Interno 09: Aqui não resolve nada. O médico dá as opções dos lugares para eu fazer o tratamento para as enfermeiras, mas elas não ligam para nada disso, não. Não marcam a escolta. Sem escolta não tem jeito.
> Pesquisador: Não ligam? Interno 09: não liga, faz um ano que elas têm que marcar a escolta para levar a gente e nunca levou. Eu estou esperando o diretor chegar para eu conversar com ele sobre este problema. Que eu tô cego e eu preciso de trabalho de Deus!

Situação semelhante informa o **interno 03** quando este discorre sobre a dificuldade de acesso devido o obstáculo em conseguir um carro para transportar algum interno que tenha passado mal durante a noite.

> **Interno 03, 23 anos**
> Interno 03: [..] As coisas ficam mais "difícil", né? Quando o cara passa mal de noite, como vai atender? Tem que esperar para o outro dia. Se não tem como levar?
> Pesquisador: E como passa a noite?
> Interno 03: Passa na cela. Gemendo. Gritando de dor.

A partir dos relatos dos participantes identifica-se uma série de barreiras e problemáticas que tornam o acesso ao serviço de saúde deficitário ou pouco resolutivo no ambiente prisional. O **interno 01** afirma que um dos principais problemas de acesso é a demora de atendimento, que em sua perspectiva aumenta o sofrimento das pessoas em situação de privação de liberdade.

> **Interno 01, 27 anos**
> Interno 01: Isso é... Porque tipo assim, tem que guerrear para conseguir um médico, demora muito, muita demora para atender a pessoa. E aí o cara tem

> que botar o nome hoje de manhã cedo e vai ser atendido o que? Lá para meio-dia, 03 horas, 04 horas. Na minha cela mesmo tem um menino lá. E ele tá chorando, chorando com dor de dente e até agora não foi atendido, entendeu?
> Pesquisador: E qual conclusão que você tira disso?
> Interno 01: Mau atendimento. Porque o cara bota o nome desde de manhã e até agora não chama e o cara comendo dor, entendeu? Isso aí na minha visão quer que o preso sofra ou não dá importância para o sofrimento do cidadão... que é cidadão também.

Uma circunstância similar, mas ainda mais dramática é a dificuldade de acesso devido à ausência de um profissional com a competência para resolver a questão de saúde iminente. Situação descrita **pelos internos 04** e **05** que relataram ter passado por situação onde foram atendidos por profissionais de saúde, mas que estes não poderiam atender à demanda concreta devido suas especialidades, sendo, portanto, um atendimento acolhedor, mas não resolutivo.

> **Interno 04, 23 anos**
> Interno 04: A enfermeira disse que não poderia receitar medicamento, mas que poderia me dar um xarope e uns preservativos.

> **Interno 05, 32 anos**
> [...] pois é, Já tenho uns dias "bom" já sem tomar o coquetel. Eu senti dor de cabeça aí falei com a xxx (Assistente Social). Falei para ela que "tava" com dor de cabeça, febre e diarreia, cagando uns 15 dias. Falei com ela que não "tava" tendo médico, foi perto das festas, daí foi natal, não tive oportunidade, aí ela veio aqui e eu falei com ela e ela disse que ia encaminhar meu nome lá para o médico que ela não era médica e até hoje não mandaram o remédio. "Tô" aqui com hemorroida, cagando sangue. [...]

Ainda existem situações em que há o atendimento com o profissional competente, no entanto, os internos expressam insatisfação, os relatos indicam que acontece uma dificuldade de comunicação percebida pelos reclusos como insuficiente para esclarecer a situação de saúde.

> **Interno 02, 37 anos**
> Interno 02: [...] aqui ó, eu "tô precisando "rancar" um dente, desde que eu entrei aqui que eu quero arrancar um dente e nunca consegui "rancar".
> Pesquisador: Por quê?
> Interno2: Quando eu venho para "rancar", a moça fala do dente número 46 não sei o quê, me dá um remédio e manda eu voltar.
> Pesquisador: E ela explica alguma coisa?
> Interno 02: Ela explica que vai chamar e não chama mais. [...]

Interno 06, 22 anos
Pesquisador: E tem alguma coisa boa no serviço de saúde?
Interno 06: Eles não resolvem... é só remédio, remédio por cima de remédio, não explicam nada.
Pesquisador: Mas não é explicado para quer o remédio?
Interno 06: Nada, só diz: "ah! vá tomar esse remédio, que vai passar, você só tem uma dor de cabeça e febre"

A partir dos discursos dos entrevistados fica evidente que existe uma insatisfação generalizada sobre a oferta de cuidado na unidade pesquisada ao que se refere ao acesso. Todos os entrevistados em algum momento identificaram uma barreira na garantia do acesso à saúde dentro da prisão. Seja por dificuldade de marcar uma consulta com especialista, agendar escolta, conseguir carro durante a noite para atendimento fora dos muros do presídio ou mesmo ter acesso ao profissional de saúde dentro da unidade em tempo razoável e que este seja competente para atender e resolver sua demanda.

Esta realidade, infelizmente, não é exclusividade da unidade penal pesquisada, é a realidade de diversos centros penitenciários do Brasil. Várias pesquisas nacionais já evidenciaram a condição de saúde precária nas quais as pessoas em situação de privação de liberdade são submetidas. (SILVA et al, 2017MINAYO e RIBEIRO, 2016; SOARES FILHO e BUENO, 2016; REIS e KIND, 2014; BRASIL, 2014; GOMES, KÖLLING E BALBINOT, 2014, MARTINS et al 2014, SANCHEZ et al, 2007).

Em uma pesquisa no Rio de Janeiro, Minayo e Ribeiro (2016) realizaram uma ampla investigação qualitativa e quantitativa com 1.573 internos do sistema prisional carioca e encontraram relatos similares. Como resultado identificam queixas sobre a escassez de profissionais referente ao tratamento médico, psiquiátrico e odontológico. Além das reclamações sobre a falta de quantidade e de qualidade dos atendimentos, os presos acrescentam que não há médicos depois das 16 horas, aos sábados e domingos e nem atendimento 24 horas como previsto em lei.

Tal qual os internos da presente pesquisa, aqueles investigados por Minayo e Ribeiro (2016) também informaram que existe a demora de atendimento, principalmente em casos de emergência. Ressaltam que faltam ambulâncias e o transporte de presos no Rio de janeiro não é vinculado à coordenação de saúde e sim à de segurança, esta realidade acaba por facilitar a ocorrência de violência por parte da equipe de segurança. Por causa dos maus tratos que sofrem nos transportes, as pessoas adiam ao máximo qualquer pedido de atendimento de saúde que inclua saída de sua unidade.

Sanchez et al (2007) também chamam atenção para o precário cuidado que os presos doentes do Rio de Janeiro recebem, contudo ressaltam que os profissionais são mal remunerados ou têm contratos precários de trabalho, o que contribui para sua rotatividade e para a descontinuidade dos tratamentos.

Soares Filho e Buenos (2016) destacam a preocupação sanitária sobre o baixo número de consultas médicas nos municípios pequenos do interior do país, pois nestes cenários também há um enorme deficit de médicos, em grande parte devido ao estigma relacionado à população prisional, aos baixos salários e às condições de trabalho. Os autores salientam que esse deficit poderá ser resolvido por meio do Programa "Mais Médicos", permitindo que os médicos possam se deslocar de suas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no território e realizar atendimentos em estabelecimentos penais com até 100 pessoas privadas de liberdade.

Tais constatações acabam por expor a dificuldade em implementar a PNAISP e as determinações da LEP sobre o cuidado à saúde das pessoas em situação de privação de liberdade, ferindo, inclusive, diversas acordos dos quais o Brasil é signatário*. Esta realidade escancara a negligência do Estado com os direitos humanos em saúde na execução da custódia destes homens. (GOMES, KÖLLING e BALBINOT, 2014).

A evidência de que o SUS ainda não alcançou a população privada de liberdade é demonstrada nas informações subnotificadas da base de dados do Ministério da Justiça por meio do Sistema de Informação Penitenciária. Os profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde prisional (UBSp) não utilizam os sistemas de informação do SUS, encaminhando as notificações compulsórias para os municípios, o que pode causar perda de informação, reforçando a subnotificação. Outro sistema de informação importante não utilizado pela saúde no sistema prisional é o prontuário eletrônico do SUS: e-SUS ou Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), fazendo com que a Rede de Atenção à Saúde desconheça os atendimentos e procedimentos realizados pelas equipes de atenção básica prisional. (SOARES FILHO e BUENO, 2016).

As equipes de saúde no sistema prisional hoje ocupam pouco mais de 37% das unidades com módulos de saúde, existem espaços de saúde, ainda que precários, em unidades sem módulo de saúde, contemplando salas de atendimento médico, odontológico, psicossocial, todos espalhados por onde houver espaço disponível na unidade prisional. Importante destacar que nos espaços de saúde atuam profissionais de diversas formações e com diversos vínculos trabalhistas: são servidores das Administrações Penitenciárias (ou

correlatas), da Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde, ou são terceirizados. (BRASIL, 2014).

Então, entende-se ser necessário o aumento da agenda orçamentária do poder executivo com o objetivo de garantir incentivos financeiros adequados à estruturação de unidades básicas de saúde prisional e ao custeio dos serviços e equipes, com destaque para a criação de condições mais favoráveis (ambientais, salariais, instrumentais, estratégicas e operacionais) para que de fato, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), tanto locais quanto regionais fortaleçam suas capacidades e a população custodiada seja visualizada pelo SUS, de modo universal, integral, resolutivo e contínuo. (SILVA, 2016).

Contudo, nota-se no presente estudo que existe uma ambiguidade ao que se refere ao atendimento de qualidade ou ser bem atendido. Existem internos que afirmam que não tem do que reclamar do atendimento.

> **Interno 01, 27 anos**
> O problema não é o atendimento é a falta do atendimento, não ter é um problema, mas quando tem não tem do que reclamar.

> **Interno 02, 37 anos**
> Rapaz, pelas médicas daqui, perfeitamente bem, sou bem atendido pelas meninas aí, nunca me trataram mal, tudo gente boa, elas. O atendimento aqui é nota 10 [...] para mim é perfeito […]

Outros, entretanto, não enxergam situações onde foram bem atendidos pelos profissionais.

> **Interno 07, 20 anos**
> Pesquisador: [...] e então você achou o que do atendimento?
> Interno 07: Ninguém é bem atendido aí. A verdade é essa. A verdade que esses caras ai é tudo por eles mesmo ai ó. Não é pela gente, tem dia que a gente fica esperando para ser atendido, até perde o rango e chega lá não resolve é de nada, tem que voltar e ficar esperando para ir lá de novo. Não resolve nada.

Ainda, identifica-se participantes que sentem-se bem atendidos por alguns profissionais e que refere ser mal atendidos por outros, personificando, desta forma, o atendimento.

> **Interno 03, 23 anos**

> Não tenho o que falar não. Tem uns que são ignorantes, mas a maioria é gente boa.

> **Interno 08, 50 anos**
> Pesquisador: E você foi bem atendido?
> Interno 08: Fui bem atendido. Quer dizer, fui bem atendido pela médica , Drª A, por que o outro médico, o DR. B eu , eu, o atendimento dele é... Ele maltrata o interno, diz desaforo, por que a gente tá aqui. É interno, mas a gente não é cachorro, a gente é gente. E quer ser tratado como gente não é como cachorro. E Drª A trata a gente como gente. É uma pessoa educada, prestativa, ouve a gente falar, entendeu? A gente "escuta ela" também, entendeu? Aqui a gente realmente é interno, a gente não é bicho.

Em uma pesquisa realizada no Paraná que tinha como objetivo de identificar a prevalência e os fatores associados à utilização de serviços públicos de saúde por homens adultos encontrou como resultado que para os usuários do sexo masculino o atendimento humanizado significa, principalmente, um atendimento atencioso e respeitoso. Nesse sentido, se reivindica que a relação médico-usuário tenha como base uma boa relação interpessoal. Salienta-se que a perspectiva da humanização a ser incorporada na área da saúde no sentido de situar os usuários dos serviços de saúde a partir do seu estatuto de sujeitos articule o uso das tecnologias com uma abordagem que parte da escuta, passando pela gerência dos afetos, para um comprometimento com a felicidade humana. (ARRUDA, MATHIAS e MARCON, 2017).

A valorização do atendimento a partir da "humanização" e da "comunicação caminha para a qualidade do atendimento nos serviços de saúde utilizando o vínculo médico-paciente como indicador. A satisfação dos pacientes se volta muito mais para o trato humanitário, a relação com o profissional e a informação recebida do que para o ato médico em si. (ARRUDA, MATHIAS e MARCON, 2017).

Um dado interessante encontrado nesta pesquisa e que vai na contramão das queixas, é que alguns presos percebem a prisão como um ambiente onde podem ter acesso a determinados serviços de saúde que não teriam em outro contexto. Outros afirmam que na rua estavam muito mais expostos à violência e uso abusivo de substâncias psicoativas e a prisão serviu como freio e/ou contenção. Existem aqueles que tiveram oportunidade de realizar exames e conhecer seu estado de saúde atual. Ou ainda, que em situação de privação de liberdade tivesse condição de pensar na vida e refletir sobre seus atos.

> **Interno 01, 27 anos**

> Pesquisador: Você já precisou de serviço de saúde aqui?
> Interno 01: Não, de saúde não, de Psicólogo.
> Pesquisador: Por conta de que?
> Interno 01: Porque quando passei na triagem... eles perguntam se a pessoa quer psicólogo...
> Pesquisador: E você quis por quê?
> Interno 01: Para me entender mais. É... entender mais minha mente... É ... para eu poder ... é... (risos) eu não sei nem como falar... é porque eu tenho muito tempo que convivo só com uma pessoa e a gente não tem assim muitos assuntos... nós fica assim muito tempo com as mesmas pessoas e acaba perdendo a prática de dialogar... para explicar para vocês.
> Pesquisador: Mas continue falando que eu vou entender.
> Interno 01: Eu queria dialogar mais, saber o que a vida realmente é... O que nós passa.

> **Interno 03, 23 anos**
> Eu nem chego perto... fiz vários exames de sangue aí... Nunca deu nada, não. Graças a Deus!

> **Interno 05, 32 anos**
> Interno 05: Tenho, tenho... Eu sou soropositivo.
> Pesquisador: Para HIV?
> Interno 05: Isso.
> Pesquisador: Quanto tempo você sabe?
> Interno 05: Desde que eu "tava" lá em (presídio de) Lauro de Freitas. É através de lá que eu pego meu remédio, pego meu coquetel todo mês […]

> **Interno 07, 20 anos**
> Pesquisador: E se você fizer algo e for preso de novo?
> Interno 07: a vida que nós tá é cadeia ou morte. Cadeia é um livramento que Deus dá pra nós. É um livramento que Deus dá. Porque sabe que nós vai tá preso e nós não vai morrer é uma oportunidade pra nós. Nós tá aqui preso e nós pode sair a qualquer hora e já a morte já não tem mais volta. Então cadeia é o quê? um livramento de Deus! Eu mesmo... falar uma coisa certa aqui. Deus só não me soltou ainda, porque tudo é Deus, porque sabe ... porque sabe ai ó, um monte já foi embora, porque não tá com pensamento ruim na cabeça e nós que já tem essa maldade que se sair estraga tudo ele segura nós aqui…

> **Interno 09**
> A prisão me trouxe um bem estar, claro que ninguém quer tá preso.. mas eu tô aqui e tô bem, tô contente.

Para Jesus e Scarparo (2015), a fragilidade das redes extramuros, a dificuldade de acesso aos direitos sociais e de saúde e a submissão a múltiplas violências pode fazer com que a instituição prisional tenha um efeito benéfico em alguma medida para os homens privados de liberdade, tendo em vista a clientela habitual. Assim, a prisão pode proporcionar um espaço

alternativo de desenvolvimento da individualidade e singularidade para os indivíduos em contexto de encarceramento. Tal afirmação aponta para a precariedade do Estado brasileiro que se vê incapaz de prover os direitos básicos constitucionalmente estabelecidos, possibilitando que, mesmo de forma limitada, a prisão seja capaz de produzir determinados efeitos mais positivos do que os suscitados pela vida fora das grades. (SILVA, 2016).

Contudo, a realidade do efeito do encarceramento na saúde dos homens presos é a segregação, proliferação de doenças graves, desenvolvimento de sofrimento psíquico, ausência de cuidado resolutivo e adequado, ambiente insalubre. Sendo, portanto, ambiente que fere direitos humanos, esgaça a cidadania e promove a continuidade criminal e a violência.

6.5.6 Saúde do Homem na Prisão: Violência

O principal agravo que acomete o homem adulto é a violência, isso ocorre no Brasil e no mundo. (BRAIL, 2010). Essa realidade acaba se tornando mais perceptível nos contextos onde a população masculina é sobressalente. (SCHRAIBER, et al, 2012). Não é diferente no sistema prisional. (BRASIL, 2014). No presente estudo os entrevistados revelaram ter sofrido/vivenciado violência de alguma maneira. Faz-se importante destacar o conceito de violência proposto pela organização mundial de saúde:

> A violência é definida como o uso intencional da força ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG, et al, 2002, p. 1164).

Da mesma forma, é importante esclarecer que existem tipos de violência que atingem a população de diversas formas. A categorização inicial estabelece a divisão em 03 grandes grupos, evidenciando uma diferença entre a violência que uma pessoa inflige a si mesma, a violência imposta por outro indivíduo ou por um pequeno grupo de indivíduos e a violência infligida por grupos maiores, como estados, grupos políticos organizados, grupos de milícia e organizações terroristas. (KRUG e DAHLBERG, 2007).

Estas três categorias amplas são ainda subdivididas, a fim de melhor refletir tipos mais específicos de violência:

1) Violência auto-infligida é subdividida em comportamento suicida e agressão auto-infligida;

2) Violência interpessoal divide-se em duas subcategorias: violência de família e de parceiros íntimos, ou seja, violência principalmente entre membros da família ou entre parceiros íntimos, que ocorre usualmente nos lares e violência na comunidade – violência entre indivíduos sem relação pessoal, que podem ou não se conhecerem, geralmente ocorre fora dos lares. O primeiro grupo inclui formas de violência tais como abuso infantil, violência entre parceiros íntimos e maus-tratos de idosos. O segundo grupo inclui violência da juventude, atos variados de violência, estupro ou ataque sexual por desconhecidos e violência em instituições como escolas, locais de trabalho, prisões e asilos. – Violência coletiva acha-se subdividida em violência social, política e econômica. (KRUG e DAHLBERG, 2007).

Uma outra diferenciação se refere à natureza dos atos violentos, que podem ser:

1) física;

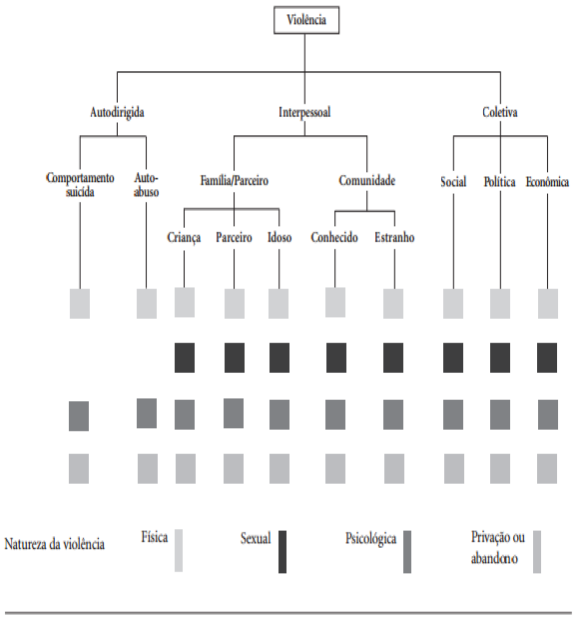
2) sexual;

3) psicológica;

4) relacionada à privação ou ao abandono.

A figura 03 ilustra como os tipos de violência e a natureza da violência se articulam. De acordo com Krug e Dahlberg (2007), esses quatro tipos de atos violentos ocorrem em cada uma das grandes categorias e suas subcategorias descritas acima, com exceção da violência auto-infligida. Por exemplo, a violência na comunidade pode incluir ataques físicos entre jovens, violência sexual em locais de trabalho e abandono de idosos por longo tempo em instituições. A violência política inclui estupros em conflitos e guerra física e psicológica.

Figura 03: Articulação entre tipo de violência e natureza da violência



Fonte: Krug e Dahlberg (2007)

A partir dos relatos dos entrevistados percebe-se que o homem em situação de privação da liberdade está muitas vezes exposto à violência autodirigida, uma vez que é recorrente o discurso com conotação depressiva e com conteúdo de ideação suicida.

> **Interno 02, 37 anos**
> Interno 02: Às vezes eu acordo sem força, quando eu lembro mesmo que eu tenho uma família lá fora para dar o que comer. Dá vontade de se matar, mas quando eu penso que eles estão lá fora e precisam de mim, eu desisto.

Em relação à natureza da violência, nota-se na literatura que os homens privados de liberdade sofrem com todas as tipologias. (SILVA, 2014). A partir do relato dos participantes identifica-se violência física, violência psicológica e privação. Contudo, nesta pesquisa não houve relato de violência sexual.

> **Interno 02, 37 anos**
> **[**...] porque essa semana eu vi um cara tomar uma "bagaça" lá e ficar lá no chão e ficar todo se retorcendo... isso ai não é problema de saúde, não é? [...]

> **Interno 05, 32 anos**
> [...] os caras ficam em cima dos novatos " vai novato, esfrega mesmo, é com amor, é para a visita, tem limpar ai que é para a visita, aquela pressão em cima assim, aquela pressão mexe com o psicológico da pessoa[...]

Almeida e Paes Machado (2011) realizam uma pesquisa na maior prisão do estado da Bahia com objetivo de discutir os padrões de vitimização prisional, para tanto realizaram um *screening survey* com 591 internos e entrevistaram em profundidade 107 homens em situação de privação de liberdade. Identificaram que mais que a metade 54% já haviam sofrido algum tipo de agressão. Os autores separaram a violência vivenciada no cárcere pelos Agentes produtores (instituição e outros presos) e em tipos (material, física e psicológica), como é possível notar na Tabela 03. Destacaram que a violência perpetrada pela instituição é contínua e constante já a realizada pelos pares de internos é pontual e intermitente.

Figura 04: Violência perpetrada pela Instituição

Vitimização direta por tipo e agente (%)

Tipo	Agente Vitimizador	
	Instituição	Outro Prisioneiro
Física	10	38
Material	15,9	9,2

Fonte: Almeida e Paes Machado (2011)

De acordo com Almeida e Paes Machado (2011) a violência produzida pela instituição se expressa de diversas formas, as físicas pela violência policial e do *staff* quando da realização do "baculejo", por exemplo; a material se identifica pela insalubridade, superlotação, falta de higiene; a psicológica nota-se pela humilhação, insegurança e vulnerabilidade. Já a violência entre os pares de presos está mais propensos a sofrer alguns grupos como os novatos, estrangeiros e pessoas com transtornos mentais. Este tipo apresenta uma constelação peculiar, percebe-se toda sorte de agressões: socos, chutes, estupro, ameaças, humilhações, roubos, furtos.

Contudo, é notório que a experiência com a violência precede a realidade prisional, inclusive, muitos indivíduos do sexo masculino que estão presos protagonizaram pelo menos um episódio de violência no transcorrer do crime pelo qual foram acusados. (KIND e REIS, 2014; SANTOS e NARDI, 2014). A maioria dos estudos que discorre sobre a saúde do homem e masculinidade ressalta o fato do homem ser o principal autor e vítima da violência. (SANTOS e NARDI, 2014; SILVA, 2014; MULLER, 2012; BRASIL, 2009; MINAYO, 2005, SOUZA, 2005). Este fato está diretamente ligado à cultura machista e patriarcal que impõe à masculinidade hegemônica condutas agressivas e perigosas (dirigir veículos em alta

velocidade, por exemplo) e a resolução de problemas a partir da violência, sobre pena de ter a masculinidade contestada. (CONNEL e MESSERSCHMIDT, 2013).

Assim Sendo, sem perder de vista a seletividade do sistema penal no Brasil e todos os determinantes e condicionantes que podem levar um homem a cometer um delito, é possível cogitar que o machismo participa como um propulsor do crime e da violência. Como podemos perceber no relato do **interno 09**, parece que a necessidade de defender a honra, associado talvez a outros elementos tais como impulsividade e deficit da resolução de conflitos (o interno nega uso de substâncias psicoativas no momento do crime) o levou a concretização de um homicídio, destaca-se que este participante em particular nunca havia sido preso antes.

> **Interno 09, 58 anos**
> Pesquisador: Qual foi o motivo da prisão? Interno: Homicídio. 121. Foi... eu tava indo para casa, o cara no meio da rua... Ele tava bebendo que ele tinha uma garrafa de cachaça. E ficou comigo me perturbando. Ele sempre vinha me agravando. [...]ele ficou me agravando, eu tava indo para casa que eu ia almoçar aí ele ficou me chamando de corno e viadinho. Aí eu disse para ele que ele não sustentava isso. E ele insistiu que eu era corno e viadinho. Aí eu disso eu vou em casa e volto e ele insistiu, "vá seu corno e viadinho" [...] Ele já tinha um tempo me provando... na verdade, assim, eu não sei porque motivo, mas eu já namorei com a irmã dele tem tempo tal mas ele vinha com essa brincadeira sempre. Me agravando, me provocando, me humilhando no meio da rua... eu perdi a paciência. daí ele duvidou de mim, vá seu corno e viadinho que eu estou te esperando. Ele podia tá com alguma coisa para mim. Daí eu peguei a faca e subi. [...] rapaz, ele desfez de minha pessoa, me humilhou, muitos ali rindo da palhaçada dele. Me humilhou, me desmoralizou. Eu 48 anos morando ali. Ai eu digo eu tenho que tapar a boca desse moleque. Quando ele disse vá seu corno e viadinho. Então quer dizer o que se eu não voltasse eu era o que? Botei essa ideia na cabeça, o facão na cintura, fui lá e voltei. Ai foi eu e ele. Tanto ele podia me matar como eu matar ele... [...] eu tinha que tomar uma atitude de homem. Eu sei que estou aqui. Que eu estou sofrendo, que eu to pagando por uma coisa errada que eu tinha que fazer. Mas no momento eu achei que aquilo era demais. Ali era ele ou eu. Se ele mandou eu voltar é por que ele tava preparado. Ai aconteceu. Eu vim parar aqui, no mesmo dia eu me entreguei. Na mesma hora lá eu olhei assim " porra, matei o cara!" não tive nem a intenção de correr nada disso, entrei em casa. Fiquei esperando por isso e me entreguei. [...]

Percebe-se no relato que mesmo salientando que cometeu o erro, o interno não consegue esboçar outra forma de resolver aquela situação, demonstrando em seu discurso que provar a masculinidade pela violência era a única possibilidade, tendo como objetivo o que se denomina por vingança em defesa de sua honra.

Silva (2014) apud Kaufman (1999) defende que existem formas e motivações "naturalizadas" da violência praticadas por homens, a saber: vingança, prestígio, honra, coragem, preponderância sexual, heterossexismo, prerrogativa compulsória de chefia e mando e ambição, avidez ou cobiça material. O autor sinaliza que na sociedade ocidental compreende-se de forma imediata essas manifestações de violência, sem necessidade de questionamento quanto às razões.

Ao que se refere à vingança entende-se que esta consiste em agir diretamente contra pessoa, grupo ou entes a eles relacionados com a finalidade de retribuir, geralmente em grau superior, algo percebido como sendo prejudicial a si. É um método pré-social de resolução de conflitos, isto é, realiza-se por fora ou além das formas socialmente organizadas de justiça. Embora a meta da vingança não seja apenas estabelecer o equilíbrio justo, ela pode atingir não somente àqueles a quem se imputa a culpa pelo prejuízo, mas a terceiros que lhes sejam próximos, inclusive as suas gerações seguintes. Sendo a retribuição do prejuízo realizada em regra em grau superior, a vingança impõe, do ponto de vista formal, um ciclo interminável de contraprestações nocivas, que, do ponto de vista material, só pode ter seu fim com a completa eliminação das partes em desacordo. (SILVA, 2014 apud KAUFMAN, 1999).

A vingança relaciona-se com o machismo na medida em que o homem, na condição de "macho", não pode admitir sem resposta imediata e na forma de uma lição que imponha sua autoridade qualquer ação que compreenda como prejuízo. A vingança pode ter origem em ofensas banais, mas que dentro de seu quadro de referência são absolutamente imperdoáveis, tais como um impropério (corno, "filho da puta" ou "viado") ou mesmo uma dívida não paga, repercutindo em respostas que podem evoluir, a partir daí, para agressões ou assassinatos daqueles envolvidos direta ou indiretamente. (SILVA, 2014).

Já em relação à honra, entende-se como um sentimento interno de dignidade pessoal, que se reflete em um empenho constante na manutenção da pureza de sua reputação. O homem honrado, segundo a perspectiva da masculinidade hegemônica, não pode admitir que lhe maculem a moral, agindo enfaticamente contra o que quer que entenda que manche sua dignidade, ou pelo menos, a aparência pública de sua elevação moral e de caráter. Aquele que age com violência na manutenção de sua honra e reputação é considerado como digno de prestígio, senão mesmo de veneração pública. (CORNNEL, 2013).

Minayo (2005) destaca que no mundo da criminalidade a ideia fundante de macho violento se centra na mesma crença arraigada do masculino como o espaço da iniciativa, do

poder e da imposição da vontade, fazendo a associação de dois planos, o da sexualidade e o da sociabilidade.

Machado (2001) analisa essa dinâmica tomando como exemplo as falas de jovens infratores do Distrito Federal (DF). A partir deles, busca entender os efeitos da pós-modernidade sobre a construção das categorias de masculinidade em associação com novas modalidades de violência. A autora evidencia a convivência de várias lógicas temporais fortemente presentes na sociabilidade violenta dos jovens infratores: a permanência do machismo da honra; o crescimento da consciência de direito, vivido no exagero do individualismo que se expressa no culto da hiperliberdade individual; a experiência da compressão do tempo-espaço pela valorização do imediatismo nas vivências de prazer e sucesso.

Neste trabalho foi notório um discurso comum para justificar a conduta delituosa, a noção de que cabe ao homem o sustento da família e que para obter êxito nesta tarefa é valido fazer qualquer coisa, até mesmo cometer crimes. A fala do **interno 06** ilustra essa constatação, quando este discorre sobre a motivação para ter começado as práticas infracionais.

> **Interno 06, 22 anos**
> Interno 06: [...] eu era envolvido, mas nós não era de facção não, nós era neutro, eu entrei mesmo para ganhar dinheiro, para comprar comida, ajudar a família... ajudar meu filho, né vei? Foi para dar o que comer ao meu filho que entrei para essa vida.

De acordo com Figueiredo e Schraibe (2011), o que parece motivar os homens é a percepção de que por meio do sustento da família, eles podem adotar determinadas condutas e atitudes que os impulsionam para o reconhecimento e a respeitabilidade social. É através do trabalho, via de regra que se possibilita as condições necessárias para o cumprimento de seus deveres e obrigações, permitindo, dessa forma, que consigam assumir suas responsabilidades de manter, proteger e cuidar da família, ações consideradas inerentes à condição de ser homem.

Através do trabalho, homens podem assumir o seu papel de provedor da família, reconhecendo-o como uma característica da identidade masculina. Embora os entrevistados não se refiram diretamente ao trabalho como o motor que viabiliza suas prerrogativas com o espaço doméstico, muitos deles afirmam a importância das responsabilidades com a família e com a manutenção da casa. Desse modo, pode-se perceber uma lógica que permite entrelaçar os sentidos dados ao trabalho com os significados de responsabilidade com a sustentação

familiar. Em diversos discursos, surgem referências a atributos que colocam os homens como o principal provedor do lar, o chefe de família. (FIGUEIREDO e SCHRAIBE, 2011).

Outras situações que levaram a prisão dos participantes também corroboram a ideia do machismo expresso pelas características de masculinidade hegemônica, tal qual a violência contra a mulher e avaliação deficitária do risco. Por exemplo, o **interno 08** foi preso acusado de tentativa de homicídio de sua ex-companheira e o **interno 02** conta como sua não avaliação apurada de risco o colocou em uma situação criminosa.

> **Interno 09, 58 anos**
> Pesquisador: O senhor está preso acusado de quê?
> Interno 09: Homicídio... Tentativa de homicídio.
> Pesquisador: Como foi?
> Interno 09: Ela dizia que estava em Atenas*. Mas ela nunca esteve em Atenas. Ela não tem recurso. Não vou dizer que ela é fodida. Mas ela não tem recurso. Quem paga o aluguel é a mãe dela, eu fui lá e trabalhei. Por que eu trabalho, ai eu fui no intuito de encontrar alguém para trabalhar...aí no meio do caminho encontrei ela. Ela começou a falar insulto, falar liberdade, me xingar. Quer dizer, eu não fui ao encontro dela. Foi uma ocasião na rua.

> **Interno 02, 37 anos**
> Interno 02: É que eu trabalho embarcado, vou de um lado para o outro na ilha... E todo mundo que pega a embarcação eu pego e dou meu número. Se alguém quiser ligar quando precisar atravessar ou quando vai almoçar, esse tipo de coisa assim, os caras "vai" e "dá" meu número. Aí um certo dia me ligaram lá de Tebas, aí quando eu cheguei lá tinha uns 6 "peão" armados. Quando cheguei lá vieram, aí um ficou lá na embarcação e os outros saíram, quando voltaram vieram com dois caixas eletrônicos , botaram na canoa, eu tirei eles de lá e levei para um lugar chamado Olimpia. A polícia acabou pegando eles e de lá foram embora.
> Pesquisador: Você sabia o que eles iriam fazer?
> Interno 02: Eu não, como falei, quem me ligar e dizer vem me pegar em tal lugar, eu vou. Eu não sei o que ele vai fazer... como ele ligou eu fui. Aí quando cheguei lá vi os caras armados lá e disse "se eu quiser sair daqui agora eles vão me matar", aí não quis mais recuar e pelo horário que era já quase meia-noite e pouca da noite para 01 hora, "não vou recuar não, vou seguir em frente".

Uma vez dentro do sistema prisional uma diversidade de eventos violentos passa a fazer parte da rotina dos homens presos, como contam os participantes. Quando indagados sobre comportamento de risco, a maioria dos participantes relatam situações que precipitam condutas violentas. As principais referem-se às dívidas contraídas ao longo do aprisionamento, muitos internos não recebem visitas de familiares e por conta disso acabam consumindo produtos de outros internos que cobram ou dinheiro ou em troca de algum

serviço. Ocorre que quando não há o pagamento como combinado é através da violência que preso acaba sendo cobrado.

> **Interno 01, 27 anos**
> [...] sim... porque observe, eles mesmos fazem dívida na cadeia, sabe que não pode fazer isso e quer fazer porque quer sofrer na cadeia... A pessoa só sofre por causa disso, do contrário não sofre não. Para falar a verdade, o cara dá tempo, mas aí ele fica é hoje, é amanhã, tá ligado? Tipo assim, a pessoa quer receber o seu dinheiro... Tipo assim o cara vende, vende pacaia, vende biscoito e aí você já fez outra dívida ali e a pessoa vai e fica te enrolando, amanhã eu te dou, depois de amanhã eu te dou... aí só por causa disso... aí rola o quê? Rola um murro... A violência que eu tô dizendo é essa [...]

Entretanto, o principal item que leva à punição por dívida é a droga. Muitos internos acabam se endividando para manter o consumo de substâncias psicoativas e não tem como pagar, e acabam sofrendo violência, muitas vezes grave.

> **Interno 02, 37 anos**
> [...] rapaz, a droga. Eu não uso, mas tem bocado aí que usa aí fica tudo perturbado quando não tem. Ai quer bater nos outros que não tem nada a ver, aí começa o *bafafá*... [...] aí dentro é porque compra e não tem dinheiro para pagar, aí apanha... [...]

Ficou evidente que mesmo não havendo uma relação direta com uma dívida, a maioria das resoluções dos conflitos parece ser mediada pela violência, seja em ameaça ou concretizada. Os entrevistados relataram episódios onde o abuso ocorre por conta de um simples mal-entendido ou desacordo.

> **Interno 04, 23 anos**
> [...] rapaz, tem muita coisa que se passa aqui... E você é maluco? Você é doido?... Às vezes você faz uma coisa, qualquer coisa aí dentro, aí você para e toma um pau. Por qualquer besteirinha você toma um pau. Qualquer coisa, só a misericórdia de Jesus Cristo. [...] é tipo assim, às vezes você se estressa e xinga, você sabe que a gente xinga. Aí é como se fosse proibido [...]

Pelos relatos dos internos nota-se que os desentendimentos entre os internos são comuns, generalizados e arbitrários, contudo, ficou claro que existem hierarquias entre os custodiados, o que gera uma espécie de apreciação dos casos, implicando em proteção para alguns e punição brutal para outros.

> **Interno 08, 50 anos**

> Interno 08: Não , não tinha violência, tinha um rapaz lá...que eu não fumo e não empato, não fumo, não bebo, não tenho vicio nenhum... aí um fez: "é coroa você não fuma, mas você vai ter que botar uma bala, um tomate", aí eu disse: "como é rapaz, como é que eu não fumo e vou ter que botar um tomate"...tomate é uma trouxinha de maconha... por que lá tudo em código... aí eu disse: "eu não vou sustentar seu vicio não". Aí foi que tinha um rapaz lá era muito amigo dele, Mark... eu sempre procurava Mark aí eu disse que "tava" acontecendo uma coisa na cela para você ajeitar... aí eu disse que tinha dois lá na cela lá, que disse que eu não fumo mas que teria que colocar um tomate para eles, ai ele disse "vamos aqui na cela dos frentes"... ai ele me levou pra lá... aí "bruxo" disse "o que tá acontecendo na cela "X". Aí "como é rapaz que você quer fazer isso com o coroa? O coroa não faz nada, por que você tem q tirar a cadeia, não é a cadeia que tem que te tirar. Ai os dois tomaram peito de pombo.. e disse que se acontecer alguma coisa com o coroa ai a cela toda vai ter que pagar. Desse dia para cá ninguém mexeu mais comigo... por que se mexesse ia levar..
> Pesquisador: Levar?
> Interno 08: Levar porrada.

Por outro lado, na visão de alguns participantes o fato de haver essa hierarquia possibilita que a prisão funcione de forma mais organizada, onde os internos poderiam se sentir pertencentes, impedindo, inclusive, que haja episódios de violência "desnecessária". O **interno 06** quando questionando sobre a ocorrência de violência na unidade salienta que lá eles são "uma família" e que a violência só pode acontecer contra aqueles que não fazem parte da mesma organização criminosa.

> **Interno:06, 22 anos**
> Pesquisador: Violência aqui dentro você vê acontecer?
> Interno 06: A cadeia tem ideia.
> Pesquisador: O quê?!
> Interno 06: Tem a ideia do chefe, aí não acontece. O coroa não deixa. Aqui todo mundo aí é família. Só quando o cara é alemão, aí você sabe o cara alemão é de outra facção... quando chega aqui tem q dar a ideia: "vim da "velha" e agora tô aqui", ai o coroa fala você quer tomar um pau ou quer ir pra sua cadeia, então tem que "passar o portão" se não é porrada mesmo.

Os entrevistados deixaram evidente que a violência existente na unidade pesquisada tem forte relação com as gangues prisionais (facções) da prisão. Como já salientado, esta unidade tem dois módulos, onde a separação dos internos se dá pela sua participação (ou residência no bairro comandado) em alguma das facções (Bonde do Maluco - BDM ou Comando da Paz – CP). Desta forma, os próprios participantes relataram ter sido alvo de algum tipo de violência quando entraram na unidade.

Esta constatação é mais proeminente nos presos reclusos no módulo anexo I, pois geralmente os presos quando são novos na unidade são dirigidos primeiramente para o prédio principal e somente depois são encaminhados para o prédio anexo I, desta forma, aqueles que são identificados como pertencentes ao BDM são hostilizados pelo grupo dominante do prédio principal (CP).

> **Interno 04, 23 anos**
> [...] O maior risco nessa cadeia é mesmo entrar pessoas de outra facção, você sabe o que é facção? Então, se entrar uma pessoa de outra facção aí você tá ligado... eles pega com amor, mesmo, com vontade, com amor[...]

> **Interno 05, 32 anos**
> [...] Quando eu cheguei aqui , eu fui logo para velha, lá é CP, aquela raça ali não presta não, lá é mais violento que o BDM, lá eu já tava me sentindo encurralado, chegava numa cela para pedir alguma coisa, ai era vá, vá, vá novato, sai daqui e aqui eu não vejo isso. Aqui é sossego total aqui. Todo mundo ajuda todo mundo [...]

> **Interno 07, 20 anos**
> Interno 07: Eu vim da velha, então, quando os caras do anexo veio para reformar o anexo, quem vem da rua não vem direto para aqui. Vai pra lá... ai nós fica de refém lá. De refém porque se a cadeia virar mata nós, botando faca no pescoço, bota nós no muro, de cabeça para baixo...e a nossa é o quê? guerrear para ficar com a nossa família. Ai demorar uns 10, 15 dias ate nós vim pra cá, fica encurralado, no castigo cheio de muriçoca.

Adorno e Salla (2007) ressaltam que a massa carcerária no Brasil é, em sua grande maioria, composta por presos pobres, com poucos recursos pessoais, suscetíveis às influências do momento e vulneráveis às ações arbitrárias e violentas de quem quer que seja. Desta forma, acabam sendo cooptados pelas lideranças da criminalidade organizada. Paixão (1987) sinaliza que existem três elementos que podem explicar a sujeição dos presos a essas lideranças emergentes: o medo, associado com a permanente ameaça de violência física; o cálculo, relacionado ao comportamento de avaliação ativa entre vantagens e desvantagens em participar do agrupamento criminoso e a resignação, referente a uma atitude pouco reflexiva por parte de alguns presos que não recriminam a liderança nem a suas condutas.

Pode-se supor que o crescimento avassalador das organizações criminosas dentro da prisão repercute de forma direta na condição de saúde e na oferta de cuidado aos indivíduos presos. É notória a demanda gerada pela violência física e psicológica perpetrada pela organização criminosa, pois chegam nas unidades de saúde pessoas com ferimentos,

queimaduras, crises de ansiedade, etc.. Contudo, indiretamente, também fica evidente o reflexo deste fenômeno. A partir da observação participante do pesquisador foi identificado que o fluxo de internos que frequentam a unidade é influenciado pela participação destes nas facções, ou seja, aqueles que participam do grupo criminoso tem maior liberdade de solicitar atendimento, diferente daqueles que são de organização adversaria ou que não participa de nenhuma, para estes o acesso à saúde é ainda mais dificultoso.

Outro personagem importante na discussão sobre a violência que ocorre na prisão é o Agente Penitenciário. Os entrevistados por muitas vezes sinalizaram que a relação com o profissional da segurança prisional é tensa e conflituosa.

> **Interno 04**
> Interno 04: Rapaz, às vezes até o comportamento dos próprios agentes. A forma de dialogar com o prisioneiro... Porque às vezes a gente fala alguma coisa, aí eles já vem com agressões... aí ... como pode prejudicar eles e a gente que tá preso... eles não sabem o que se passa na nossa cabeça, assim como a gente também não sabe o que se passa na cabeça deles.. não "tô" dizendo que a gente vai fazer alguma coisa, mas a gente vai fazer algum comentário com tranquilidade aí eles vem e (grunidos e gestos com as mãos) e não é assim, a gente é preso, mas a gente é gente não é bicho, é gente...
> **Interno 07**
> Interno 07: Mas para melhorar tem que tirar esses cara tudo aqui né, vei? Esses caras são "encurralador"... nós sofre aqui dentro de. .. vc é doido!?... esses caras ai.. esses poliças [...] bate no ladrão, faz um bocado de bagulho, mas é porque tá aqui dentro... eles querem ficar te "comediando"... é isso mesmo...tirando onda com nossa cara.

Esta relação belicosa com os funcionários das unidades prisionais também foi identificada nas pesquisas de Minayo e Ribeiro (2016), de Kind e Reis (2015), de Diuona et al (2008) e na de Sequeira (2004). É considerado motivo permanente de insatisfação, pois os agentes são considerados insensíveis, grosseiros, inacessíveis e indiferentes às suas demandas. É importante salientar que os próprios agentes penitenciários se sentem inseguros no trato com o preso, uma vez que podem ser contaminados por alguma moléstia típica do encarceramento ou por ter que lidar com internos considerados perigosos. (DIUANA et al, 2008).

Pelas falas do **interno 06**, essa relação conturbada acaba influenciando a própria oferta de cuidado, uma vez que são os agentes que mediam a relação entre o preso e a equipe de saúde tanto pela condução do preso quanto pelo encaminhamento das demandas. Contudo, o seu relato aponta que muitas vezes essa mediação não ocorre de forma satisfatória.

> **Interno 06, 22 anos**
> Interno: Faz o que quer! Se nós tá na mão deles. Nos tá preso na mão deles...
> Pesquisador: deles quem?
> Interno 06: Dos agentes... "vamo" supor, se nós ... se eles quiser "deixar" trancado, deixa. Para ir para o médico é uma "guerriação"...eles falam que não tem carro p levar e não leva... nem para médico, para dentista.

Ao discorrer sobre a relação conflituosa com os agentes penitenciários o **interno 07** acaba por ilustrar o aspecto da violência masculina juvenil brasileira e em especial a juventude encarcerada. A agressividade é acentuada, existe pouca ponderação sobre seus atos, ou melhor, diante da baixa expectativa de futuro as consequências do delito (a prisão, por exemplo) não atuam como estímulo inibidor. A urgência da vingança é imperativa e o requinte de crueldade proeminente.

> **Interno 07, 20 anos**
> Interno 07: Acabar com tudo lá fora, destruir é tudo.. esses agentes ai que encurrala nós. Eu vou sair é metendo é bala. Acabando com tudo. Se eu me bater com um desses mesmo eu ranco a cabeça... tá pensando que é brincadeira...a pior coisa é isso.. eles encurralam nós de qualquer forma. Quer bater no ladrão, quer agredir, quer dar ideia errada, quer ficar "inaudível" para o ladrão ver bicho, ficar dando "inaudível" no ladrão para o ladrão ver bicho, pensando eles que o ladrão vê bicho. Eles tão de pistola lá fora, nos tá é de metralhadora, nos tá é de AK-47 e eles não sabem, aí fica nessa aí com nós.

De acordo com Acosta (2003), muitos jovens residentes das periferias do Brasil crescem habituados com a violência (doméstica e urbana), favorecendo que estes garotos naturalizem a experiência com a violência tanto como vítimas quanto como agentes. Quando se considera a distribuição das taxas de homicídio, por sexo e faixa etária, observa-se que a maior incidência ocorreu entre jovens e adultos jovens, dos 15 aos 39 anos, e que a fase crítica é dos 20 aos 24 anos de idade. (ACOSTA, 2003). A magnitude desses números explica a baixa na pirâmide populacional observada no último censo demográfico em relação à população masculina jovem, fenômeno típico de países em guerra (BRASIL, 2010b).

A cultura masculina patriarcal tradicional com ênfase na manutenção da assimetria de poder entre alguns homens e outros homens e entre aqueles e as mulheres, banaliza, naturaliza e legitima o uso da violência como uma forma de solução de conflitos, no espaço público ou privado. (CONNELL e MESSERSCHMIDT, 2013).

Parece que o momento histórico atual demanda que sejam promovidas novas experiências de cuidado com a saúde dos homens para que seja possível vislumbrar novas

formas de construção de masculinidades. Existem experiências interessantes com grupos de homens autores de violência contra a mulher espalhados pelo Brasil. (BEIRAS, 2015; LEITE e LOPES, 2013). Nestes grupos é possível trabalhar temas como machismo, violência, uso de drogas, sexualidade, paternidade e qualquer tema que seja interessante para a reflexão dos homens que estão envolvidos em situação de violência. Entende-se que estas experiências poderiam ser replicadas nas unidades prisionais, sabidamente ambiente masculino, onde existe profissionais de saúde capazes de trabalhar com tais temáticas. Para tanto é necessário a participação das instituições governamentais, acadêmicas e da sociedade civil.

7 CONCLUSÃO

O cenário aqui descrito ilustra, antes de tudo, que os direitos humanos dos homens privados de liberdade não estão garantidos de forma plena, especialmente ao que se refere a oferta de cuidado à saúde. Tal constatação sinaliza que as Políticas Públicas responsáveis por sustentar minimamente a cidadania em um ambiente adoecedor e humilhante estão falhando no seu processo de implementação.

Tal percepção merece atenção dos órgãos públicos responsáveis, tais como: a Justiça Penal, a Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização do Estado, a Defensoria Pública, o Ministério Público, Secretaria de Saúde do Estado e a Secretaria Municipal de Saúde e a Academia. Todas estas instituições estão envolvidas em certa medida no processo de construção e reconstrução da engrenagem carcerária.

Também merece destaque a dificuldade em realizar a atividade de campo da pesquisa. Para além do fato de ter havido muitas recusas por parte dos indivíduos em situação de privação de liberdade, evento que é esperado visto a situação de extrema vulnerabilidade, chamou a atenção a dificuldade posta pela própria engrenagem carcerária. A forma como o sistema prisional é gerenciado inviabiliza a pesquisa qualitativa, principalmente quando se procura compreender a perspectiva da pessoa presa, mantendo, desta forma, o lado obscuro da prisão em sua caixa-preta permanentemente.

Os dados encontrados neste trabalho compõem um retrato da exclusão social a que geralmente a população privada de liberdade foi submetida antes mesmo do seu ingresso na prisão e que se agrava com o aprisionamento. A análise dos discursos e práticas sobre oferta de cuidado para homens presos permitiu identificar algumas características particulares de manifestações do processo de autocuidado e noção de saúde segundo o gênero. Inclusive, é imprescindível não se perder de vista a importância que o cuidado voltado para população masculina desempenha neste contexto, já que esta representa cerca de 95,0% da população prisional do estado da Bahia no período de estudo e é frequentemente o grupo mais envolvido em situações de violência.

Os problemas identificados foram muitos e variados, como: superlotação; ineficiente e inadequada infraestrutura do presídio; gerenciamento deficitário do serviço de saúde; violência; questões de ordem sanitária; falta de saneamento básico; excesso de automedicação, dentre outros. Tudo isso revela um estado de negligência e privação de cuidados.

Ao que se refere ao comportamento individual dos entrevistados foi notório que os homens privados de liberdade expressam a construção de um homem marcado pela masculinidade hegemônica, sem, contudo, conseguir dela ser beneficiado. Os relatos remeteram a concepção do masculino avesso às práticas de cuidado preventivas e promotoras de saúde, atraído pelas condutas consideradas de risco e imerso em situações de vulnerabilidade, sobretudo no cárcere, mas não exclusivamente.

Ficou evidenciado que na visão dos entrevistados a oferta de cuidado na unidade prisional estudada é insatisfatória, embora o atendimento, em alguns momentos, dos profissionais seja considerado acolhedor, este acolhimento não é revertido em resolutividade. Salienta-se que a violência foi o agravo mais citado como agente gerador de risco à saúde.

O processo de trabalho em saúde mostrou-se iminentemente biomédico, curativista, centrado na figura do médico e com baixo nível de planejamento estratégico em saúde, ainda assim deficitário, tendo em vista os relatos de excesso de automedicação. Tal constatação diverge da PNAISP que encontra na Atenção Primaria à Saúde (APS), principalmente, nos moldes da Estratégia Saúde da Família (ESF) sua diretriz de cuidado. O significado desta afirmação é que ao contrário do que foi identificado nesta pesquisa o cuidado ofertado em uma unidade prisional deveria ser pautado pelo conhecimento epidemiológico do território, com promoção de vínculo e práticas de educação em saúde fortificadas e o atendimento integral e resolutivo.

A vantagem do trabalho em saúde pública a partir da visão discorrida acima é que controlando os agravos da população prisional pode-se supor que existe a possibilidade de controle também a dos munícipes que rotineiramente adentram as unidades prisionais para realizar visita familiar ou íntima a seus entes privados de liberdade. Durante essas visitas, os familiares passam a ter contato com os agravos transmissíveis como, por exemplos, a tuberculose e as IST/Aids. Além disso, o tratamento tardio desses agravos sobrecarregará a gestão municipal e estadual, por meio da porta de urgência, emergência e especialidades dos equipamentos de saúde da rede ambulatorial e hospitalar, assim como da assistência farmacêutica. Pode-se considerar, então, que a vulnerabilidade da população privada de liberdade torna o município também vulnerável.

Entende-se, contudo, a complexidade em efetivar as ações da APS no cárcere conforme preconiza os documentos Ministeriais (PNAISP; PNAB; PNAISH) em função das especificidades destes espaços. Porém, o processo de saúde no cotidiano das prisões precisa

ser percebida como uma tecnologia de cuidado avançada no trato em garantir cidadania, tanto dentro quanto fora do cárcere.

A condição de saúde dos homens encontradas na pesquisa revelou o cenário comum das pesquisas com este objetivo – infecções sexualmente transmissíveis, hipertensão e produção da violência (BRASIL, 2014). Entretanto, estabelecendo um paralelo entre a produção de cuidado, o cenário de (falta) saúde, a concepção sobre saúde masculina dos entrevistados e as políticas norteadoras deste contexto, lamenta-se a assombrosa falta de articulação entre a saúde prisional e a saúde do homem.

Como já citado, ficou claro que a prática da Atenção Básica no contexto prisional é frágil, aliado a isto é notório que não existem ações de saúde que visem a efetivação da Saúde do Homem naquela prisão. Dessa maneira, perde-se uma excelente oportunidade de trabalhar com a população masculina em conformidade com os eixos prioritários estabelecidos pela coordenação nacional da saúde do homem. Sendo assim, parece ser necessário que a SEAP em parceria com a SESAB e a SMS desenvolvam cursos ou modelos de capacitação e educação continuada sobre a PNAISH, favorecendo assim que seus profissionais de saúde tenham condições de trabalhar em favor à saúde a partir das orientações ministeriais.

A PNAISH deixa claro que os profissionais de saúde devem trabalhar de forma oportunista, aproveitando os espaços de aglomeração masculina para atingir as metas da Saúde do Homem, sendo assim, por este prisma, o sistema prisional se mostra um espaço pertinente de intervenção. Embora seja um ambiente que denota muitas dificuldades na concretização das ações de saúde é possível vislumbrar ações estratégicas, tais como grupos de discussão sobre machismo e saúde; educação sobre saúde sexual e reprodutiva; grupo de discussão sobre violência e controle da raiva; planejamento reprodutivo; hábitos saudáveis, saúde mental e abuso de substâncias psicoativas, dentre muitos outros que pretendam trabalhar os eixos norteadores e vulnerabilidades no sistema prisional.

O direito à saúde é um direito fundamental e social. O maior desafio é efetivá-lo para que se torne possível sua concretização, de modo consciente e razoável. É preciso romper com a lógica do senso comum segundo o qual “bandido bom é bandido morto”, ou que a fraternidade e o direito não são aplicáveis aos encarcerados. O cárcere atual está ignorando os direitos humanos, em especial o direito à saúde. É imperativo que, tendo em conta os problemas que a organização e o funcionamento do sistema apresentam, encontrem-se formas alternativas de punição, assim como de melhoria das condições ambientais, vivenciais e de saúde dos que estão reclusos.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, Fernando. Homens, violência de gênero e saúde sexual e reprodutiva : um estudo sobre homens no Rio de Janeiro/Brasil / Fernando Acosta, Gary Barker . – Rio de Janeiro : Instituto NOOS, 2003.

ADORNO, Sérgio; SALLA, Fernando. Criminalidade organizada nas prisões e os ataques do PCC. **Estud. av.**, São Paulo , v. 21, n. 61, p. 7-29, Dec. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142007000300002&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Maio. 2017.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; MISHIMA, Silvana Martins. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo "novas autonomias" no trabalho**. Interface - Comunic, Saúde, Educ.** Agosto, 2001.

ALMEIDA, Odilza Lines de.; PAES-MACHADO, Eduardo. Processos sociais de vitimização prisional. **Tempo Social**, revista de sociologia da USP, v. 25, n. 1. 2013.

ANDRADE, L. O. M.; BUENO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2009.

ARAÚJO, A. L. et al. Estudos brasileiros sobre automedicação: uma análise da literatura. **Rev. Bras. Farm**. 96 (2): 1178 – 1201, 2015.

ARRUDA, Guilherme Oliveira de; MATHIAS, Thais Aidar de Freitas; MARCON, Sonia Silva. Prevalência e fatores associados à utilização de serviços públicos de saúde por homens adultos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 1, p. 279-290, Jan. 2017.

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro , v. 81, n. 2, p. 111-126, Mar. 2006.

BAJORY, Zoltán et al. Hungarian "Jailhouse Rock": Incidence and Morbidity of Vaseline Self- Injection of the Penis. The journal of sexual medicine. Volume 10, Issue 2, Pages 509–515, 2013.

BARDIN, L.Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

BAUER, M.W.; GASKELL, G..; Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático,-13.ed. Petrópolis, RJ: vozes, 2015.

BARSAGLINI, R.A. et al. Análise da percepção de gestores sobre a gestão da política de saúde penitenciária em Mato Grosso, Brasil. Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.4, p.1119-1136, 2015.

BEZERRA, Indara Cavalcante et al . Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 40, n. 110, p. 148-161, Sept. 2016 .

BEIRAS, A. Relatório mapeamento de serviços de atenção grupal a homens autores de violência contra mulheres no contexto brasileiro. **Instituto NOOS e Instituto Promundo**. Rio de Janeiro. 2014.

BONEZ, A. et al. Saúde mental de agentes penitenciários de um presídio catarinense. Psicol. Argum. jul./set., 31(74), 507-51, 2013.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p. 77-93, Apr. 2007.

BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Comissão Parlamentar de Inquérito do Sistema Carcerário. CPI sistema carcerário. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2009.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.

BRASIL. Lei de Execução Penal. Brasília, 1984. Disponível em: http://www.planalto.gov. br/ccivil_03/leis/l7210.htm.>. Acesso em: 23 mar 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. Portaria Interministerial n.º 1.777/2003, de 09 de setembro de 2003. Brasília, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Brasília, 2003c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde para Pessoas com Deficiência. Brasília, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem : princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Legislação em saúde no sistema penitenciário / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico, 2010b.

BRASIL. Ministro da Saúde. Politica Nacional de Atenção Básica, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília : 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Departamento Penitenciário Nacional - Ministério da Justiça. Levantamento Nacional de informações penitenciárias INFOPEN – JUNHO, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Brasília, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 14, de 28 de março, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite-B e confecções, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde /Angelita Herrmann, Michelle Leite da Silva, Eduardo Schwarz Chakora, Daniel Costa Lima. - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016.

CARMO, H. O. ARAUJO, C. L. O. População idosa no sistema penitenciário: um olhar por trás das grades. Revista Kairós Gerontologia, 14(6). ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil, dezembro 2011.

CARRARA S. *Aids e a sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas*. In MA Loyola (org.) Aids e doenças venéreas no Brasil. Relume-Dumará, Rio de Janeiro pp. 73-108.1994.

CARRARA, Sérgio; RUSSO, Jane A.; FARO, Livi. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009 .

CONNELL, Robert W.; MESSERSCHMIDT, James W.. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis , v. 21, n. 1, p. 241-282, Apr. 2013.

COYLE, A. Administração prisional: uma abordagem em direitos humanos – manual para servidores prisionais / Andrew Coyle; tradução Odilza Lines de Almeida.– London : International Centre for Prison Studies, 2009.

COSTA, Adriano Henrique Caetano. Homem com H: uma etnografia sobre os homens que fazem sexo com homens - HSH na cidade de fortaleza. Diásporas, Diversidades, Deslocamentos. **Fazendo Gênero**, 2010.

COELHO et al. Soroprevalência da infecção pelo vírus da Hepatite B em uma prisão brasileira. **Rev Bras Epidemiol**; 12(2): 124-31, 2009.

COELHO, M. T.Á. D.. A saúde mental de infratores presos numa unidade prisional da cidade do Salvador . (IN)Prisões numa abordagem interdisciplinar / Maria Thereza Ávila Dantas Coelho, Milton Julio de Carvalho Filho (Org.). - Salvador : EDUFBA, 2012.

CONSTANTINO, P.; ASSIS, S. G.; PINTO, L. W.. O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 21(7):2089-2099, 2016.

COSTA, M.C.C.et al. A saúde dos detentos sob a responsabilidade das equipes de saúde da família: realidade e possibilidades. Rev. APS. jan/mar; 17(1): 76 – 84, 2014.

COUTO, M.T. et al. Men in primary healthcare: discussing (in)visibility based on gender perspectives. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.14, n.33, p.257-70, abr./jun. 2010.

CHIES, L. A. B.. A questão penitenciária. Tempo Social, revista de sociologia da USP, v. 25, n. 1. 2013.

CHRISTIE, N.. A indústria do controle do crime. A caminho dos GULAGs em estilo ocidental. Tradução por Luis Leiria. Rio de Janeiro: Forense, 1999.

CLEMMER, D. The prison comunity. New York: Holt Rinehart and Winston, 1958.

DACORSO, Stetina Trani de Meneses; DACORSO, Lilian Meneses. Vulnerabilidade das pessoas em cumprimento da pena à luz da psicologia. **Estud. psicanal.**, Belo Horizonte , n. 37, p. 143-150, jul. 2012 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372012000100013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 ago. 2017.

DOMINGUES, Paulo Henrique Faria et al . Prevalência da automedicação na população adulta do Brasil: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 49, 36, 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100403&lng=en&nrm=iso>. access on 15 jul. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005709.

DIUANA, V. et al . Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 24, n. 8, p. 1887-1896, Aug. 2008 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 mar 2016.

FERNANDES, L. H. Necessidade de aprimoramento do atendimento à saúde no sistema carcerário. Rev Saúde Pública; 48(2):275-283, 2014.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação/ Org. Laura Camargo Macruz Feuerwerker. - Porto Alegre: **Rede UNIDA**, 2014.

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 1, p. 105-109, Mar. 2005 Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100017&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Mai. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100017.

FIGUEIREDO, Wagner dos Santos; SCHRAIBER, Lilia Blima. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, supl. 1, p. 935-944, 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700025&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Mai. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700025.

FOUCAULT, M.. Vigiar e Punir: nascimento da prisão. Trad. Lígia M. Ponde Vassalo. Petrópolis: Vozes, 2012.

FOCHI, M. C. S. et al. Pré-natal em unidade básica de saúde a gestantes em situação prisional. Rev Rene. Mar-abr; 15(2):371-7, 2014.

FREIRE, Antônio Carlos Cruz; PONDÉ Milena Pereira; MENDONÇA, Milena Siqueira Santos. Saúde mental entre presidiários na cidade do Salvador, Bahia. (IN)Prisões numa abordagem interdisciplinar / Maria Thereza Ávila Dantas Coelho, Milton Julio de Carvalho Filho (Org.). - Salvador : EDUFBA, 2012.

GARLAND, D.. As contradições da 'sociedade punitiva': o caso britânico. *Revista de Sociologia e Política*, 13: 59-80, nov., Curitiba, 1999.

GENIOLE, Leika Aparecida Ishiyama; KODJAOGLANIAN, Vera Lúcia; VIEIRA, Cristiano Costa Argemon. Política Nacional de práticas integrativas e complementares no SUS / organizadores: Leika Aparecida Ishiyama Geniole, Vera Lúcia Kodjaoglanian, Cristiano Costa Argemon Vieira. – Campo Grande, MS : Ed. UFMS : Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2011.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. – 6, reimpr. – são Paulo: Atlas, 2014.

GODOI, R. Para uma reflexão sobre os efeitos sociais do encarceramento. Revista Brasileira de Segurança Pública | São Paulo Ano 5 Edição 8 Fev/Mar 2011.

GOIS, S. M. et al . Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 17, n. 5, p. 1235-1246, May 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000500017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 set 2016.

GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. Tradução de Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 2008.

GOMES, N. S.; KÖLLING, G.; BALBINOT, R. A. A. Violações de direitos humanos no presídio do Roger, no Estado da Paraíba. R. Dir. sanit., São Paulo v.16 n.1, p. 39-58, mar./jun. 2015.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAUJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 3, p. 565-574, Mar. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Mai. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015.

GOMES, Romeu. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo , v. 8, n. 3, p. 825-829, 2003 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300017&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Abr. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000300017.

HASSAN, et al. A comparison of psychotropic medication prescribing patterns in East of England prisons and the general population. **Journal of Psychopharmacology**. Vol 28, Issue 4, 2014.

JASKOWIAK, C. R.; FONTANA, R. T. O trabalho no cárcere: reflexões acerca da saúde do agente penitenciário. Rev. Bras. Enferm., Brasília , v. 68, n. 2, p. 235-243, Apr. 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000200235&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 mar 2016.

JESUS, L. O. et al. Desafios profissionais no campo da saúde no sistema prisional: dilemas na interface entre a saúde e a segurança. Aletheia 41, p.39-52, maio/ago. 2013.

JESUS, Luciana Oliveira de; SCARPO, Helena Beatriz Kochenborger,. O trabalho em saúde nas prisões: produção de sujeitos e territórios. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, 8 (1), jan - jun, 2015.

KRUG, E.G. et al. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

KRUG, Etienne G; DAHLBERG, Linda L.; Violência: um problema global de saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 11, supl. p. 1163-1178, 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500007&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Mai. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007.

LERMEN HS, Dartora T, CAPRA-RAMOS C. Drogadicão no cárcere: questões acerca de um projeto de desintoxicação de drogas para pessoas privadas de liberdade. **Estud pesqui psicol**. 2014.

LEITE, Fabiana; LOPES, Paulo Victor Leite. Atendimento a homens autores de violência doméstica: desafios à política pública. – Rio de Janeiro: **Iser**, 2013.

LERMEN, H. S. et al . Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. Physis, Rio de Janeiro , v. 25, n. 3, p. 905-924, Sept. 2015 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312015000300905&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 mar 2016.

LIMA, W. C.; LIMA, W. C. DROGAS, MÍDIA E SISTEMA PRISIONAL: Uma Análise Criminológica. Anais do 3º Congresso Internacional de Direito e Contemporaneidade:mídias e direitos da sociedade em rede, 2015.

MACHADO, Liz Zanotta. Masculinidades e violências: Gênero e mal-estar na sociedade contemporânea. Série Antropológica. Brasília: UnB, 2001.

MADUREIRA, Alexandra Bittencourt et al . Perfil de homens autores de violência contra mulheres detidos em flagrante: contribuições para o enfrentamento. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 4, p. 600-606, Dec. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400600&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Jun 2017. http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140085.

MARTINS, É.L. C. et al . O contraditório direito à saúde de pessoas em privação de liberdade: o caso de uma unidade prisional de Minas Gerais. **Saude soc**,. São Paulo , v. 23, n. 4, p. 1222-1234, Dec. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401222&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 mar 2016.

MARQUES JUNIOR, Joilson Santana; GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do. Masculinidade hegemônica, vulnerabilidade e prevenção ao HIV/AIDS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 2, p. 511-520, Feb. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000200024&lng=en&nrm=iso>. access on 15 JUN. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000200024.

MENDES, E.V.. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MICHEL, Laurent. Drug use in prisons: strategies for harm reduction (ANRS-PRIDE Program). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 7, p. 2081-2088, July 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702081&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Jan. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.28442015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Laços perigosos entre machismo e violência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 1, p. 23-26, Mar. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100005&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Nov 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100005.

MINAYO, M. C. S.; RIBEIRO, A. P. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(7):2031-2040, 2016.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. – 9. Ed. HUCITEC, 2006.

MIRANDA, Adriana Cerqueira. Produção do cuidado às pessoas provadas de liberdade nas unidades prisionais de uma capital brasileira. Feira de Santana, 2014.

MIRANDA, Márcia Lepiani Angelini; GRANATO, Tania Mara Marques. Pais encarcerados: narrativas de presos sobre a experiência da paternidade na prisão. **Psico** (Porto Alegre), 47(4), 309-318, 2016.

MOREIRA, T. R.; FÁVERO, J. L.; MACIEL, E. L. N. Tuberculose no sistema prisional capixaba. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde; 12(1):26-33. 2010.

MÜLLER, R. F. Violência, vulnerabilidade e risco na política nacional de atenção integral à saúde do homem. **Revista Epos**, 3(2), 1-15. 2012.

NICOLAU, Ana Izabel Oliveira et al . Retrato da realidade socioeconômica e sexual de mulheres presidiárias. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. 3, p. 386-392, 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300011&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Jun. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000300011.

NOGUEIRA, R. M.C. M. et al. Infecção tuberculosa latente em profissionais contatos e não contatos de detentos de duas penitenciárias do Estado de São Paulo, Brasil. Rev Bras Epidemiol. Rev Bras Epidemiol; 14(3): 486-94487, 2011.

OLIVEIRA, N. R., & ARRAES, R. M. B. CAPS Judiciário: Opção necessária para uma justiça saudável Psicol. Argum. out./dez., 29(67), 447-455, 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Regras Mínimas para o Tratamento dos Reclusos. 1955. Disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/sistema-prisional/regras_minimas.pdf>. Acesso: em 25/08/2016.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. Convenção americana sobre direitos humanos, 1969. Disponível em: https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm>. Acesso em: 25/08/2016.

PAIM, J. S. e N. A. F. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? Rev Saúde Pública, 32 (4). 1988.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". **Psicol. Soc.**, Florianópolis , v. 23, n. 1, p. 154-162, Apr. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000100017&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Jun 2017. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-7182201100010001

PERES, M. F. T. O anacronismo Penitenciário.(IN)Prisões numa abordagem interdisciplinar / Maria Thereza Ávila Dantas Coelho, Milton Julio de Carvalho Filho (Org.). - Salvador : EDUFBA, 2012.

PINHEIRO, M. C.et al. Health profile of freedom-deprived men in the prison system. Invest Educ Enferm. 33(2) 2015.

PILKINTON, Patricia D. PILKINTON, James C. Prescribing in Prison: Minimizing Psychotropic Drug Diversion in Correctional Practice. Journal of Correctional Health Care. Vol 20, Issue 2, 2014.

RATTO LRC, TIMERMAN NJ, RODRIGUES CC, MAIA AK, Zanuto E, DURAN JHT, NUNES JUNIOR HG, CORDEIRO Q. Atendimento psiquiátrico à população prisional: cinco anos de experiência da Santa Casa de São Paulo no Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário. **Arq Med Hosp Fac Cienc.** São Paulo. 59(3):163-165. 2014

RAUTNER, C. Criminologia e subjetividade no Brasil. Cristina Rauter. -- Rio de Janeiro: Revan, 2003.

REBELLO, Lúcia Emilia Figueiredo de Sousa; GOMES, Romeu; SOUZA, Alberto Carneiro Barbosa de. Homens e a prevenção da aids: análise da produção do conhecimento da área da saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 15, n. 36, p. 67-78, Mar. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100006&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Jun 2017. Epub Dec 17, 2010. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000045.

REIS, A.R.; KIND, L. A saúde de homens presos: promoção da saúde, relações de poder e produção de autonomia. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 20, n. 2, p. 212-231, ago. 2014.

RIBEIRO, Samila Gomes et al . Perfil gineco-obstétrico de mulheres encarceradas no Estado do Ceará. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 1, p. 13-21, Mar. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100002&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Out 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100002.

RUDNICKI, Dani. Comida e Direitos Humanos no presídio central de Porto Alegre. Revista Direito GV, São Paulo 7(2) | P. 515-538 | JUL-DEZ 2011

SÁNCHEZ, A. R.; MASSARI, V. et. al. A tuberculose nas prisões do Rio de Janeiro, Brasil: uma urgência de saúde pública. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(3):545-552, mar, 2007.

SÁNCHEZ, Al.; LAROUZÉ, B. Controle da tuberculose nas prisões, da pesquisa à ação: a experiência do Rio de Janeiro, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 21(7):2071-2079, 2016.

SANTOS, Helen Barbosa dos; NARDI, Henrique Caetano. Masculinidades entre matar e morrer: o que a saúde tem a ver com isso?. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 3, p. 931-949, Sept. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000300931&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Dez 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000300014.

SEQUEIRA, Vania Conselheiro. Por que o carcereiro não deixa as portas da prisão abertas?. **Interações**, São Paulo , v. 9, n. 18, p. 61-74, dez. 2004 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-29072004000200004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 Set 2016
.

SHELTON**,** D. et al. Psychotropic medication adherence in correctional facilities: a review of the literature. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. Volume 17, Issue 7, September, 2010.

SILVA, J. A. C. et al. Prevalência de automedicação e os fatores associados entre os usuários de um Centro de Saúde Universitário**. Rev Bras Clin Med**. jan-mar;11(1):27-30São Paulo, 2013**.**

SILVA, José Remon Tavares da. Masculinidade e violência: formação da identidade masculina e compreensão da violência praticada pelo homem. 18 redor – Universidade Federal Rural de Pernambuco, 2014.

SILVA, M. B. Ba. Emergência de uma política, extinção de uma coordenação: sobre a gestão da saúde penitenciária no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 21(7):2021-2030, 2016.

SILVA, Andréia Alves de Sena. Prevalência de hepatite B e fatores associados em internos de sistema prisional. **Acta Paul Enferm.** 30(1):66-2017.

SILVEIRA, R. B. B. A questão penitenciária", de Augusto Thompson. Revista do CAAP | Belo Horizonte n. 2 v. XIX p. 155 a p. 166. 2013.

SOARES FILHO, . M.; BUENO, P. M. M. G.. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. Ciência & Saúde Coletiva, 21(7):1999-2010, 2016.

SOUZA, Edinilsa Ramos de. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 1, p. 59-70, Mar. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232005000100012&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Abr 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100012.

SOUZA, Káren Mendes Jorge de et al . Atraso no diagnóstico da tuberculose em sistema prisional: a experiência do doente apenado. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 21, n. 1, p. 17-25, Mar. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100002&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Jun 2017. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000100002.

SCHRAIBER, Lília Blima; GOMES, Romeu; COUTO, Márcia Thereza. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 1, p. 7-17, Mar. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100002&lng=en&nrm=iso>. access on 05 jan 2017. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100002.

TAVARES, Gislaine Pereira; SCHEFFER, Morgana; ALMEIDA, Rosa Maria Martins de. Drogas, violência e aspectos emocionais em apenados. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre , v. 25, n. 1, p. 89-95, 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722012000100011&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Jun 2017. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722012000100011.

TETZNER, E. et al. Odontologia no sistema penal. RFO, Passo Fundo, v. 17, n. 3, p. 360-364, set./dez. 2011.

THOMPSON, A.. A questão penitenciária. Rio de Janeiro, Forense. 1991.

TRINDADE, Cláudia Moraes. Doenças, alimentação e resistência na penitenciária da Bahia, 1861-1865. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.18, n.4, out.-dez.2011, p.1073-1093.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions. Vienna, Austria: UNODC, 2012.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. (IN) Tratado de Saúde Coletiva. Ed FIOCRUZ. 2012.

WACQUANT, L. O lugar da prisão na nova administração da pobreza. Novos estudos CEBRA. 80,pp. 9-19 Março, 2008.

YAMAMOTO, O. H.; OLIVEIRA, I. F. de. Política social e Psicologia: uma trajetória de 25 anos. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Brasília, v. 26, n. especial, p. 9-24, 2010.

ANEXO I

Dados Biopsicossociais

- Recebe Visita/ Quem:
- Quantas vezes ingressou no sistema Prisional:
- Tem alguma doença crônica/persistente diagnóstica:
- Já precisou de intervenção cirúrgica depois que ingressou no sistema prisional:
- Adoeceu no sistema prisional:
- Já manteve relacionamento sexual desprotegido no sistema prisional:

1) Como ingressou no sistema prisional?
2) Quanto tempo custodiado?
3) Já precisou de atendimento do serviço de saúde?
4) Descreva como foi atendido.
5) O que é saúde para você?
6) O que é o SUS para você?
7) O que é a PNAISP?
8) Como você avalia os cuidados à saúde que são ofertados na unidade em se encontra?
9) Poderia descrever qual o papel de cada profissional que trabalha no sistema prisional no cuidado a saúde da PPL?
10) Quais as principais vulnerabilidades da PPL?
11) O que é comportamento de risco na sua opinião?
12) O que é qualidade de vida?
13) Fale um pouco sobre sua rotina na unidade?