



---

ATENÇÃO À SAÚDE  
DAS PESSOAS  
PRIVADAS DE LIBERDADE

---



Atenção à Saúde  
do Homem Privado  
de Liberdade

Anne Caroline Luz Grüdtner da Silva  
Nazaré Otilia Nazario  
Daniel Costa Lima

#### **GOVERNO FEDERAL**

Presidente da República  
Ministro da Saúde  
Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)  
Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

#### **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

Reitora: Roselane Neckel  
Vice-Reitora: Lúcia Helena Pacheco  
Pró-Reitora de Pós-graduação: Joana Maria Pedro  
Pró-Reitor de Pesquisa: Jamil Assereuy Filho  
Pró-Reitor de Extensão: Edison da Rosa

#### **CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Diretor: Sergio Fernando Torres de Freitas  
Vice-Diretor: Isabela de Carlos Back Giuliano

#### **DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA**

Chefe do Departamento: Antônio Fernando Boing  
Subchefe do Departamento: Fabrício Augusto Menegon  
Coordenadora do Curso de Capacitação: Elza Berger Salema Coelho

#### **EQUIPE TÉCNICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Marden Marques Soares Filho  
Francisco Job Neto

#### **GESTORA GERAL DO PROJETO**

Elza Berger Salema Coelho

#### **EQUIPE EXECUTIVA**

Carolina Carvalho Bolsoni  
Thays Berger Conceição  
Rosangela Leonor Goulart  
Sheila Rubia Lindner  
Olivia Zomer Santos  
Gisélida Vieira

#### **ASSESSORIA PEDAGÓGICA**

Márcia Regina Luz

#### **AUTORIA DO MÓDULO**

Anne Caroline Luz Grüdtner da Silva  
Nazaré Otilia Nazario  
Daniel Costa Lima

#### **REVISÃO DE CONTEÚDO**

Igor de Oliveira Claber Siqueira  
Francisco Job Neto

#### **EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MÍDIAS**

Coordenação Técnica: Marcelo Capillé  
Design Instrucional: Adriano Sachweh  
Design Gráfico, Identidade Visual: Pedro Paulo Delpino  
Projeto Gráfico, Diagramação, Ilustração: Laura Martins Rodrigues  
Revisão de Língua Portuguesa: Adriano Sachweh

© 2014 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação desde que seja citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina  
Campus Universitário, 88040-900, Trindade  
Florianópolis – SC.

---

ATENÇÃO À SAÚDE  
DAS PESSOAS  
PRIVADAS DE LIBERDADE

---

Atenção à Saúde  
do Homem Privado  
de Liberdade

Catálogo elaborado na Fonte

U588a Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Valorização da Atenção Básica. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade – Modalidade a Distância.

Atenção à saúde do homem privado de liberdade [recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Organizadores: Anne Caroline Luz Grüdtner da Silva; Nazaré Otília Nazario; Daniel Costa Lima — Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

65 p.

Modo de acesso: [www.unasus.ufsc.br](http://www.unasus.ufsc.br)

Conteúdo do módulo: Perspectivas da política nacional de atenção integral à saúde do homem privado de liberdade. – Violência e atenção à saúde de homens privados de liberdade. – Doenças prevalente entre homens privados de liberdade.

1. Prisioneiros. 2. Prevenção primária. 3. Educação a distância.  
I. UFSC. II. Silva, Anne Caroline Luz Grüdtner da. III. Nazario, Nazaré Otília. IV. Lima, Daniel Costa. V. Título.

CDU: 340

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária responsável:

Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074

# Sumário

Carta do autor .....	5
Objetivo do módulo .....	6

<b>Unidade 1</b>	I	Perspectivas da política nacional de atenção integral à saúde do homem privado de liberdade .....	7
	1.1	Introdução da unidade .....	8
	1.2	Atenção à saúde dos homens privados de liberdade .....	10
	1.3	Política nacional de atenção integral à saúde do homem .....	16
	1.4	Resumo da unidade .....	19

<b>Unidade 2</b>	I	Violência e atenção à saúde de homens privados de liberdade .....	20
	2.1	Introdução da unidade .....	21
	2.2	Gênero e violência .....	23
	2.3	Vitimização do homem privado de liberdade .....	27
	2.4	Resumo da unidade .....	33

<b>Unidade 3</b>	I	Doenças prevalente entre homens privados de liberdade .....	34
	3.1	Introdução da unidade .....	35
	3.2	Principais doenças no sistema prisional .....	38
	3.2.1	HIV/AIDS e DST .....	38
	3.2.2	Tuberculose (TB) .....	41
	3.2.3	Hepatites .....	44
	3.2.4	Uso de drogas .....	47
	3.2.5	Transtornos mentais .....	49
	3.2.6	Hipertensão arterial .....	52
	3.3	Resumo da unidade .....	56
	3.4	Recomendações de leituras complementares .....	57
		Encerramento do módulo .....	58
		Referências .....	59
		Minicurriculo dos autores .....	64

## Carta dos autores

Caro aluno,

Bem-vindo ao módulo de Atenção à Saúde do Homem no Sistema Prisional!

Convidamos você a, nas próximas horas, refletir sobre como suas ações são importantes para que os homens que perderam temporariamente a liberdade tenham seu direito à atenção integral à saúde respeitado.

Quando comparados às mulheres, os homens apresentam características diferenciadas em relação à morbidade e à mortalidade, além de terem uma relação diferente quanto à procura pelos serviços de saúde. Considerando que mais de 90% da população carcerária é formada por homens, e que o ambiente prisional contribui para as vulnerabilidades à saúde, é importante conhecer que fatores estão relacionados à saúde dos homens

privados de liberdade e quais são os principais agravos a que estão expostos.

Juntos, vamos analisar essas questões à luz das políticas públicas relacionadas à saúde do homem e à saúde no sistema prisional.

Bom estudo!

*Anne Caroline Luz Grüdtner da Silva  
Nazaré Otilia Nazario  
Daniel Costa Lima*

## Objetivo do módulo

Ao final deste módulo você será capaz de planejar a atenção à saúde dos homens com as especificidades do sistema prisional, considerando os princípios do Sistema Único de Saúde e as particularidades dessa população privada de liberdade.

Carga horária de estudo recomendada  
para este módulo: 30 horas



# Unidade 1

Perspectivas da política  
nacional de atenção  
integral à saúde do homem  
privado de liberdade

## 1.1 Introdução da unidade

As prisões brasileiras, de maneira geral, caracterizam-se por insalubridade, superpopulação, confinamento permanente, falta de investimentos governamentais e violência.

Fatores estruturais – aliados à má-alimentação, ao sedentarismo, ao uso de drogas, à falta de higiene, dentre outros – refletem-se nas condições de saúde dos homens privados de liberdade (HPL). Assim, problemas de saúde física e mental já existentes são agravados e novos problemas encontram ambiente propício para surgir (ASSIS, 2007).



| Figura 1 – Precariedade estrutural nas instituições carcerárias do Brasil.  
Fonte: Fotolia/BortN66 (2015)

Os direitos das pessoas privadas de liberdade estão previstos em vários documentos internacionais e nas constituições modernas.

De acordo com o artigo 38 do Código Penal Brasileiro, a população privada de liberdade conserva todos os direitos não atingidos pela perda da liberdade, impondo-se a todas as autoridades o respeito à sua integridade física e moral. Entre estes se encontra o direito à vida, que corresponde à obrigação da administração quanto à assistência material, à assistência à saúde e à assistência jurídica e religiosa.

Para conhecer melhor os direitos das pessoas privadas de liberdade, acesse:

- a Declaração Universal dos Direitos Humanos – ONU, 1948, disponível em: <<http://www.dudh.org.br/declaracao/>>;
- o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos – ONU, 1966, disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/D0592.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0592.htm)>;
- as Regras Mínimas para Tratamento de Prisioneiros – ONU, 1955, disponíveis em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/fpena/lex52.htm>>.



A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que uma das mais fortes lições aprendidas no fim do século XX é que a saúde pública não pode mais ignorar a saúde da pessoa privada de liberdade. Por isso, existe um crescente reconhecimento de



que uma boa atenção à saúde nos sistemas prisionais representa uma boa saúde pública (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Com base nessa realidade é importante refletir sobre o fato de que as pessoas privadas de liberdade, independentemente do que as levou a essa condição, mantêm o direito de gozar dos mais elevados padrões de assistência à saúde. Afinal, apesar de estarem privadas de liberdade, preservam os demais direitos humanos inerentes à sua cidadania.

Assim, os profissionais da saúde podem contribuir tanto do ponto de vista físico quanto do social e psicológico, proporcionando conforto e bem-estar, minimizando iniciativas que estimulem a discriminação ou o preconceito, e respeitando os princípios éticos e legais, a fim de resgatar o sentido da existência humana (SOUZA; PASSOS, 2008).

O documento “Princípios Básicos para o Tratamento de Prisioneiros”, das Nações Unidas, evidencia o fato de que as pessoas estarem privadas de liberdade não significa que tenham seus direitos à saúde reduzidos. Afinal, quando um Estado tira o direito das pessoas à liberdade, ele assume a responsabilidade de cuidar de sua saúde, tanto em relação às condições do ambiente da instituição quanto aos tratamentos que podem ser necessários (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Contribuir para a promoção da saúde das pessoas privadas de liberdade não é apenas responsabilidade do Estado, mas uma missão e um desafio para profissionais de saúde e cidadãos que acreditam numa sociedade sem excluídos.

Em face dessa clientela específica, e com necessidades diferenciadas, o profissional de saúde que atende às demandas da pessoa privada de liberdade deve desenvolver suas atividades centradas na necessidade do indivíduo, considerando os aspectos éticos e legais da profissão e levando em consideração as características próprias do Sistema Penal (SOUZA; PASSOS, 2008).

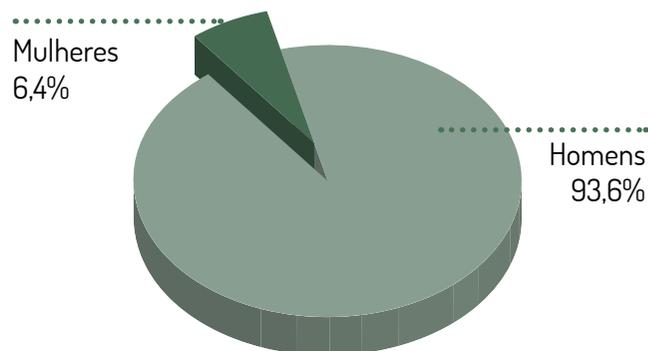
Nessa atenção, devem ser consideradas as diretrizes de atenção do SUS e as políticas públicas de saúde relacionadas a essa população.

Essa atenção direcionada se mostra um importante desafio, uma vez que os dados epidemiológicos evidenciam que a saúde das pessoas privadas de liberdade ainda está pouco visível nos contextos das práticas, sobretudo nas políticas de saúde, ainda que no Brasil existam políticas como a Atenção Integral à Saúde do Homem e da Mulher e o Plano Nacional da Saúde no Sistema Penitenciário (SOUZA et al, 2013).

Também devemos levar em conta que a população privada de liberdade é formada principalmente por homens (93,6%), os quais apresentam características específicas relacionadas à mortalidade e à morbidade, assim como à forma de se relacionar com o sistema de saúde. Dos quase 500 mil homens privados de liberdade, 54,8% são jovens de 18 a 29 anos (menos de 10% têm mais de 46 anos) e 60,8% são negros (cores preta e parda) (BRASIL, 2013a).



## População privada de liberdade no Brasil



| Figura 2 – Percentual da população privada de liberdade segundo sexo no Brasil. Fonte: adaptado pelo autor de Brasil (2013a).

Assim, qualquer ação voltada à saúde dos homens privados de liberdade precisa considerar que não se está lidando com um homem “genérico”, mas com uma população que, mesmo antes de se encontrar no presídio, geralmente vivia em uma situação de exclusão social e econômica.

É necessário, além disso, reconhecer e pôr em prática uma abordagem de gênero e masculinidades que questione essa disparidade tão gritante entre o número de mulheres e homens privados de liberdade. Enquanto isso não for feito, o fato de os homens tradicionalmente se envolverem mais em situações de violência, de risco, de uso de drogas legais e ilegais, em situações de delinquência, entre outras, será naturalizado, como se estes fossem biológica e geneticamente predispostos a se envolverem com tais contextos.

Por que no mundo os homens vivem em média quatro anos a menos do que as mulheres e por que no Brasil essa diferença supera os sete anos?

Por que essa população representa 92% dos óbitos por agressão, quase 85% dos óbitos por acidente de transporte e 78,5% dos suicídios?

O que leva os homens a consumirem mais tabaco, bebidas alcoólicas e drogas ilegais?

Por que muitos homens só procuram atenção à saúde quando a doença ou lesão está instalada e evoluindo negativamente, causando dor e desconforto?

Nesta unidade, vamos refletir sobre essas perguntas e como as questões relacionadas ao ser homem interferem na atenção à saúde dessa população, especialmente no contexto do sistema prisional.

## 1.2 Atenção à saúde dos homens privados de liberdade

### 1.2.1 Saúde, gênero e masculinidades

Desde a década de 1970, e com mais força a partir da década de 1990, eventos como a IV Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), em 1994, no Cairo, e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em 1995, em Beijing, ressaltam

a importância do maior envolvimento dos homens com a saúde, em especial no campo dos direitos sexuais e reprodutivos. Nesses dois fóruns afirmou-se como diretriz a busca de maior participação masculina na promoção da saúde, sendo a prevenção da violência contra mulheres e crianças um campo especial de atenção (ORNANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1994; 1995).

No entanto, de maneira geral, fica evidente nessas conferências que o debate sobre a saúde dos homens não teve como ponto de partida e foco a saúde da população masculina, mas os benefícios que essas ações poderiam gerar para a saúde de mulheres e crianças. Ou seja, parece que as diferenças de morbimortalidade entre homens e mulheres ainda não foram suficientes para

sensibilizar as pessoas sobre a urgência de reconhecer que os homens têm necessidades específicas no campo da saúde.

Para que isso aconteça é necessário, em primeiro lugar, fazer uma leitura de **gênero** sobre o tema. Ou seja, precisamos utilizar a categoria de gênero como um determinante de saúde estratégico para compreender e traçar ações voltadas à saúde da população masculina.

Quando isso não é feito, incorremos no risco de reproduzir e fortalecer estereótipos de gênero atrelados a essa população, do tipo “homem é assim mesmo...”, como se algo na constituição biogenética fizesse com que não conseguissem cuidar de sua saúde.

Como afirma o pesquisador canadense Michael Kaufman (1993), a masculinidade é uma “alucinação coletiva”, algo sempre perseguido, mas nunca alcançado, justamente por não existir como a imaginamos, isto é, na condição de uma realidade natural ou biológica.

No sentido contrário a essa compreensão, gestores e profissionais de saúde devem reconhecer que a cultura do machismo e os estereótipos de gênero dela decorrentes representam um dos principais fatores de adoecimento e distanciamento da população masculina da área do cuidado e saúde.

Observando com um pouco de atenção verificamos, de um modo geral, que os homens são educados desde o nascimento para julgarem-se invulneráveis e para responderem às expectativas sociais de modo proativo, em que o risco não é algo a ser evitado, mas enfrentado e superado cotidianamente. Com isso, a noção de autocuidado é substituída por comportamentos muitas vezes autodestrutivos, o que gera uma série de vulnerabilidades para essa população, com destaque para os jovens (MEDRADO et al, 2009).

Resumindo, o machismo e os estereótipos de gênero, tradicionalmente discutidos quando trabalhamos a saúde das mulheres, são na verdade também o grande problema para a saúde dos homens.

### Gênero

Se refere ao modo como as pessoas e as instituições distribuem o poder em nossa sociedade, construindo, diferenciando, hierarquizando e atribuindo valores diversos ao masculino e ao feminino. Isso está presente não apenas na socialização de meninos e meninas e no cotidiano de homens e mulheres, mas em símbolos e instituições (trabalho, família, religião, educação etc.) (MEDRADO et al, 2009, p. 12)





| Figura 3 – O machismo é prejudicial também à saúde dos homens.  
Fonte: Gema/UFPE/Instituto PAPAÍ (2014)



Conheça a Campanha “Machismo Não Combina com Saúde”, promovida pela Rede de Homens pela Equidade de Gênero (RHEG). Coordenação: Instituto PAPAÍ. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=u2PraFlpsoc>>.

Nascido principalmente de experiências e conhecimentos construídos pelos movimentos feministas e LGBT, o debate sobre homens e gênero possibilitou:

[...] perceber os homens na sua pluralidade, com diversas possibilidades de exercício de masculinidade. Desta forma, homem e masculinidade se transformaram em homens e masculinidades para dar conta da diversidade da experiência humana. [...] Portanto, as masculinidades não são outorgadas, mas construídas enquanto experiência subjetiva e social que são. Se elas são construídas social, cultural e historicamente, podem ser desconstruídas e reconstruídas ao longo da vida de um homem (NASCIMENTO, 2001, p. 88).

Ainda há muito a se fazer no Brasil para as ações voltadas à saúde dos homens, com este enfoque e compreensão. No entanto, são evidentes os avanços observados nos últimos 20 anos.

Cada vez mais vemos o crescimento de ações e pesquisas desenvolvidas por instituições da sociedade civil e acadêmicas voltadas a essa reflexão. Na esfera governamental, temos como marco a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, em 2009.

Considerando tais particularidades, em 2008 foi promulgada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), com o intuito de orientar ações e serviços de saúde para a população masculina, com integralidade, equidade e atenção humanizada.

Além de evidenciar os principais fatores de morbimortalidade na saúde do homem, essa política chama a atenção para os determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, tendo em vista que representações sociais sobre a masculinidade comprometem o acesso



à atenção primária, bem como repercutem na vulnerabilidade dessa população a situações de violência e de risco para a saúde (BRASIL, 2008a).

A PNAISH deve nortear as ações de atenção integral à saúde do homem, buscando estimular o autocuidado e o reconhecimento de que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros.

Essa política busca explicitar o reconhecimento de determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde. Ela considera que representações sociais sobre a masculinidade comprometem o acesso à atenção primária, bem como repercutem na vulnerabilidade dessa população a situações de violência e de risco para a saúde. Vale sempre ressaltar que a PNAISH deve ser aplicada também à realidade do sistema penitenciário (BRASIL, 2008a).

Vamos abordar a PNAISH de maneira detalhada, mas antes precisamos conhecer quem são os homens privados de liberdade.

## 1.2.2 Homens privados de liberdade

A população privada de liberdade (PPL) tende a apresentar condições de saúde física, mental e social pior do que a população geral. No entanto, isso normalmente não se inicia na prisão, já que grande parte dessas pessoas tinha pouco ou nenhum acesso a

serviços de saúde e (ou) a estilos de vida saudáveis antes de ser privada de liberdade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Assim, para atender os homens privados de liberdade, considerando os princípios do SUS, as diretrizes da PNAISH e o Plano Nacional da Saúde no Sistema Penitenciário, o profissional de saúde deve conhecer quem é essa população, suas características e suas necessidades específicas.

Segundo o Anuário de Segurança Pública, em 2012 havia 483.658 homens privados de liberdade, o que correspondia a 93,8% da população carcerária no país. Essa informação, geralmente recebida com certa naturalidade, deveria causar espanto, já que a proporção entre homens e mulheres na população brasileira é de 48,7% e 51,3%, respectivamente (BRASIL, 2013a).

E se a maior parte da população carcerária no país é formada por homens, é necessário lembrar que estes apresentam características que, somadas às condições dos sistemas prisionais, levam a uma maior vulnerabilidade para a ocorrência de determinadas doenças e agravos. Vale ressaltar que o maior desafio à saúde dos homens é o machismo, e que o grande obstáculo para a PNAISH é o engajamento dos homens com estilos de vida mais saudáveis e com o envolvimento em ações de saúde promovidas pela Atenção Básica.

Assim, o profissional de saúde deve buscar conhecer as possibilidades de atenção a esse grupo, dentro das políticas públicas existentes. Para tanto, precisa considerar as configurações de gênero, buscando compreender como se dá a socialização da população masculina e como esta comumente expõe os homens a diversas situações de vulnerabilidade.



Além desse recorte de sexo, é necessário pontuar que 54,8% da população privada de liberdade são compostos por jovens entre 18 e 29 anos. Esse dado cresce em significância quando identificamos que essa faixa etária representa apenas 21,4% população brasileira (BRASIL, 2013a). E que, de acordo com o Sistema Nacional de Informação Penitenciária (InfoPen), a maioria desses homens não completou o Ensino Fundamental.

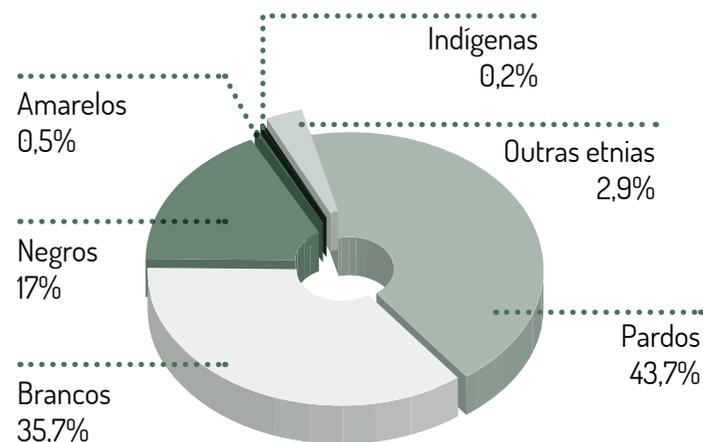


Para conhecer melhor a realidade do seu estado, acesse <[www.infopen.gov.br](http://www.infopen.gov.br)>.

Por fim, de acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado em 2010, a população negra (cor preta e parda) representa 50,7% da população brasileira. No entanto, 60,8% da população privada de liberdade são negros (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

O anuário de segurança pública aponta que, em 2012, 43,7% da população privada de liberdade eram formados por pardos, 35,7% por brancos, 17% por negros, 0,5% por amarelos, 0,2% por indígenas e 2,9% por outras etnias (BRASIL, 2013a).

### Composição da PPL



| Figura 4 – Percentual da PPL no Brasil segundo raça/cor.

Fonte: adaptado pelo autor de Brasil (2013a).

Então, ao discutir a saúde desses homens, é imprescindível considerar as necessidades específicas de saúde da população jovem e negra. Devemos reconhecer que o cenário existente – não apenas nos estabelecimentos penais brasileiros, mas nos de quase todo o mundo – é o de uma instituição que recebe indivíduos:

- marginalizados, pobres, moradores de rua ou desempregados, com problemas de saúde mental e relativos à dependência química;
- com diversos problemas de saúde recorrentes ou crônicos, mas que tiveram pouco ou nenhum acesso a serviços de saúde;



- com necessidades de saúde que requerem especialistas de diversas áreas, incluindo dentistas, psicólogos, oftalmologistas e farmacêuticos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007, p. 25).

A Política Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP) tenta garantir a saúde da população privada de liberdade de modo integral, com base em diretrizes estratégicas como:

- prestar assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde;
- reduzir os agravos mais frequentes;
- definir e programar ações e serviços consonantes com princípios e diretrizes do SUS;
- implementar a intersetorialidade;
- democratizar o conhecimento do processo saúde/doença (SOUZA et al, 2013).

Como profissional de saúde, você deve lembrar que o homem privado de liberdade também é um paciente. Portanto, deve ter sua confidencialidade respeitada, assim como ser informado dos procedimentos a que será submetido.

Além disso, ao atender integralmente essa população, o serviço de saúde contribui para uma sociedade mais saudável, encorajando mudanças de atitude e comportamento e diminuindo as iniquidades em saúde. Afinal, muitos dos homens privados de liber-

dade já não tinham acesso a serviços de saúde antes da entrada no sistema prisional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Se por um lado a infraestrutura do sistema prisional facilita a ocorrência de certos agravos, por outro esse espaço – em conjunto com os serviços de saúde extramuros – pode se configurar como a primeira oportunidade de oferecer assistência integral à saúde dessa população, especialmente no caso dos homens, que dificilmente procuram os serviços de atenção básica à saúde.

Apesar de esse panorama ser extremamente negativo para a promoção da saúde, diversos países têm reconhecido que o tempo privado de liberdade pode ser utilizado como uma oportunidade para a promoção de estilos de vida mais saudáveis, com melhor controle do uso de tabaco e bebidas alcoólicas e, talvez, do uso de violência interpessoal (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Alguns estados brasileiros, mediante articulação com as secretarias de saúde e as secretarias responsáveis pela administração penitenciária, têm trabalhado na formação de indivíduos privados de liberdade como multiplicadores de saúde. Nestes casos, além da remição da pena, há um acompanhamento mais efetivo de agravos, como a tuberculose e o HIV/Aids, e garante-se a continuidade do trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde (BRASIL, 2004).



Atuando com essa perspectiva é possível promover melhorias tanto na saúde e qualidade de vida dos homens privados de liberdade quanto para as comunidades de origem, para onde muitos provavelmente retornarão.

Vale lembrar que a atenção à saúde dos homens privados de liberdade deve incluir não apenas o tratamento para condições específicas, mas a prevenção de doenças e a promoção de saúde. Assim, o sistema prisional também pode ser uma oportunidade de trabalhar ações educativas em saúde.

### 1.3 Política nacional de atenção integral à saúde do homem

Instituída pela Portaria nº 1.944/GM, do Ministério da Saúde, de 27 de agosto de 2009, a PNAISH representa uma iniciativa inovadora, tendo como objetivo facilitar e ampliar o acesso com qualidade da população masculina, na faixa etária de 20 a 59 anos, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde da Rede SUS (BRASIL, 2009a).

A PNAISH traz, em seu texto fundante, o reconhecimento à importância dos aspectos socioculturais e da perspectiva relacional de gênero para a implementação de linhas de cuidado que respeitem a integralidade da atenção aos homens. Assim, contribui de modo efetivo para a redução da morbimortalidade e a promoção de melhores condições de saúde para essa população.

Para conhecer a PNAISH na íntegra, acesse <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>.



Entre seus objetivos, o documento de Princípios e Diretrizes da PNAISH faz o seguinte apontamento:

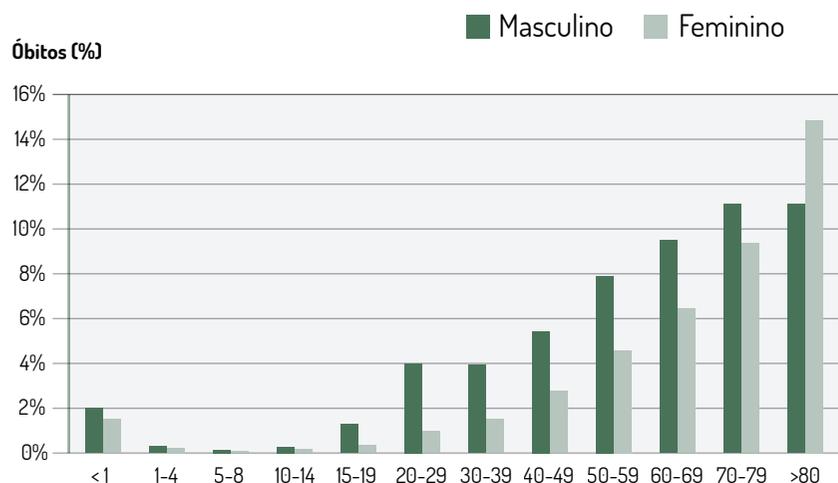
[...] promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, e em situação carcerária, entre outros. (BRASIL, 2009a, p. 75)

Assim, um dos grandes desafios dessa política é reconhecer que os homens e as masculinidades são diversos e, neste contexto, assegurar que os direitos devem ser os mesmos. Ou seja, as políticas e as ações desenvolvidas devem respeitar a diversidade, identificando e traçando ações que levem em conta as necessidades específicas apresentadas por idade, credo religioso, condição socioeconômica, cor/raça, orientação sexual, identidade de gênero, dentre outras (MEDRADO et al, 2009).

Até a criação da PNAISH existiam no Brasil políticas específicas para a saúde de mulheres, crianças e adolescentes e pessoas idosas. Obviamente a ausência de uma política específica não deixava os homens adultos desassistidos, mas levantava a seguinte questão: será que esses homens, que representam um universo de aproximadamente 55 milhões de brasileiros, não precisam de um olhar e de ações específicas no campo da saúde?



Observando a figura a seguir, de distribuição percentual de óbitos entre a população masculina e feminina, fica evidente que, mais que necessária, a PNAISH era urgente.



| Figura 5 – Distribuição de óbitos entre a população masculina e feminina.

Fonte: adaptado pelo autor de Brasil (2010).

Do nascimento até os 79 anos de idade, morrem mais homens do que mulheres no Brasil. A disparidade torna-se especialmente marcante entre 15 e 39 anos, faixa etária em que ocorre o maior número de óbitos por causas externas (agressões, acidentes e suicídio).

De acordo com o IBGE, do total de óbitos informados em 2010, 1.034.418 (57,2%) eram do sexo masculino. Esse percentual atinge seu valor máximo no grupo de 20 a 24 anos de idade, em que 80,8% dos óbitos são provenientes da população masculina (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Destacam-se, entre os homens, taxas de óbitos maiores do que as das mulheres para causas externas (cerca de oito vezes), transtornos mentais e comportamentais (mais de seis vezes), doenças do aparelho digestivo (mais de três vezes) e doenças infecciosas e parasitárias (mais de duas vezes). Os dados a seguir mostram essas diferenças.

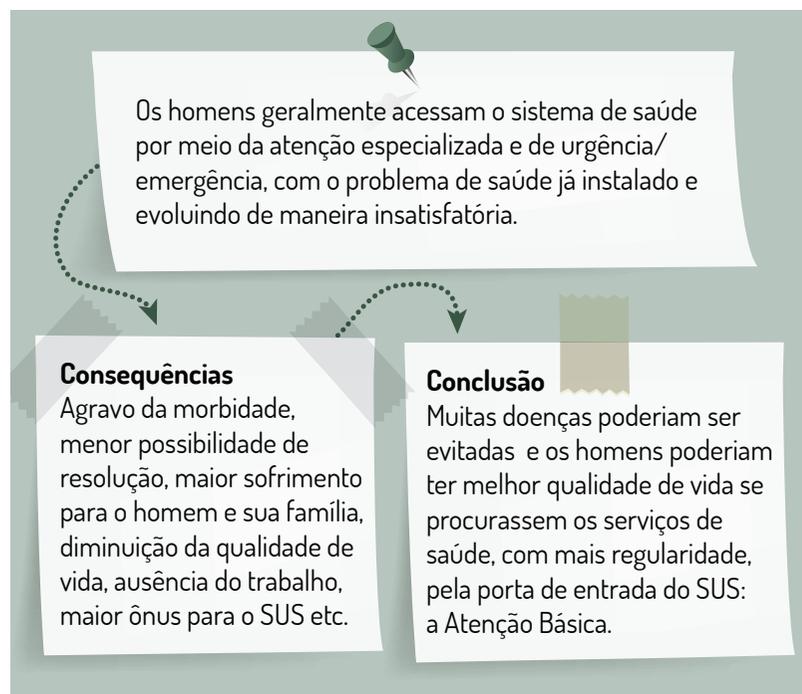
- De cada três pessoas que morrem no Brasil, duas são homens. A cada cinco pessoas que morrem de 20 a 30 anos, quatro são homens.
- Em um levantamento com 198 países, só em cinco os homens vivem mais do que as mulheres: Qatar, Malawi, Suazilândia, Zimbábue e Lesoto.
- Na média global, as mulheres vivem quatro anos e quatro meses a mais do que os homens; no Brasil, são sete anos e três meses (78,3/mulheres e 71 anos/homens).
- Relatório da ONU de 2014 sobre mortes por homicídios mostra a gravidade do problema nas Américas do Sul e Central. O Brasil, país com o maior número absoluto de assassinatos, tem 11 das 30 cidades mais violentas: Macaé (5ª), Fortaleza (7ª), João Pessoa (9ª), Natal (12ª), Salvador (13ª), Vitória (14ª), São Luís (15ª), Belém (23ª), Campina Grande (25ª), Goiânia (28ª) e Cuiabá (29ª).

No mundo, 76,5% dos homicídios são de homens; nas Américas e na América do Sul, 83,4%; no Brasil, 92,1% (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2014).



Os homens também apresentam padrões característicos de morbidade. Tomando como parâmetro os casos novos de HIV/Aids em 2010, verifica-se que as taxas de incidência são muito maiores entre os homens (37,9 casos novos/100 mil habitantes *versus* 21,0 entre mulheres). O mesmo padrão é observado com a tuberculose, que apresenta o dobro de novos casos entre os homens.

Para atuar neste cenário extremamente negativo para a saúde da população masculina, a PNAISH busca modificar o contexto apresentado na figura a seguir.



| Figura 6 – Contexto a ser modificado pela PNAISH.

Fonte: do autor (2015)

Para tal, a Coordenação Nacional de Saúde dos Homens/CNSH/DAET/SAS/MS, responsável pela implementação dessa política em todo o território brasileiro, desenvolve suas ações baseando-se em cinco eixos temáticos:

### **I. Acesso e acolhimento**

Tem por objetivo induzir processos de mudança que levem à diminuição das barreiras de acesso institucional aos homens, priorizando soluções com base na realidade e na cultura locais. As ações envolvem criação de campanhas e horários alternativos e discussões com gestores (as) e profissionais de saúde de todo o país.

### **II. Saúde sexual e reprodutiva**

Diz respeito ao direito e à vontade do indivíduo de planejar a constituição ou não de sua família ou entidade familiar e às necessidades específicas dos homens no campo da sexualidade. Este tema apresenta grande transversalidade com a saúde da mulher, da criança e do adolescente, com a diversidade sexual, assim como com as questões relacionadas às DST/Aids e aos direitos humanos.

### **III. Paternidade e cuidado**

Busca engajar os homens no envolvimento ativo em todas as etapas de gestação, parto e puerpério e nos cuidados relacionados ao desenvolvimento das crianças, possibilitando uma melhor qualidade de vida e vínculos afetivos saudáveis. Campanhas de valorização da paternidade e a estratégia do pré-natal do parceiro surgem como impor-



tantes ações de aproximação dos homens da área do cuidado e da saúde.

#### **IV. Prevenção de violências e acidentes**

Busca propor e (ou) desenvolver ações que chamem atenção para a grave e contundente relação entre a população masculina e as violências e acidentes, sensibilizando a população em geral e os profissionais de saúde sobre o tema. As causas externas representam o principal motivo de morte entre homens de 20 a 45 anos, o que demanda ações voltadas à promoção da cultura de paz na saúde, desde a Atenção Básica até as emergências.

#### **V. Doenças prevalentes na população masculina**

Tem por objetivo discutir internamente no Ministério da Saúde e nas secretarias de saúde a prevalência dos agravos que acometem os homens, levando em conta o gênero como um determinante social de saúde. Tem como ações prioritárias divulgar os principais agravos e os fatores de risco para os homens, sensibilizar profissionais e população acerca desses fatores e estimular ações de promoção e prevenção focadas no público-alvo.

Ao considerar a população privada de liberdade, o documento de Princípios e Diretrizes da PNAISH afirma que, como consequência da maior vulnerabilidade dos homens à autoria da violência, grande parte da população carcerária no Brasil é formada por homens. O documento também chama a atenção para o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, uma estratégia intersetorial entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça.

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário prevê o cumprimento do direito à saúde para as pessoas privadas de liberdade, garantindo ações de saúde em todos os níveis de complexidade, o repasse de medicamentos às unidades de saúde do sistema prisional, a oferta de insumos necessários à prevenção de Aids e infecções sexualmente transmissíveis, o acesso a vacinas, bem como medidas preventivas em relação a tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes e a agravos psicossociais decorrentes do confinamento (BRASIL, 2009a).

## **1.4 Resumo da unidade**

Nesta unidade abordamos as especificidades na atenção à saúde do homem que, por sua socialização, não se reconhece como um ator no cuidado à saúde. Considerando as particularidades dessa população, observamos os fatores que levaram à construção da PNAISH e quais são seus objetivos.

Percebemos ainda que os homens privados de liberdade mantêm seu direito à assistência integral à saúde. Para que essa meta seja atingida, o profissional de saúde deve conhecer as particularidades dessa população e lembrar que, apesar das dificuldades para a assistência à saúde no sistema prisional, esta pode ser a oportunidade de modificar a relação desses homens com o cuidado à saúde.





## **Unidade 2**

**Violência e atenção  
à saúde de homens  
privados de liberdade**

## 2.1 Introdução da unidade

Diferentes formas de violência estão associadas aos motivos que levam grande número de homens para o sistema penitenciário, e comumente continuam a acompanhar esses homens durante o tempo de reclusão. Assim, além da importância de os profissionais de saúde conhecerem os tipos de violência, suas consequências e possibilidades de atuação, é necessário que compreendam minimamente as causas da exposição e vulnerabilidade da população masculina às violências.

Violência e acidentes, juntamente com as enfermidades crônicas e degenerativas, destacam-se no novo perfil de problemas de saúde no Brasil. A violência é um fenômeno sócio-histórico, não sendo um problema exclusivo da saúde, embora a afete diretamente, como podemos verificar na figura adiante.

**A violência pode:**



- provocar a morte, traumas físicos e agravos mentais, emocionais e espirituais;
- contribuir na diminuição da qualidade de vida de pessoas e coletividades;
- colocar novos problemas para o atendimento preventivo ou curativo;
- requerer atenção para a necessidade de um atendimento interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial.

| Figura 7 – Consequências da violência

Fonte: adaptado pelo autor de Minayo (2006).

Como as causas externas, a violência apresenta-se sob diversas manifestações e com diferente distribuição nas populações e nos gêneros. Entre as principais manifestações da violência destacam-se os homicídios e os suicídios.

As taxas de mortalidade por homicídio entre os homens são três vezes mais altas do que entre as mulheres. No mundo, as principais vítimas de homicídios são os homens de 15 a 29 anos, seguidos daqueles entre 30 a 44 anos.

No ano de 2000, os suicídios tiraram a vida de cerca de 815 mil pessoas. Mais de 60% de todos os suicídios ocorreram entre homens, e mais da metade na faixa etária de 15 a 44 anos (KRUG et al, 2002).

Em 2009, o inquérito Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA) identificou 4.012 atendimentos a vítimas de violências em serviços de urgência e emergência. Destes, 72,6% foram de homens. Em 77% dos casos, um homem foi apontado como o autor da agressão.

Como ponto em comum entre homens e mulheres vítimas de violência o inquérito destaca a questão racial, já que os negros (cores parda e preta) foram as maiores vítimas: 69,6% entre homens e 68,5% entre mulheres. A questão etária também se destaca: adolescentes e adultos jovens (até 29 anos) estão mais expostos.

Diversos estudos sobre a violência letal no Brasil, elaborados desde 1998, trazem uma constante: a elevada proporção dessas mortes entre a população masculina. Entre os 143.256 óbitos por causas externas no Brasil, em 2010, os homens foram responsáveis por 82,5%, a segunda causa de óbito entre homens (WAISELFISZ, 2013). Desde o nascimento até aproximadamen-

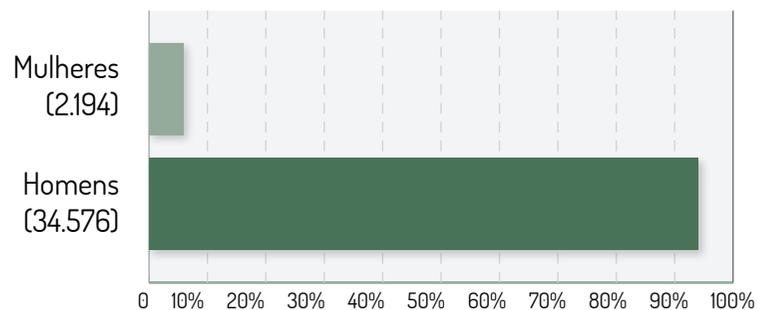


te 45 anos, as causas externas representam a principal causa de morbimortalidade entre os homens.

O homem é mais vulnerável à violência, seja como autor, seja como vítima. Os homens adolescentes e jovens são os que mais sofrem lesões e traumas em função de agressões. Além disso, as agressões sofridas por homens são mais graves e demandam maior tempo de internação em comparação com as sofridas pelas mulheres (SOUZA, 2005).

Outro aspecto a ser considerado é que alguns grupos de homens são mais vulneráveis às situações de violência. Em 2012, por exemplo, os homens representaram 94% das vítimas de homicídio por arma de fogo no Brasil, totalizando 34.576 mortes. No mesmo período, a população feminina representou 6% dessas mortes, totalizando a perda de 2.194 vidas.

#### Homicídios por arma de fogo no Brasil em 2012



| Figura 8 – Vítimas de homicídio no Brasil por arma de fogo em 2012.

Fonte: adaptado pelo autor de Waiselfisz (2013).

Também chama a atenção que a maior vulnerabilidade ao homicídio está associada à raça negra e à faixa etária de 15 a 29 anos, com pico nos 21 anos (WAISELFISZ, 2013).

Na população adulta (20 a 59 anos), que compõe a esmagadora maioria da população privada de liberdade, a mortalidade por agressão (homicídio) é 11,5 vezes mais prevalente entre os homens do que entre as mulheres (92% e 8%, respectivamente). Mesmo com o crescimento do envolvimento de mulheres em situações de furto, roubo, tráfico de drogas e armas, é evidente que os homens, especialmente os negros (cor preta e parda), jovens e mais pobres, ainda são maioria nesse contexto.

De maneira alguma isso significa que se podem limitar as expressões de violência no Brasil aos crimes que ocorrem nas áreas pobres das cidades. Porém, a escassez de oportunidades e perspectivas estão intimamente relacionadas às taxas de criminalidade e às consequências da violência nas regiões metropolitanas (MINAYO, 2006).

Diante do grave cenário da violência, que coloca o Brasil como o país com maior número de homicídios absolutos do mundo, e frente ao impacto dessas violências para a população, especialmente para os homens, faz-se urgente que mais debates e ações sejam realizados na área da saúde. Enquanto isso não for feito, a afirmação de Deslandes (2000) continuará representando uma triste realidade:

É assombroso pensar que os anos potenciais de vida ganhos pelos avanços biomédicos, com uma cobertura vacinal excelente, redução das taxas de mortalidade infantil, entre outras conquistas 'sanitárias', possam ser furtados pelo fenômeno da violência. (DESLANDES, 2000, p. 8).

## 2.2 Gênero e violência

Antes de refletir sobre os diferentes tipos de violência a que os homens privados de liberdade estão expostos, é necessário entender as questões de **gênero** que colaboram para que estes sejam os principais envolvidos na violência – como autores ou como vítimas. O fenômeno da violência não é inerente ao homem, mas construído socialmente e percebido, de modo natural, como elemento constituinte da identidade masculina (GOMES, FREIRE, 2005; ASSIS et al, 2011).

### Estudos de gênero

Os estudos de gênero buscam distinguir a dimensão biológica e social na construção do que é ser homem e ser mulher.

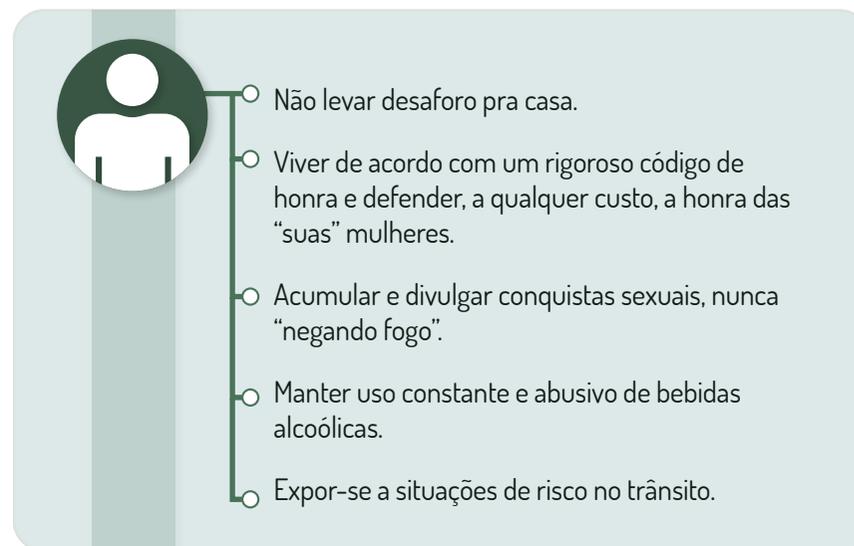
Pensar sobre gênero seria pensar nas relações homem-mulher, mulher-mulher e homem-homem. O gênero se refere a atributos culturais associados a cada um dos sexos, opondo-se com a dimensão anatomofisiológica dos seres humanos, formando construções culturais e modelando as formas e representações de ser homem e ser mulher em cada sociedade (GOMES, 2008).

A violência de gênero inclui, além da violência perpetrada por homens contra mulheres, aquelas cometidas por mulheres contra homens, entre homens e nas relações entre mulheres.

As relações violência-gênero são atravessadas por questões de classe social, raça/etnia e de filiação a grupos. Além disso, podem fazer com que homens e mulheres se envolvam em situações de violência, tanto como vítimas como perpetradores, a fim de afirmar identidades masculinas e femininas socialmente construídas (ASSIS, 2011).

Então, é necessário olhar a violência como uma produção social, considerando que cada sociedade desenvolve os seus tipos de violência, bem como as sanções e as regras que regulam as suas formas, tipos e conteúdos. Geralmente as justificativas culturais para a violência decorrem de noções tradicionais dos papéis característicos dos homens e das mulheres (VINHAS, 2010).

Em diversos estudos etnográficos, Cecchetto (2004) destaca a estreita relação entre masculinidade e competição, e como esta resulta em um terreno fértil para situações de violência. O cotidiano de meninos, adolescentes ou homens jovens é marcado por desafios e provas que frequentemente exigem demonstrações de virilidade e agressividade, dentre os quais se destacam os listados na figura a seguir.



| Figura 9 – Formas de expressão de violência na juventude masculina  
Fonte: adaptado pelo autor de Cecchetto (2004).



Em nossa sociedade a relação entre masculinidade e violência tem grande destaque, a ponto de a segunda expressão ser entendida como uma pertença à primeira, de uma forma quase que naturalizada. No senso comum ainda persistem atitudes que desculpam ou licenciam comportamentos violentos masculinos e aquelas que cobram certo grau de violência nas condutas masculinas para que os atores recebam o atestado de “ser homem”.

Nesse cenário de associação entre o ser masculino e o ser violento, as relações de gênero podem ser construídas e reproduzidas com base na lógica de que a violência seria a referência para se diferenciar o homem da mulher (GOMES, 2008).

Nas sociedades em que o gênero feminino é definido tradicionalmente em relação à esfera familiar e à maternidade, a referência da construção social do gênero masculino é sua atividade, na esfera pública, como o provedor e protetor da família.

Atualmente, nessas mesmas sociedades, as mulheres estão presentes na força de trabalho e no espaço público. Contudo, a distribuição social da violência reflete a tradicional divisão dos espaços: o homem é vítima da violência na esfera pública, e a mulher, no âmbito privado (GIFFIN, 1994).

Na visão do patriarcalismo, o masculino é considerado como o responsável da ação, da decisão, da chefia da rede de relações familiares e da paternidade. Consequentemente o masculino é investido com a posição social de agente de poder da violência (MINAYO, 2006).

Em *Os Sete “Ps” da Violência dos Homens*, Michael Kaufman (1999), baseado em outros estudiosos do tema, traz argumen-

tos para o envolvimento dos homens com atos violentos, contra mulheres ou contra outros homens:

<b>Poder patriarcal</b>	Sociedades dominadas por homens são estruturadas na hierarquia e violência de homens sobre mulheres e sobre outros homens, bem como na “autoviolaência”, constituindo um ambiente que tem como principal função a manutenção do poder da população masculina.
<b>Privilégios</b>	As violências cometidas pelos homens não acontecem apenas em função das desigualdades de poder, mas pela crença de merecimento de privilégios que devem ser concedidos pelas mulheres.
<b>Permissão</b>	A violência contra a mulher é abertamente permitida e até estimulada por costumes sociais, códigos penais e por algumas religiões. Do mesmo modo, a violência de homens contra outros homens, mais que permitida, é celebrada e banalizada em filmes, esportes e na literatura.
<b>Paradoxo do poder masculino</b>	Para desenvolver seus poderes individuais e sociais, os homens constroem armaduras que os isolam do contato afetivo com o próximo e da área do cuidado e da saúde, seja para outros ou para si próprio.



<b>Armadura psicológica da masculinidade</b>	Constituída com base na negação e rejeição de qualquer aspecto que possa parecer feminino.
<b>Pressão psíquica</b>	Os homens são educados desde a infância a não experienciar ou expressar emoções e sentimentos como medo, dor e carinho. A raiva, por outro lado, é uma das poucas emoções permitidas e, assim, outras emoções são canalizadas.
<b>Experiências passadas</b>	O fato de muitos homens crescerem observando atos de violência realizados por outros homens – muitas vezes seus pais – pode caracterizar tais situações como a norma a ser seguida.

| Quadro 1 – Os sete “Ps” da violência dos homens

Fonte: adaptado pelo autor de Kaufman (1999)

É importante sabermos que, apesar das pressões sociais para que os homens se comportem dessa maneira, há incontáveis formas de expressão das masculinidades e muitas delas não envolvem agressão e violência. Por isso, é importante conhecer os conceitos envolvidos e, assim, poder estimular outros modos de expressar os papéis de gênero, desnaturalizando a violência.

Também precisamos considerar que as questões de gênero influenciam na relação dos homens com a saúde. As diferenças entre homens e mulheres, em relação à mortalidade e à morbidade, poderiam ser explicadas, entre outras causas:

- pelas especificidades biológico-genéticas dos sexos;
- pelas diferenças e desigualdades sociais;
- pelas expectativas sociais diferenciadas para ambos os sexos;
- pela busca por e pelo uso de serviços de saúde por parte dos homens;
- por determinados modelos de masculinidade (COUTO; GOMES, 2012).

Além de incluir a população masculina no debate sobre as questões de gênero, este tem se ampliado com a articulação entre saúde e sexualidade, considerando a complexidade desta, sua multiplicidade nas construções de identidades de gênero e orientações sexuais.

## 2.2.1 Identidade sexual

Dentro das diferentes formas de expressão da orientação e identidade sexual se encontra a comunidade LGBT. Essa abreviação é usada para referir-se às comunidades de lésbicas, gays, bissexuais e transgênero.

Reconhecendo os efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT, foi instituída no Brasil a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, cujos objetivos e diretrizes estão voltados a mudanças na determinação social



da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde desses grupos sociais.



Conheça a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, promulgada em 2010, para a construção de mais equidade no SUS. Acesse: <[http://www.abgl.org.br/docs/PoliticaNacional\\_SaudeIntegral\\_LGBT.pdf](http://www.abgl.org.br/docs/PoliticaNacional_SaudeIntegral_LGBT.pdf)>.

Precisamos entender que, na realidade do sistema prisional, devemos considerar aspectos da saúde sexual e reprodutiva como direitos sociais, civis e políticos dessas pessoas. Assim, além do acesso aos serviços de saúde, tanto nas questões de prevenção quanto nas de tratamento, temos de assegurar a autonomia dos indivíduos no tocante à vivência da sexualidade, sem discriminação ou violência.

Os direitos sexuais e reprodutivos são aqueles em que os indivíduos têm a garantia de suas escolhas e de exercê-las, sejam elas de orientação sexual ou ligadas à reprodução (ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME, 2012).

A PNSSP incluiu em suas diretrizes o respeito ao que determina a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT e o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT.

Em maio de 2009 o Governo Federal lançou o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT, composto por 51 diretrizes, que devem ser transformadas em políticas de Estado.



| Figura 10 – Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT.  
Fonte: BRASIL (2009b)

Entre elas estão a

Implementação de uma política de enfrentamento à homofobia em todas as unidades de custódia (casas de custódia e penitenciárias), assegurando aos custodiados o direito de optarem por celas distintas ou serem encaminhados para unidades condizentes com seu gênero social. (BRASIL, 2009b).



e a

Promoção da humanização da atenção à saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais em situação carcerária, conforme diretrizes do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (BRASIL, 2009b).

Para organizar o serviço de atenção à saúde dos homens privados de liberdade, é importante que o profissional de saúde lembre que estes têm direito a visita íntima conforme resolução nº 4 do CNPCP, de 2011 (BRASIL, 2011).

O direito de visita íntima é assegurado às pessoas presas, casadas entre si, em união estável ou em relação homoafetiva. Esse direito é entendido como a recepção pela pessoa presa, nacional ou estrangeira, homem ou mulher, de cônjuge ou outro parceiro ou parceira, no estabelecimento prisional em que estiver recolhido, em ambiente reservado, cuja privacidade e inviolabilidade sejam asseguradas às relações heteroafetivas e homoafetivas (BRASIL, 2011).



Para diminuir os casos de violência contra a população LGBT nos presídios, algumas instituições criam alas específicas para essa população. Acesse o vídeo disponível no endereço eletrônico a seguir para conhecer mais sobre essa experiência: <<http://www.youtube.com/watch?v=PqEfcv3Gr00>>.

## 2.3 Vitimização do homem privado de liberdade

A história das prisões brasileiras é marcada por discriminação, injustiça e violência. Elas foram instituídas primeiramente para os escravos que fugiam e os malfeitores das cidades e vilas coloniais.

Naquela época as cadeias eram espaços regulados pelo costume. Essas instituições garantiam segurança às classes proprietárias e operavam por meio da detenção daqueles que, já condenados, aguardavam a execução de suas sentenças (AGUIRRE, 2009).

As prisões são consideradas locais violentos quando comparadas com a comunidade. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014), aproximadamente 25% da população privada de liberdade são vítimas de violência a cada ano, entre 4% e 5% sofrem algum tipo de violência sexual e 1% a 2% sofrem estupro.

### 2.3.1 Conceitos de violência

A violência, conforme a OMS, pode ser 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).



A violência pode ser expressa de diferentes formas e ser classificada em três grandes categorias, descritas a seguir.

- **Violência coletiva:** inclui os atos violentos que acontecem nos âmbitos macrosociais, políticos e econômicos e caracterizam a dominação de grupos e do Estado. Nesta categoria estão os crimes cometidos por grupos organizados, os atos terroristas, os crimes de multidões, as guerras e os processos de aniquilamento de determinados povos e nações.
- **Violência autoinfligida:** subdividida em comportamentos suicidas e autoabusos. Os primeiros incluem suicídio, ideação suicida e tentativas de suicídio; os autoabusos se referem às agressões a si próprio e às automutilações.
- **Violência interpessoal:** dividida em violência comunitária e violência familiar, que inclui a violência infligida pelo parceiro íntimo, o abuso infantil e o abuso contra os idosos. Na violência comunitária incluem-se a violência juvenil, os atos aleatórios de violência, o estupro ou ataque sexual por estranhos, bem como a violência em grupos institucionais, como as escolas, os locais de trabalho, as prisões e os asilos.

Esses tipos de violência também são classificados quanto à natureza dos atos, que podem ser de natureza física, sexual ou psicológica, ou que envolva privação ou negligência.

O abuso físico é o uso de força para produzir injúrias, feridas, dor ou incapacidade em outrem. O sexual diz respeito ao ato ou jogo sexual que visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas, pornográficas e sexuais im-

postas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças. O abuso psicológico inclui as agressões verbais ou gestuais utilizadas para aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou isolá-la do convívio social. Por sua vez, a negligência ou abandono inclui a ausência, recusa ou deserção de cuidados necessários a alguém que deveria receber atenção e cuidados (KRUG et al, 2002).

A violência contra pessoas privadas de liberdade pode ser definida como qualquer incidente, provocado por conflitos endêmicos no cárcere, no qual uma pessoa é ameaçada, abusada e agredida.

Essa vitimização se diferencia da de outros grupos populacionais por três razões. Primeiro, por sua aceitação por parte do público, das autoridades e dos próprios internos, embora apresentem mudanças e variações internacionais e locais. Segundo, pela influência deletéria do confinamento e convívio compulsório de pessoas com trajetórias diversas em um ambiente regulado e de bens escassos. Finalmente, pela vulnerabilidade decorrente de atividades rotineiras altamente restritas, repetidas e partilhadas (ALMEIDA; PAES-MACHADO, 2013).

O índice de vitimização dos homens privados de liberdade, durante todo o tempo de custódia e em várias unidades penais, é de 20,6%, mais que o dobro da população em geral. A vulnerabilidade ou a probabilidade de ser agredido varia de acordo com cinco fatores sócio-organizacionais: o *status* de novato, o poder aquisitivo, as dívidas, a resistência às regras prisionais e o pertencimento aos grupos criminosos (ALMEIDA; PAES-MACHADO, 2013; BORGES, 2008).





| Figura 11 – Fatores sócio-organizacionais da vulnerabilidade ou probabilidade de agressão ao homem privado de liberdade

Fonte: adaptado pelo autor de Almeida; Paes-Machado (2013); Borges (2008).

### 2.3.2 Tipos de violência no sistema prisional

De maneira geral podemos dividir as principais violências contra as pessoas privadas de liberdade em dois grupos:

- violência quanto à ilegalidade da prisão, ou duração excessiva da pena;
- violência quanto à maneira de execução da prisão.

No primeiro grupo estariam as prisões arbitrárias e as que ultrapassam o cumprimento da pena. No segundo caso enquadram-se principalmente a superlotação das celas, a falta de higiene e sanitários, a ociosidade dos presos, os castigos arbitrários, o estupro, os espancamentos, os maus-tratos e as torturas (MAGNABOSCO, 1998).

A figura a seguir apresenta os principais tipos de violência que ocorrem nos sistemas prisionais, conforme World Health Organization (2014).

**Principais tipos de violência nos sistemas prisionais**



- Suicídios, tentativas de suicídio e automutilação.
- Violência física (agressões, brigas) entre os internos.
- Violência psicológica (humilhação, ameaças, assédio moral).
- Abuso sexual.
- Tortura ou maus-tratos.
- Violência contra os funcionários da instituição.

| Figura 12 – Principais tipos de violência recorrentes nos sistemas prisionais  
Fonte: adaptado pelo autor de WHO (2014).

Então os homens privados de liberdade podem estar envolvidos em situações de violência entre eles, serem vítimas de abusos da instituição, ou perpetrarem violência contra os funcionários des-



sa instituição. As agressões diretas entre os internos representam mais do que o dobro da vitimização pelas instituições penais.

Os níveis das agressões físicas (38,0%) e psicológicas (22,1%) entre os presos superam os das instituições (10% e 4,8%). Porém, a participação destas na vitimização material é quase duas vezes maior do que entre os homens privados de liberdade (ALMEIDA; PAES-MACHADO, 2013).

É necessário perceber que grande parte dos danos materiais (15,9%) também é física, a exemplo do não fornecimento de bens e serviços essenciais, como a água potável, a alimentação adequada, o material de higiene e limpeza, os colchões e a assistência médica.

As condições gerais de insalubridade e a falta de assistência favorecem a prevalência mais elevada de doenças infectocontagiosas a quem se encontra nessas instituições do que à população em geral. Embora em alguns casos não se possa precisar se foram adquiridas dentro ou fora da instituição, suas características facilitam o contágio e a aquisição de moléstias típicas de grupamentos e da falta de cuidados à saúde.

Por sua vez, a vitimização psicológica (4,8%) reflete-se em sentimentos de humilhação, insegurança e vulnerabilidade. Vivendo nesse ambiente embrutecedor, os presos sentem-se desamparados e humilhados pela dependência de serviços precários e inoperantes, e por jogos de interesses e trocas em que eles são, muitas vezes, o lado mais fraco (ALMEIDA; PAES-MACHADO, 2013).

Os casos de violência sexual (2,9%) não aparecem entre os mais frequentes. No entanto, esse valor não reflete a realidade, já que a maioria dos casos não é declarada.

Mesmo que as visitas íntimas permitam ao homem privado de liberdade manter uma vida sexual ativa, a violência sexual permanece no ambiente carcerário, sendo muitas vezes usada como forma de castigo ou punição, como demonstração de poder e força ou como forma de humilhar e subjugar outro preso. Os principais alvos são os acusados ou condenados por delitos sexuais, mas também os internos mais jovens, os novatos, os estrangeiros e aqueles com transtornos mentais (WOLFF; SHI, 2011).

O estupro ocorre quase sempre na presença de terceiros. Muitas vezes a vítima é abusada por todos os detentos da cela. Em alguns casos, a vítima não resiste ao abuso por medo de represálias.

Esse tipo de violência pode afetar gravemente a autoimagem e a autoestima da vítima, causando problemas psíquicos e físicos, desajustes graves que impedem ou dificultam o retorno a uma vida sexual normal e a destruição da relação conjugal do recluso (MAGNABOSCO, 1998).

Os homens que sofrem violência sexual enfrentam barreiras para denunciar, incluindo as apresentadas adiante.



<b>Vergonha</b>	Podem sentir-se particularmente envergonhados e até culpados por uma resposta física involuntária ocorrida durante a agressão. Podem não conseguir se enxergar como vítimas, seja em relação à agressão (pois “um homem deve ser capaz de se proteger”) ou às consequências (pois “um homem deve ser capaz de resolver seus problemas”).
<b>Confusão e ignorância</b>	Podem não conseguir expressar verbalmente o que aconteceu com eles, não saber a quem procurar, ou o que é necessário para que denunciem a violência. A falta de conscientização da população em geral e dos profissionais que atuam com o tema também contribui para a falta de serviços e respostas adequadas, muitas vezes levando à discriminação e ao silêncio das vítimas.
<b>Medo</b>	Podem temer que ninguém acreditará neles, que serão ridicularizados por suas famílias e comunidade, que serão considerados potenciais abusadores de crianças, que serão rotulados como homossexuais.
<b>Isolamento</b>	Por causa do silêncio em torno da questão, podem acreditar que suas experiências são únicas, ou que ninguém vai acreditar ou compreendê-los.

| Quadro 2 – Barreiras enfrentadas pelos homens para denunciar violência sexual sofrida.

Fonte: SEXUAL VIOLENCE RESEARCH INITIATIVE (2011).

Conheça a Portaria nº 485/2014, que redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no SUS. Acesse: <[http://www.conass.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3505:ci-n-97-publicada-a-prt-gm-n-485-que-redefine-o-funcionamento-do-servico-de-atencao-as-pessoas-em-situacao-de-violencia-sexual-no-ambito-do-sistema-unico-de-saude-sus&catid=6:conass-informa&Itemid=14](http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3505:ci-n-97-publicada-a-prt-gm-n-485-que-redefine-o-funcionamento-do-servico-de-atencao-as-pessoas-em-situacao-de-violencia-sexual-no-ambito-do-sistema-unico-de-saude-sus&catid=6:conass-informa&Itemid=14)>.



Os suicídios também são uma realidade nas situações de privação da liberdade. Estima-se que a taxa de suicídios dentro das prisões seja até oito vezes maior que na população em geral.

Essa diferença está relacionada à estrutura do sistema prisional, que, como vimos, enfrenta dificuldades de várias ordens: superlotação, condições precárias de saneamento e incidência de doenças infectocontagiosas, entre outras.

Esses fatores contribuem para o agravamento da realidade vivenciada pelo detento, e podem estar associados a problemas mentais, bem como a sentimentos de impulsividade, agressividade e desesperança, que também podem desencadear a prática suicida nesses ambientes (BLAAUW et al, 2001).

Os suicídios em prisões apresentam então uma dinâmica específica, salvo as situações das pessoas com transtorno mental. O sofrimento imposto pela condição de estar preso é o bastante para a decisão de terminar com a própria vida.



De acordo com a OMS, o manejo bem-sucedido de um indivíduo suicida depende do reconhecimento da ideação suicida, da avaliação adequada do problema, do início e manutenção de um tratamento apropriado. A abordagem preventiva deve estar vinculada a uma determinada cultura e a um determinado ambiente, pois o suicídio acontece em um dado espaço sociocultural e físico. Assim, a triagem dos homens privados de liberdade em relação à ideação suicida pode ser uma forma de prevenir esse tipo de violência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001).

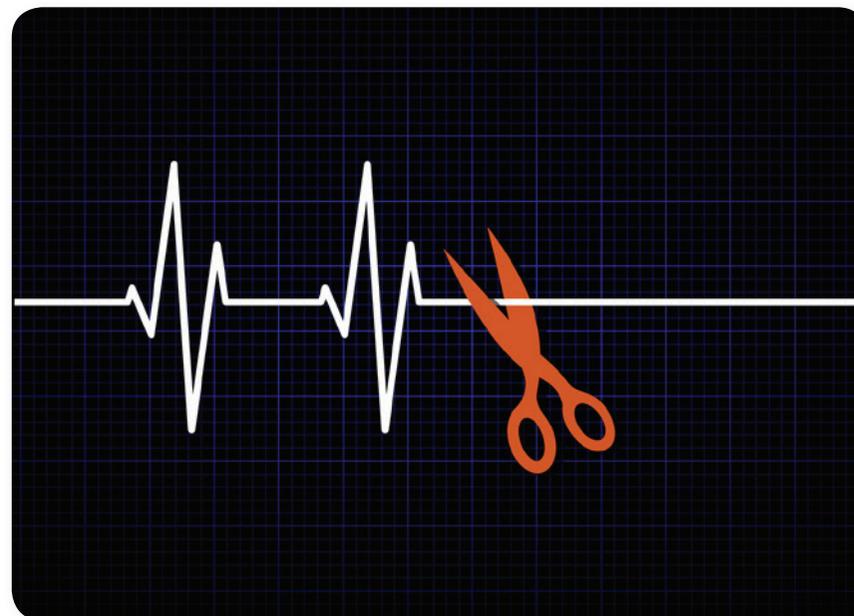
A OMS encontrou diferença quanto ao comportamento suicida de acordo com o tempo de detenção. Nas penitenciárias, onde se encontram presos já sentenciados, a taxa média de suicídio é três vezes a taxa da população em geral. Já nos ambientes prisionais que abrigam detentos por um curto prazo, como as delegacias, a taxa de suicídios é dez vezes maior do que a da população em geral.

Os indivíduos que cometeram suicídio e se encontravam detidos em cadeias ou delegacias geralmente eram homens, jovens, com idade entre 20 e 25 anos, solteiros, usuários de drogas ou álcool. Nestes casos, o suicídio ocorreu nas primeiras 24 horas após serem detidos e, frequentemente, nos primeiros dias de prisão.

Entre os abrigados em penitenciárias por um tempo maior, os homens que cometeram suicídio geralmente tinham entre 30 e 35 anos, eram responsáveis por crimes violentos e o suicídio ocorreu num período entre quatro e cinco anos de prisão.

Além disso, o suicídio pode ser precipitado por conflitos com outros homens privados de liberdade, com os funcionários, com a família ou, ainda, por negativa dos benefícios legais a que têm direito (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001).

A prevenção do suicídio envolve uma série de atividades. Estas abrangem desde a provisão de melhores condições possíveis, como o tratamento de distúrbios mentais, até o controle ambiental dos fatores de risco.



| Figura 13 – A precariedade estrutural das instituições carcerárias torna o ambiente mais hostil e contribui para a ideação suicida entre as pessoas privadas de liberdade.

Fonte: Fotolia/WoGi (2015).

A análise de tais fatores de risco, associados ao comportamento suicida, mesmo sem uma etiologia definida para este ato, pode fornecer caminhos possíveis de intervenção (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001).



Todos os tipos de violência trazem consequências não apenas físicas, mas psicológicas, e o serviço de saúde pode servir como local de alerta para detecção de eventos violentos, para o tratamento das sequelas e para prevenção de novos abusos. A OMS sugere que a prevenção seja focada nos grupos que estão em maior risco de vitimização (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Utilizando intervenções individuais ou trabalho em grupos, é possível auxiliar no enfrentamento das situações de violência no sistema penitenciário, prevenir novos casos de abuso dentro e fora do sistema, como no caso da violência doméstica, e minimizar as consequências vivenciadas pela vítima.

## 2.4 Resumo da unidade

Nesta unidade observamos que a violência faz parte do ambiente penitenciário, e que na maioria dos casos acompanha os homens antes da entrada no sistema prisional. Quando se comparam as questões relacionadas à morbimortalidade de homens e mulheres, percebe-se que eles aparecem como os principais autores e vítimas de violência.

Para compreender essa relação é necessário analisar a violência sob a ótica das questões de gênero, entendendo as relações entre masculinidade e violência. Porém, é preciso lembrar que há mais de uma forma de expressar a masculinidade, e que há diferentes identidades de gênero, que também precisam ser respeitadas no ambiente prisional.

A unidade finaliza com os tipos de violência a que os homens privados de liberdade estão expostos, chamando a atenção para as possibilidades de ação do profissional de saúde frente a essas situações.





## **Unidade 3**

**Doenças prevalente  
entre homens privados  
de liberdade**

## 3.1 Introdução da unidade

Como discutido neste módulo, tradicionalmente o uso dos sistemas de saúde pelos homens difere do praticado pelas mulheres. Comumente homens adultos entram em contato com os serviços de saúde apenas por meio da atenção especializada e (ou) das urgências e emergências, com doenças e lesões já instaladas, que evoluem negativamente. Isso reconhecidamente gera agravos da morbidade e altos custos para o SUS.

Neste sentido, a PNAISH (2009) destaca a necessidade de se fortalecer e qualificar a atenção primária para a população masculina, garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção dos problemas evitáveis.

A opção por priorizar essa abordagem segue orientações estabelecidas pela OMS há muitos anos que afirmam que a atenção primária é o elemento mais eficaz e eficiente de saúde em qualquer sistema público (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978). Assim, o mesmo enfoque deve ser dado à atenção à saúde dos homens privados de liberdade.

Porém, inicialmente é preciso reconhecer que a maioria desses homens privados de liberdade se encontrava em uma situação de vulnerabilidade em relação à saúde e à exposição a diversas violências mesmo antes de ser presa. Assim, com grande frequência o contexto de adoecimento e vulnerabilidades dos homens privados de liberdade segue o mesmo caminho daquele observado entre boa parte da população adulta de homens, com destaque para homens jovens (18 a 29 anos), negros (pretos

e pardos), com baixa escolaridade e moradores das periferias urbanas brasileiras.

Ao se discutir sobre a vulnerabilidade dessa população é necessário retomar a primeira unidade, quando foi introduzida a questão de gênero e masculinidades.

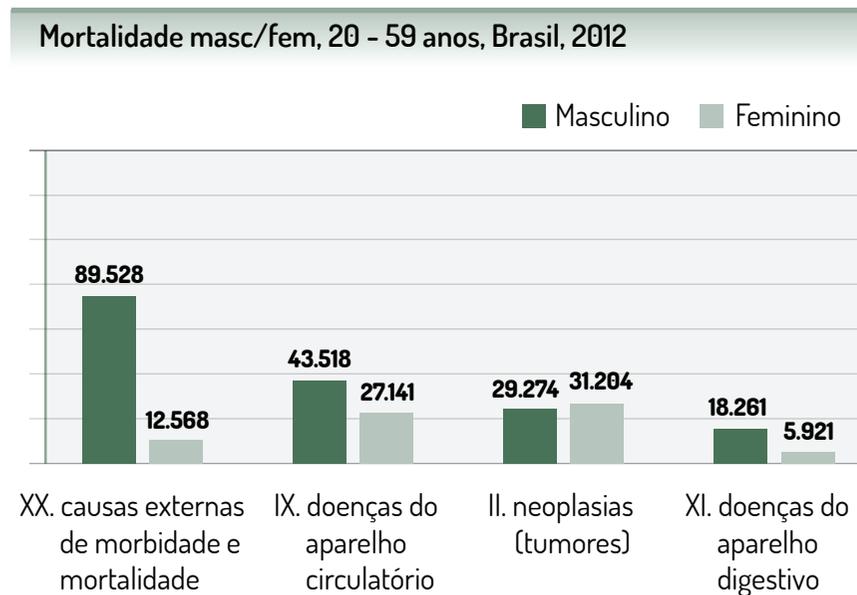
Como foi discutido, nas construções dos modelos de gênero costuma-se representar o masculino como o oposto do feminino, o que acarreta visíveis impactos para a saúde dos homens. Conforme Moura et al (2014, p.430),

Por consequência, ao se sentir invulneráveis, os homens, de maneira geral, e em sua pluralidade, se expõem mais a riscos e acabam sendo de fato vulneráveis. Há estudos que também consideram que os homens estão mais vulneráveis aos problemas de saúde, em virtude da baixa acessibilidade aos serviços de atenção primária.

Assim, por um lado temos homens que acreditam que tudo o que envolve o cuidado com a saúde é algo do “universo feminino”; por outro, temos um sistema de saúde que historicamente prioriza a população feminina e infantil e não dá maiores atenções às especificidades em saúde da população masculina.



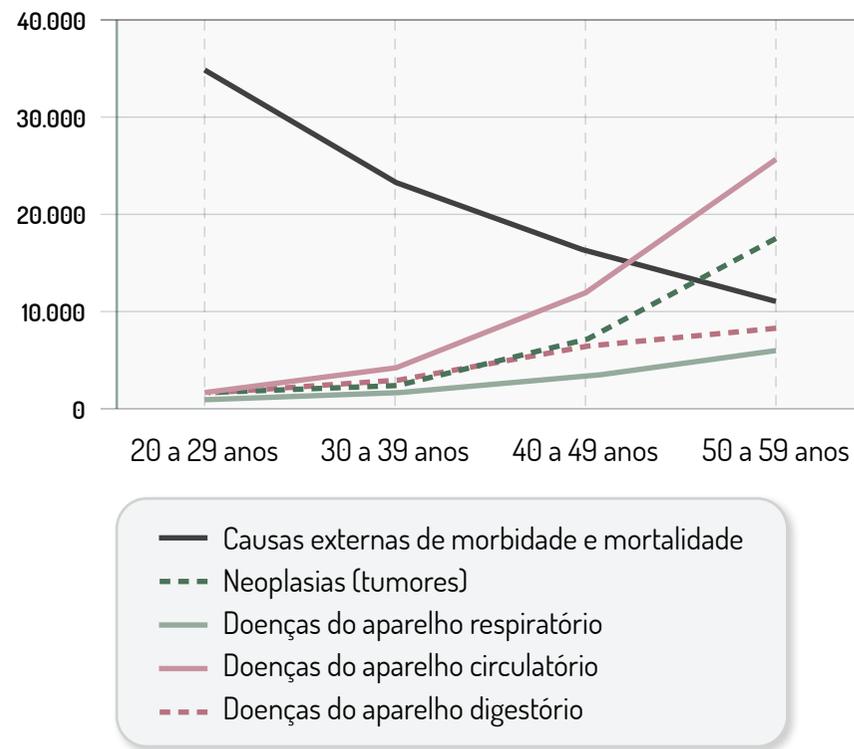
A junção desses fatores leva a um quadro de adoecimento e mortalidade muito desfavorável à população adulta masculina, como se pode verificar na figura a seguir.



| Figura 14 – Mortalidade no Brasil. Óbitos por residência por capítulo (CID-10) e sexo. Período: 2012.

Fonte: adaptado pelo autor de Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (2012).

Ao analisarmos essas principais causas de mortalidade entre os homens por idade, fica claro, por exemplo, que uma atenção especial precisa ser dada à questão das causas externas entre os 20 e os 45 anos.



| Figura 15 – Número de mortalidade entre homens por causas segundo faixas etárias. Período: 2012.

Fonte – adaptado pelo autor de Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (2012).

Retomando a questão do acesso à saúde, apesar das semelhanças observadas entre a atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade e da população geral, há grandes diferenças a serem observadas e trabalhadas. Como afirma relatório da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007), a perda da liberdade



ocasionada pela prisão causa uma série de consequências para o cuidado à saúde.

- As pessoas privadas de liberdade automaticamente perdem seu componente social da saúde, incluindo a perda da rede de apoio social e familiar e pouca informação e familiaridade com o novo ambiente.
- O ambiente da prisão geralmente impõe uma ameaça à saúde e ao bem-estar mental, especialmente em relação ao risco da segurança pessoal.

Tratando-se de vulnerabilidades no sistema prisional, conforme ressaltado anteriormente, sabe-se que a superlotação das celas, a precariedade e a insalubridade transformam as prisões num ambiente propício ao desenvolvimento e à proliferação de doenças.

A má-alimentação, o sedentarismo, o uso de drogas, a falta de higiene, além das dificuldades estruturais, como a ventilação e a iluminação inadequadas, as condições sanitárias adversas, a falta de acesso à água potável e aos serviços de saúde, o baixo nível socioeconômico, os modos de vida e o confinamento, a violência, a inadequação na higiene pessoal, são fatores que colaboram para os problemas de saúde dos indivíduos privados de liberdade.

São exemplos de doenças mais comuns o HIV/Aids e as doenças sexualmente transmissíveis, a tuberculose, a hepatite, a hipertensão arterial e o diabetes. Além disso, é elevado o número de indivíduos privados de liberdade que são dependentes de álcool e drogas.

Também fatores relacionados ao ambiente de cárcere, como o estresse, o abandono e o isolamento, conduzem a processos de

adoecimentos, sobretudo àqueles relacionados à saúde mental. Quanto à saúde oral, o tratamento odontológico na prisão resume-se à exodontia.

Enfim, as situações precárias de confinamento (estruturais, de higiene, de alimentação e de atenção à saúde) contribuem para a ampliação das vulnerabilidades da população carcerária a inúmeros agravos, aumentando assim as taxas de morbidade e mortalidade (ASSIS, 2007; BRASIL, 2009a).

De acordo com a OMS, todas as pessoas privadas de liberdade precisarão de (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007, p. 18):

- orientação para prevenção de doenças transmissíveis, incluindo infecção por HIV e hepatites e orientação para imunização por hepatite B;
- orientação para evitar comportamentos de alto risco, incluindo orientação para evitar *overdose* por droga após deixar a prisão e proteção contra males causados pelo tabaco (incluindo impacto causado a fumantes passivos);
- apoio na adoção de comportamentos saudáveis, incluindo níveis apropriados de atividade física e dieta balanceada;
- medidas para a promoção de saúde mental, incluindo tempo adequado para socialização, uma ocupação (trabalho, educação, atividade artística e educação física), contato com o mundo de fora e ajuda para manter laços familiares.

No próximo tópico, algumas das doenças mais prevalentes serão abordadas.

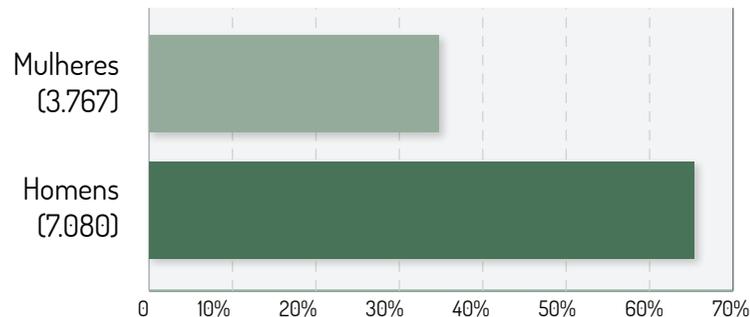


## 3.2 Principais doenças no sistema prisional

### 3.2.1 HIV/AIDS e DST

Em 2012, dos 10.847 óbitos decorrentes de doenças pelo HIV, 65,27% foram de homens e 34,73% de mulheres. Ou seja, os homens têm taxa de mortalidade 1,9 vezes maior do que as mulheres.

Óbitos em função de HIV



| Figura 16 – Porcentagem de óbitos decorrentes de doenças pelo HIV em 2012 segundo sexo.

Fonte: adaptado pelo autor de Instituto PROMUNDO e Colaboradores (2001).

Antes de discutir o agravamento desse cenário entre pessoas privadas de liberdade, é importante refletir um pouco sobre a disparidade dessa infecção entre homens e mulheres.

Desde a década de 1990 vem crescendo o debate sobre a importância de se discutir e pensar em ações específicas para os homens, voltadas à prevenção do HIV/Aids e outras DST. No ano 2000, o Programa Conjunto das Nações Unidas para a Aids (UNAIDS) dedicou a sua campanha especialmente aos homens, reconhecendo que seus comportamentos muitas vezes os colocam em situações de risco, bem como suas parceiras e seus parceiros (INSTITUTO PROMUNDO E COLABORADORES, 2001).

Certos “roteiros” de gênero prescritos socioculturalmente reforçam a ideia de uma sexualidade masculina impulsiva, quase incontrolável, que exige que homens sejam viris (com mulheres ou homens), que nunca “neguem fogo” e que tenham o maior número de parceiras/parceiros possível (INSTITUTO PROMUNDO E COLABORADORES, 2001).

Quando tal vivência da sexualidade é aliada a uma ilusão de invulnerabilidade, que leva ao não uso, ou uso não frequente de preservativos, tem-se uma combinação extremamente delicada para a exposição às diversas DST, incluindo o HIV/Aids.

Ao se verificar o contexto do sistema penitenciário, observa-se que as situações precárias do confinamento podem dificultar ou impedir a implementação de respostas eficazes ao HIV/Aids por parte dos profissionais. Sabe-se que a população em reclusão tem uma chance 20 vezes maior de contrair doenças venéreas do que a população em liberdade (QUEIROZ et al, 2014).

Por isso, atuar preventivamente em relação à transmissão da infecção pelo HIV e outras DST e oferecer atenção à saúde (diagnóstico e tratamento) nos ambientes prisionais às pessoas que vivem com HIV/Aids requer maiores esforços por parte dos pro-



fissionais. Pensar estratégias, programas e ações de saúde para essa população demanda um duplo esforço: rever conceitos, construir novos conhecimentos e, concomitantemente, implementar e consolidar um plano de ação interinstitucional, envolvendo os vários atores e setores afins.

A educação é uma pré-condição essencial para a implementação das medidas de prevenção de HIV e outras DST nas prisões. As formas de prevenir a transmissão precisam ser conhecidas pelos indivíduos privados de liberdade e pelos profissionais. Materiais educativos devem ser preparados em conjunto: profissionais e população reclusa, além do estímulo à educação dos pares (ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME, 2012).

Deve-se considerar que as relações sexuais ocorrem nas prisões não somente nas visitas íntimas, mas no dia a dia da vida prisional. Além disso, há evidências de abuso sexual, aumentando o risco da transmissão do HIV e de outras DST.

Portanto, é indispensável a distribuição regular de preservativos como forma de prevenção e mudanças estruturais no sistema prisional, evitando-se a superlotação e as condições precárias que acabam por expor os profissionais de saúde. A profilaxia pós-exposição é recomendada na violência sexual (ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME, 2012).

Ao pensar nessas ações voltadas às DST, HIV/Aids, é preciso que os profissionais de saúde revisem alguns de seus conceitos e preconceitos. Como comentamos na unidade 2, é preciso reconhecer que as relações afetivas e sexuais dos homens não

podem ser compreendidas dentro de uma visão de mundo **heteronormativa**.

Assim, ficará muito mais fácil reconhecer que a maior parte das relações sexuais que ocorrem nas prisões não acontece durante as visitas íntimas. Durante o confinamento, muitos homens estabelecem relações sexuais e afetivas consensuadas, e é preciso estar atento para que sejam levadas em conta no processo de prevenção às DST/Aids.

Outro ponto que necessita ser mais visibilizado e combatido são os diversos casos de estupro e outras violências sexuais que acontecem nesses ambientes. Fora o óbvio impacto para a saúde mental dos homens que sofrem estupros – às vezes coletivos –, é preciso considerar que essas violências aumentam exponencialmente o risco da transmissão de HIV e outras DST.

A realização do teste para o HIV no ambiente prisional deve seguir os princípios preconizados para a testagem na população em geral, e inclui a voluntariedade e a confidencialidade, juntamente com aconselhamento pré e pós-teste. O teste somente poderá ser realizado com consentimento informado do indivíduo privado de liberdade. Os resultados do exame devem ser comunicados pela equipe de saúde, que deverá garantir o apoio e os encaminhamentos necessários.

### Heteronormatividade

Representa demandas, expectativas e restrições produzidas por uma sociedade que toma a heterossexualidade como única norma e único padrão aceitáveis de comportamento sexual. Muitas vezes essa visão tem como objetivo tornar invisíveis quaisquer expressões sexuais e (ou) de afeto que não sejam heterossexuais.





| Figura 17 – O tratamento antirretroviral requer o uso de uma série de medicamentos.

Fonte: Fotolia/Syda Productions (2015).

Providenciar o acesso à terapia antirretroviral (TARV) para a população privada de liberdade é um desafio necessário e viável, devendo obedecer ao consenso terapêutico brasileiro para HIV/Aids. Estudos demonstram que os reclusos, quando providos de cuidados e acesso aos medicamentos, respondem bem ao tratamento antirretroviral (ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME, 2012).

Nas prisões são ainda considerados fatores adicionais de risco para a transmissão de DST o compartilhamento de material usado para o consumo de drogas, para tatuagens, *piercings* e lâminas de barbear, além da esterilização inadequada ou reutilização de instrumentos médicos ou odontológicos. Nestes ambientes, as tatuagens são feitas em situações de higiene muito desfavoráveis, utilizando canetas, alfinetes, arames de caderno, agulhas, entre outros materiais. Os pigmentos também são os mais diversos: tinta de caneta, carbono, maquiagem, carvão etc. Instrumentos infectados facilitam a transmissão de doenças infecciosas, como HIV, hepatite B, hepatite C e tétano (BRASIL, 2009c; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Sabidamente as DST são transmitidas principalmente por contato sexual, sem o uso de camisinha, com uma pessoa infectada. Elas costumam se manifestar por meio de feridas, corrimentos, bolhas ou verrugas. As mais conhecidas são a gonorreia e a sífilis.

Essas doenças, quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves, como infertilidades, câncer e até a morte. Usar preservativos em todas as relações sexuais (oral, anal e vaginal) é o método mais eficaz para a redução do risco de transmissão das DST, especialmente do vírus da Aids, o HIV (QUEIROZ et al, 2014; ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME, 2012).



Considerando as ações de saúde da Atenção Básica à população privada de liberdade, conforme a Deliberação CIB nº 62/2012-SP, em relação a HIV/Aids e DST, são feitas as seguintes indicações:

- realizar abordagem sindrômica e etiológica das DST e solicitar exames laboratoriais;
- identificar necessidade de imunoprofilaxia dos parceiros sexuais (HIV e hepatite B);
- elaborar projeto terapêutico individual (PTI) e discuti-lo com usuário e familiares;
- executar plano terapêutico e propedêutico;
- propiciar educação continuada da equipe, realizar aconselhamento para prevenção e o controle de DST e HIV e organizar grupos para sensibilizar os privados de liberdade a adotarem hábitos saudáveis como forma de prevenção;
- encaminhar para serviço especializado, quando necessário;
- fazer a notificação do caso.



Para conhecer melhor o diagnóstico e tratamento de HIV/Aids e outras DST, acesse o Caderno da Atenção Básica número 18, disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abca18.pdf>>.

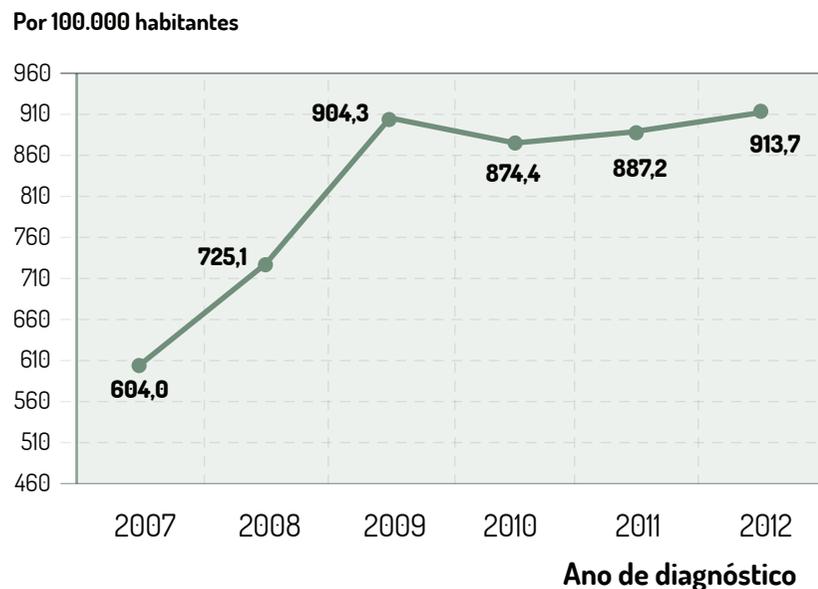
## 3.2.2 Tuberculose (TB)

A taxa de incidência de casos novos de tuberculose (TB) no Brasil, no ano de 2012, foi de 36,7/100.000 habitantes, e a taxa de incidência segundo sexo foi de 50,1/100.000 habitantes do sexo masculino e 23,9/100.000 habitantes do sexo feminino.

Na população privada de liberdade a incidência de TB no Brasil em 2012 foi de 935,8/100.000 habitantes, ou seja, 25 vezes maior que da população geral (36,7/100.000 habitantes). Os casos de TB entre a população privada de liberdade representam 6,8% dos casos notificados no Brasil, embora o sistema prisional corresponda a somente 0,2% da população do país (ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME, 2012).

De 2007 a 2012 a população privada de liberdade do sexo masculino aumentou em 29,4%, ao passo que os casos de TB, na mesma população, aumentaram 95,7%, passando de 2.395 em 2007 para 4.687 em 2012. No que se refere à taxa de incidência de TB para o sexo masculino, foi observado um incremento de 51,3% quando comparados os anos de 2007 e 2012, conforme é possível observar na figura a seguir.





| Figura 18 – Taxa de casos novos de tuberculose em população privada de liberdade do sexo masculino, Brasil, 2007 a 2012.

Fonte: adaptado pelo autor de Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (2012).

Estima-se que a TB seja 100 vezes mais comum nas prisões do que nas comunidades. Embora esteja evidente nas prisões, trata-se de um grave problema de saúde pública.

Os fatores de risco estão relacionados ao encarceramento: celas superpopulosas, mal ventiladas e com pouca iluminação natural, exposição frequente à microbactéria da TB em ambiente fechado, falta de informação e dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

A tuberculose representa um risco substancial à saúde aos privados de liberdade e trabalhadores do sistema prisional. Os privados de liberdade que vivem com o HIV são mais vulneráveis, pois essa infecção é um fator de risco importante para o desenvolvimento da TB (ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME, 2012).

Com o aumento da epidemia de Aids são grandes as preocupações em relação ao controle da TB. É sabido que o HIV enfraquece a resposta imunológica e aumenta consideravelmente o risco para o desenvolvimento da TB ativa.

Quando um indivíduo é infectado com HIV e é infectado com a TB latente, o risco para o desenvolvimento da TB ativa é estimado entre 5% e 15% ao ano, diferentemente dos 10% de risco à vida daqueles que têm a infecção da TB e que não estão infectados com HIV. Assim, no ambiente prisional, onde é mais comum a infecção da TB e do HIV, as pessoas que vivem com HIV têm um risco maior de contrair e desenvolver a TB (ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME, 2012).

Além dos pulmões, órgãos mais atacados pela TB, outros órgãos podem ser invadidos. As formas laríngea e pulmonar são contagiosas. Após 15 dias do início do tratamento, a TB não é mais contagiosa.

A associação da TB com o HIV, conhecida como coinfeção TB/HIV, é a principal causa de morte entre os portadores e pode ser evitada. A prova tuberculínica está indicada, anualmente, para os portadores de HIV/Aids. Trata-se de um exame simples e disponível nos serviços de saúde do SUS (ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME, 2012).



O tratamento da infecção latente, de maneira profilática, evita que se transforme em TB ativa. É importante ficar atento aos sintomas da tuberculose e, no sistema prisional, realizar o diagnóstico precoce na porta de entrada. A coinfeção TB/HIV está aumentando em todo o mundo. Quando o portador de HIV/Aids tem TB, deve iniciar os antirretrovirais, independentemente da contagem do CD4.

Para fazer os dois tratamentos simultaneamente são necessárias disciplina e boa vontade. O envolvimento direto dos profissionais de saúde do sistema prisional é de máxima importância.

A OMS recomenda, como parte da estratégia para a prevenção do HIV, o tratamento, o cuidado e o apoio para as pessoas vivendo com HIV/Aids no sistema prisional (ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME, 2012).

### AIDS e tuberculose: uma doença complica a outra.



| Figura 19 – A combinação entre Aids e tuberculose pode ser fatal.  
Fonte: do autor (2015).

Recomenda-se busca ativa no momento do ingresso e periodicamente, de acordo com o *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil*, do Ministério da Saúde.

Acesse o *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil* em: <[http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/TB/mat\\_tec/manuais/MS11\\_Manual\\_Recom.pdf](http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/TB/mat_tec/manuais/MS11_Manual_Recom.pdf)>.



A ausência de ventilação e luz solar adequadas, associada à superpopulação carcerária, contribui para a transmissão da TB. Por terem eficácia limitada quando não são associadas à melhoria das condições ambientais, as estratégias adotadas para o controle da TB nesse ambiente não podem estar voltadas apenas à identificação e ao tratamento dos casos, aliadas às intervenções educativas.

A Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal do Rio de Janeiro (FAU-UFRJ), pelo Projeto Fundo Global Tuberculose Brasil e pelo Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN/MJ), com a participação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose e da Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário do Ministério da Saúde, elaborou um manual.

Baseado em um estilo compreensível e em exemplos reais, esse manual propõe intervenções simples e pouco onerosas para a melhoria das condições de ventilação e iluminação das prisões, sem comprometer a segurança. O capítulo “Projetos e Intervenções” discute a ventilação e a iluminação desse ambiente e



apresenta propostas de intervenções para melhorar as condições ambientais.

Assim, o manual fornece bases técnicas que podem contribuir para a redução da transmissão intrainstitucional da tuberculose e de outras doenças respiratórias, por meio da melhoria das condições de ventilação e iluminação das prisões (SANTOS et al, 2012).

Considerando as ações de saúde da Atenção Básica à população privada de liberdade, conforme a Deliberação CIB nº 62/2012-SP, em relação à tuberculose, são feitas as seguintes indicações:

- identificar sintomáticos respiratórios durante a inclusão da população privada de liberdade e da busca ativa;
- orientar quanto à coleta de escarro e solicitar baciloscopia do sintomático respiratório;
- solicitar RX de tórax, conforme protocolo, e na confirmação da TB oferecer o teste anti-HIV;
- iniciar e acompanhar o tratamento para os diferentes tipos de TB, com baciloscopia, além de acompanhar os efeitos colaterais e as interações medicamentosas;
- iniciar quimioprofilaxia para os comunicantes, de acordo com o protocolo;
- fazer ações educativas com orientações a respeito dos agravos em relação à doença, seus mitos, duração e necessidade do tratamento, realizando explicações sobre este;

- notificar o caso de tuberculose confirmado;
- encaminhar o doente a uma unidade de referência, quando necessário.

Conheça a experiência dos profissionais de saúde de Pernambuco no diagnóstico e tratamento de tuberculose da população privada de liberdade no estado: <<http://atencaobasica.org.br/relato/918>>.

Conheça também a Resolução CNPCP nº 11, de 2006, que recomenda ações para detecção de casos de tuberculose em unidades penais: <[http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao\\_civel/cadeias/pe\\_legislacao/2006resolu11.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/cadeias/pe_legislacao/2006resolu11.pdf)>.



### 3.2.3 Hepatites

A OMS estima que, no mundo, 325 milhões de indivíduos são portadores crônicos do vírus da hepatite B e 170 milhões são portadores crônicos do vírus da hepatite C. No Brasil devem existir cerca de 2 milhões e 3 milhões de portadores crônicos de hepatites B e C, respectivamente.

A maioria das pessoas desconhece seu estado de portador e constitui elo importante na cadeia de transmissão do vírus das hepatites B e C, o que ajuda a perpetuar o ciclo de transmissão. Pela possibilidade de complicações, as hepatites têm importância aguda e crônica.



A distribuição das hepatites virais é universal, com a magnitude dos diferentes tipos variando de região para região. No Brasil também há grande variação regional na prevalência de cada um dos agentes etiológicos (BRASIL, 2006).



Para conhecer o *Boletim Epidemiológico das Hepatites Virais*, acesse: <[http://www.aids.gov.br/publicacao/2012/boletim\\_de\\_hepatites\\_virais\\_2012](http://www.aids.gov.br/publicacao/2012/boletim_de_hepatites_virais_2012)>.

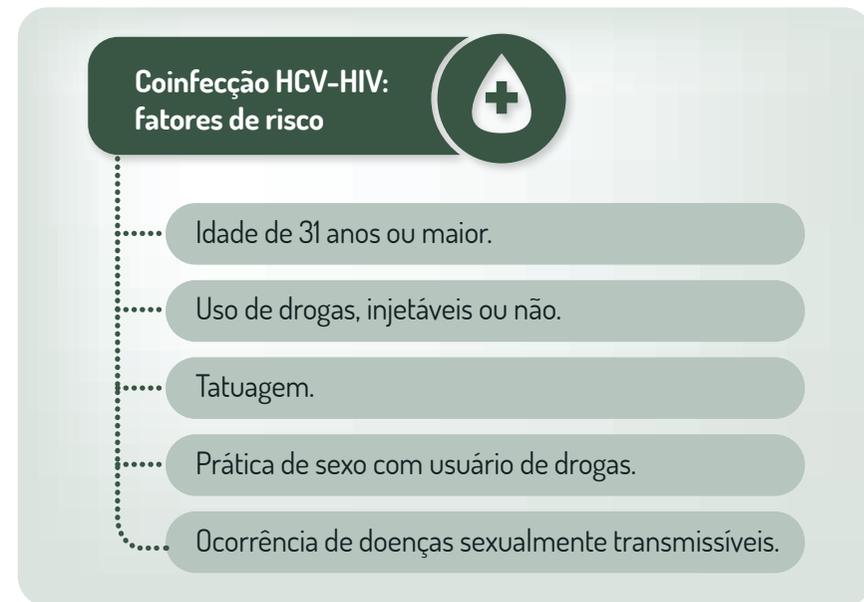
As hepatites virais, em sua maioria, são doenças silenciosas, que em muitas fases passam despercebidas na vida das pessoas, até o momento em que os sinais e sintomas começam a aparecer e a doença se manifesta. Em razão do amplo espectro dessas doenças e da proporção considerável de casos assintomáticos que permanecem desconhecidos do sistema de vigilância, presume-se que muitos casos não sejam registrados, gerando elevada subnotificação.

Somam-se a esse fato, ainda, as diferentes capacidades de captação de casos pelas vigilâncias epidemiológicas locais, bem como de encerramento destes de acordo com os critérios preconizados. A ampliação do diagnóstico das hepatites virais, prioridade do Ministério da Saúde, significará mais notificações e uma informação mais realista do número de casos (BRASIL, 2012a).

Os indivíduos privados de liberdade são considerados importante grupo de risco para a hepatite C, em função das condições de confinamento, marginalização social, dependência de drogas, baixo nível socioeconômico e precárias condições dos ambientes carcerários.

No Brasil, os poucos estudos publicados revelam valores contrastantes, com percentuais de HBsAg variando de 26,4% a 1,9%. Presença de qualquer marcador foi observada em 17,5% dos encarcerados em Manhuaçu (MG), segundo Coelho et al (2009).

Um estudo realizado por Gonçalves (2005) com a população carcerária da Agência Prisional de Goiás verificou uma prevalência de 14,8% de detentos com anticorpos anti-HCV, e 17,5% destes apresentaram coinfeção HCV-HIV. A figura a seguir apresenta os fatores de risco estatisticamente significantes observados no estudo.



| Figura 20 – Fatores de risco para coinfeção HCV-HIV

Fonte: adaptado pelo autor de Gonçalves (2005)



Estudo que estimou a prevalência de exposição do HBV entre presidiários de Ribeirão Preto (SP) considerou como tendo infecção atual ou pregressa pelo vírus da hepatite B aqueles que apresentaram os marcadores HBsAg e anti-HBc total, anti-HBc total e anti-HBs, HBsAg isolado ou anti-HBc total isolado, que encontraram prevalência de 19,5% (COELHO et al, 2009).

A transmissão do vírus da hepatite B (HBV) se dá por via parenteral, sobretudo pela via sexual, sendo considerada doença sexualmente transmissível.

De maneira semelhante às outras hepatites, as infecções causadas pelo HBV são habitualmente anictéricas. Apenas 30% dos indivíduos apresentam a forma icterica da doença, reconhecida clinicamente. Aproximadamente 5% a 10% dos indivíduos infectados cronicam. Cerca de 20% a 25% dos casos crônicos e com evidências de replicação viral evoluem para doença hepática avançada (cirrose).

A transmissão do vírus da hepatite C (HCV) ocorre principalmente por via parenteral. Em um percentual significativo de casos não é possível identificar a via de transmissão para o contágio. A transmissão sexual é pouco frequente (risco menor que 2% para parceiros estáveis). Ela ocorre principalmente em pessoas com múltiplos parceiros e com prática sexual de risco (sem uso de preservativo), com a coexistência de alguma DST – inclusive o HIV – constituindo-se em um importante facilitador dessa transmissão (BRASIL, 2006a).

A inalação de drogas com uso de espelhos e canudos, o uso de *piercing*, a realização de tatuagem com materiais não estéreis, o compartilhamento de lâmina de barbear ou qualquer material cortante, também constituem fatores de risco. A tatuagem tem sido descrita como fator de risco para hepatite B, quando realizada dentro da própria instituição penal, pois propicia a utilização de aparelhos e objetos com baixo nível de higiene.

Atualmente a maioria das pessoas infectadas pelos vírus das hepatites B e C desconhece ser portador, o que ajuda a perpetuar o ciclo de transmissão dessas infecções.

Ampliar a testagem sorológica para esses tipos de hepatites é estratégia fundamental para equacionar essa situação. Se o resultado for positivo, a detecção precoce permitirá um acompanhamento da doença, com tratamento adequado quando necessário, evitando quadro hepático mais grave; permitirá também o aconselhamento para a adoção de cuidados que possam reduzir a possibilidade de transmissão para outras pessoas. Se o resultado for negativo, haverá a oportunidade de trabalhar as questões relativas à vulnerabilidade do indivíduo à infecção.

O aconselhamento, no caso dos indivíduos privados de liberdade, consiste em um processo educativo e pode se desenvolver por meio de um diálogo interativo, baseado em uma relação de confiança, devendo o profissional ter habilidade de comunicação, especialmente relacionada à capacidade de escuta e sensibilidade às demandas do indivíduo. Tem um papel importante na



promoção da saúde, pois visa proporcionar à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos e tome decisões realistas quanto à sua prevenção e aos problemas que possam estar relacionados a DST/HIV/Aids e a hepatites virais, levando o indivíduo a reconhecer-se como sujeito na prevenção e manutenção da sua saúde (BRASIL, 2006a).

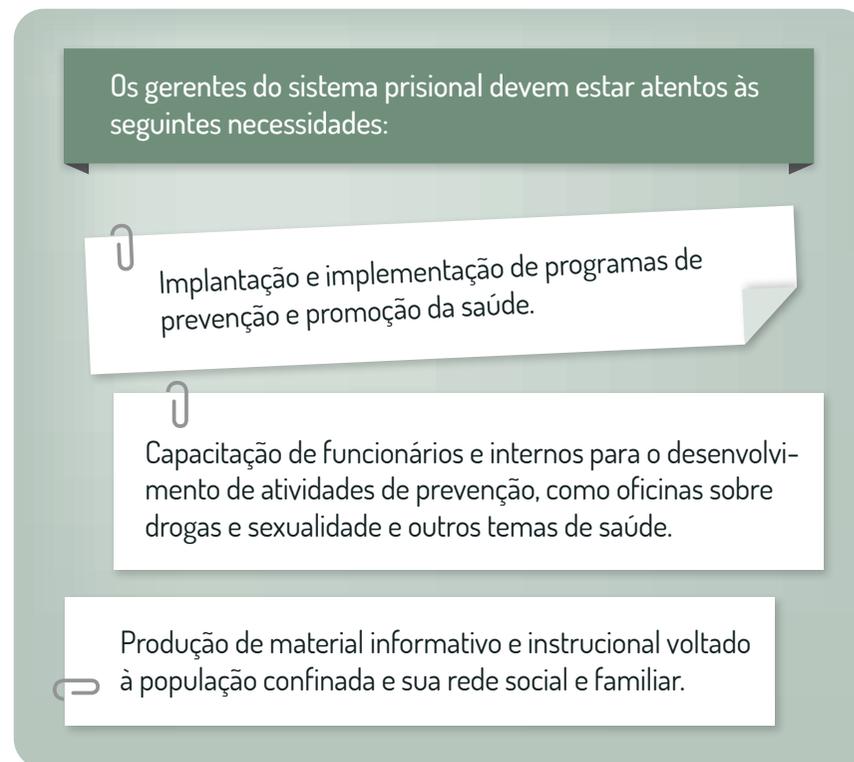
Os elevados valores de infecção pelo vírus da hepatite B entre presidiários sinalizam para a necessidade de programas preventivos contínuos, voltados a essa população. Esses programas devem ser instituídos com base no conhecimento da situação epidemiológica e da dinâmica de transmissão.

### 3.2.4 Uso de drogas

A superlotação de presídios e penitenciárias, cadeias públicas e delegacias de polícia, a mobilidade dos detentos dentro do sistema e o contato frequente com a população externa – visitas íntimas, penas curtas, reincidências, ligados à prática de uso de drogas, entre outras exposições – tornam a população confinada extremamente vulnerável a epidemias de HIV/Aids, hepatite e TB.

As dificuldades em programar ações de redução de danos no sistema prisional estão associadas a oposições práticas, legais, políticas e culturais. Os programas de troca de seringas podem se constituir em risco para a segurança de internos e agentes penitenciários, além de aludir no reconhecimento e anuência da disponibilidade de drogas nas prisões (SANTA CATARINA, 2003).

Longe das prisões os usuários de drogas, especialmente aqueles que usam drogas injetáveis, têm sido a população prioritária das ações de redução de danos, na medida em que se encontra em situação de maior vulnerabilidade, por causa do compartilhamento de agulhas e seringas.



| Figura 21 – Ações para a sensibilização dos gerentes do sistema prisional.

Fonte: do autor



Na cadeia pública de Itajaí (SC), um estudo de 1996 mostrou uma prevalência de 19,9% de infecção pelo HIV entre os internos, predominantemente vinculada ao uso compartilhado de drogas injetáveis. No presídio de Florianópolis (SC), em 1997, 5,9% dos internos entrevistados declararam ter usado cocaína injetável ao menos uma vez na vida e 1,4% disseram continuar a fazer uso dentro da prisão (SANTA CATARINA, 2003).

Da mesma forma como orienta o Manual de Redução de Danos (SANTA CATARINA, 2003), a abordagem para os usuários de drogas deve levar em consideração alguns princípios básicos.

Na abordagem do tema o profissional de saúde deve focalizar a questão do compartilhamento de agulhas e seringas, canudos e “cachimbos”. Porém, deve ir além e trabalhar outros aspectos da saúde do usuário, como alguém que prima pela prevenção e quer compartilhar uma mensagem de cuidado, oferecendo insumos (instrumentos) de prevenção (seringas descartáveis, garrotes, lenços embebidos em álcool para higiene do local de aplicação, água destilada e copinhos para diluição da droga).

Para isso, o profissional deixa de lado os seus preconceitos e evita críticas, julgamentos, conselhos moralistas e qualquer tipo de discriminação. Da mesma forma, é preciso considerar o momento oportuno para dar as informações e orientações – que não é o momento em que o usuário se encontra na “fissura”, quando o que ele quer é tomar a primeira dose. No máximo, esse é o momento de oferecer apenas o *kit* de RD, deixando as informações e orientações para outra oportunidade.

O uso de folder ilustrativo com conteúdo sobre a associação entre drogas, HIV/Aids e hepatites pode ser interessante para fixar conhecimentos compartilhados, além de servir de eventual consulta.

Conheça o Manual de Redução de Danos acessando o endereço eletrônico: <[http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=3165&Itemid=85](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=3165&Itemid=85)>.



Considerando as ações de saúde da atenção básica à população privada de liberdade, conforme a Deliberação CIB nº 62/2012-SP, em relação ao uso de drogas, são indicados:

- implantação e utilização de protocolos para identificação de casos e ações de prevenção, diagnóstico e tratamento;
- ações de redução de danos visando a melhorias à saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
- prevenção de danos – orientação sobre os danos causados por tabaco, álcool e outras drogas;
- registro e acompanhamento dos privados de liberdade com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas;
- prevenção dos efeitos do encarceramento com base em programas que estimulem a construção de projetos vitais, reinserção social e constituição e fortalecimento da rede



de apoio e suporte social, laboral e afetivo de maneira conjunta e integrada com a equipe de saúde prisional.

Ainda é interessante ressaltar, de acordo com Carvalho (2005), que o ambiente carcerário não deve ser um fator a estimular a continuidade do uso de drogas. Na verdade, seu papel deveria ser o de cuidar do indivíduo privado de liberdade, com o objetivo de promover sua recuperação e sua reinserção social.

Portanto, é de responsabilidade dos serviços de saúde penitenciários o enfrentamento dessa questão.

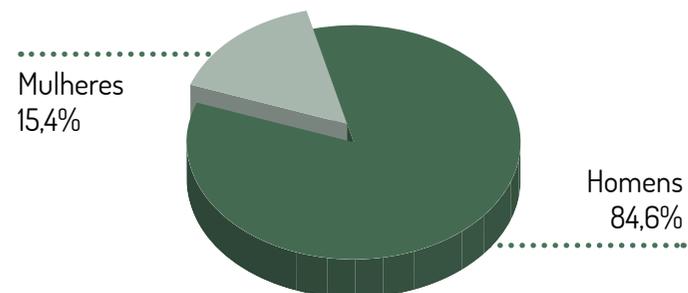


Você conhece a Política do Ministério da Saúde para atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas? Acesse o endereço eletrônico a seguir e conheça as possibilidades de atenção a esses agravos no SUS: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf)>.

### 3.2.5 Transtornos mentais

Em 2012, dos 6.853 óbitos decorrentes de transtornos mentais e comportamentais no Brasil, 84,6% foram de homens e 15,4% de mulheres. Ou seja, os homens têm taxa de mortalidade 5,6 vezes maior do que as mulheres.

#### Óbitos por transtornos mentais e comportamentais no Brasil



| Figura 22 – Percentual de óbitos decorrentes de transtornos mentais e comportamentais, no Brasil, em 2012.

Fonte: adaptado pelo autor de MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (2012). Acesso: 18/09/2014.

Para debater esse agravo na população privada de liberdade é importante analisar a expressão “pessoas que sofrem”, que engloba as três questões a seguir (BRASIL, 2013).

#### I. Pessoas que sofrem

Em primeiro lugar porque tomar a pessoa – e não a doença – como ponto de partida enriquece a compreensão do que a motiva a procurar ajuda. Portanto, isso permite um cuidado que se adapta à diversidade de todas as pessoas e, ao mesmo tempo, dá conta da integralidade de cada indivíduo.

As pessoas procuram ajuda na Atenção Básica porque sofrem, e não porque têm uma doença. Muitos dos que so-



frem e procuram atendimento estão de fato doentes, mas dificilmente é isso que explica todo seu sofrimento.

O maior desafio dos serviços de saúde, no entanto, é cuidar daqueles que estão doentes sem sofrer e dos que sofrem sem estar doentes. São os que estão doentes sem sofrer que fazem do *Diabetes mellitus*, da hipertensão e da obesidade os fatores de risco mais comuns para as doenças cardíacas e cerebrovasculares. São os que sofrem sem estar doentes que lotam as agendas da Atenção Básica e inflam as estatísticas de prevalência de depressão e de ansiedade.

## II. Sofrimento não é doença

Em segundo lugar, as formas de expressão mais frequentes do sofrimento (mental) na Atenção Básica não podem ser facilmente categorizadas como doenças. O que sabemos da sua fenomenologia indica que não há definição clara do que é patológico e que essas formas são diversas e complexas demais para caberem em meia dúzia de categorias diagnósticas.

Além disso, não há um único marcador biológico com utilidade clínica para essas formas de sofrimento.

Por fim, toda investigação causal – biológica, psicológica ou sociológica – sobre essas formas mais comuns de sofrimento mental aponta para um grande número de fatores de vulnerabilidade, que interagem de maneira dinâmica ao longo da história de vida de cada pessoa, sem que nenhum deles seja determinante.

## III. Estigma e sofrimento

Em terceiro lugar porque o estigma da expressão doença mental (ou mesmo o eufemismo transtorno mental) é grande e significa um sofrimento adicional para quem o carrega. Portanto, ainda que entre profissionais de saúde seja prático usar no cotidiano expressões que condensem informação, precisamos nos interrogar sobre o sentido que essas expressões carregam na comunidade (p. 89 e 90).

Há razões suficientes para defender que:

[...] as manifestações mais comuns do sofrimento mental na Atenção Básica fazem parte de uma única síndrome clínica com três grupos ou dimensões de sintomas que se combinam: tristeza/desânimo, ansiedade e sintomas físicos (somatização). (BRASIL, 2013, p. 91)

Conheça os “Cadernos da Atenção Básica – Saúde Mental” disponíveis em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf)>.



Ao abordarmos a questão da saúde mental entre a população masculina, percebemos que, por causa das construções de gênero, o seu repertório de comportamentos para responder a situações difíceis ou traumáticas da vida cotidiana – como as tensões emocionais e situações de estresse – é muitas vezes limitado e rígido (INSTITUTO PROMUNDO E COLABORADORES, 2001).



Como já abordamos neste módulo, a ilusão de invulnerabilidade, somada à dificuldade em expressar medo e “fraquezas”, expõe os homens a diversas situações de risco e traz impactos negativos a sua saúde mental.

Essas configurações de gênero, aliadas a questões raciais, aos contextos socioeconômicos, dentre outros, contribuem para que:

- homens consomem mais (com maior frequência e quantidade) bebidas alcoólicas e drogas ilícitas do que as mulheres, gerando maiores prejuízos à saúde em decorrência desse uso;
- as mulheres acusem maior incidência nos casos de depressão nas estatísticas mundiais, porém os homens liderem os casos de suicídios (aproximadamente 80% das mortes por suicídio);
- diferentemente do que ocorre em outros serviços públicos de saúde, os homens representem o maior público atendido pelos Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (CAPS-AD);
- no Brasil, haja maior prevalência de internações psiquiátricas entre homens do que entre mulheres.

Como tem sido demonstrado neste módulo, em grande parte os agravos à saúde da população masculina são os mesmos vivenciados pelos homens privados de liberdade, sendo, no entanto, aprofundados nos últimos, o que não é diferente em relação à saúde mental.

A Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014, institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, no âmbito do SUS. Em seu artigo 3.º, a Portaria afirma que Grupos Condutores Estaduais deverão elaborar estratégias para a atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei e contribuir para a sua implementação.

Acesse o conteúdo da Portaria nº 94 em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094\\_14\\_01\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html)>.



A incidência de transtornos mentais (depressão e ansiedade) nessa população pode estar condicionada a fatores como a privação de liberdade, a mudança do ambiente social para confinamento e tensão. A vivência de situações adversas desencadeia em cada indivíduo diferentes respostas e reações, algumas adaptativas e outras que os expõem a riscos ainda maiores (PORTUGUES, 2001).

Também é importante lembrar que o sofrimento mental comum tem um impacto significativo em alguns dos mais prevalentes agravos à saúde. Seja como fator de risco, seja piorando a aderência ao tratamento, ou ainda piorando o prognóstico, pesquisas que estudaram sintomas depressivos e ansiosos mostraram que estes se relacionam a doenças cardíacas e cerebrovasculares e ao diabetes.



### 3.2.6 Hipertensão arterial

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis pela maioria das doenças e mortes em países, independentemente de condição socioeconômica. Elas representam quase três quartos de todas as mortes entre adultos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

No Brasil, em 2008, as DCNT responderam por 62,8% do total das mortes por causa conhecida. Séries históricas de estatísticas de mortalidade indicam que a proporção de mortes por DCNT aumentou em mais de três vezes entre as décadas de 1930 e de 1990 (BRASIL, 2011).

Dentre as DCNT que mais representam ameaça à saúde das populações, está a hipertensão arterial sistêmica (HAS). Em revisão sistemática de artigos publicados entre 2003 e 2008, a prevalência mundial média de hipertensos apresenta-se acima de 30%, sendo 37,8% entre os homens e 32,1% entre as mulheres (MOREIRA; MORAES; LUIZ, 2013). Em termos de mortes atribuíveis, a HAS é responsável por 13% dos óbitos no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

No Brasil, conforme dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (2008), a prevalência de HAS autorreferida foi, em média, 20,9%. Já segundo dados de 2012 do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), a prevalência foi de 24,3%.

A HAS é um problema crônico, com alta prevalência no homem, que aumenta em faixas etárias maiores, principalmente acima de 40 anos. É responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas (BRASIL, 2011).

Fatores de risco comuns e potencialmente modificáveis, como ausência de uma dieta saudável, sedentarismo e uso de cigarro, explicam a alta prevalência da HAS. Dentre os fatores de risco diretamente proporcionais ao desenvolvimento da HAS estão idade, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, menor escolaridade e sedentarismo.

As condições clínicas associadas à HAS compreendem desde retinopatias até doenças renais, cardíacas e cerebrovasculares. O tratamento dessas complicações leva em consideração, em conjunto com o nível da PA, a presença de fatores de risco e de lesão em órgãos-alvo e (ou) doença cardiovascular estabelecida (BRASIL, 2011).



| Figura 23 – HAS: fatores de risco e condições clínicas (BRASIL, 2011).

Fonte: adaptado pelo autor de Brasil (2011).



Dados de 2012 da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) indicam que a população masculina apresenta respostas piores à maioria desses fatores de risco.

- **excesso de peso:** 54,7% homens e 47,4% mulheres (iguais em obesidade);
- **frequência de consumo recomendado de frutas e hortaliças:** 19,3% homens e 27,3% mulheres;
- **consumo de carne com excesso de gordura:** 41,2% homens e 22,2% mulheres;
- **consumo regular de refrigerante:** 26,7% homens e 20,4% mulheres;
- **prevalência de fumantes:** 14,4% homens e 8,6% mulheres (vem caindo para ambos);

#### Consumo abusivo de bebidas alcoólicas

Ingestão de quatro doses ou mais de bebida alcoólica para mulheres, ou cinco doses ou mais para homens, em uma mesma ocasião, nos últimos 30 dias. Uma dose equivale a uma dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho.

- **consumo abusivo de bebidas alcoólicas:** 26,2% homens e 9,1% mulheres (é mais frequente entre os mais jovens de ambos os sexos);
- **prevalência da adição de sal à refeição pronta:** 9,8% homens e 6,9% mulheres.

De acordo com a VIGITEL, um dos poucos dados em que os homens aparecem numa situação melhor do que as mulheres está no quesito “atividade física no tempo de lazer”, quando

estes responderam positivamente em 41,2% dos casos e as mulheres em 27,4% (BRASIL, 2012b).

O contexto de vida dos homens privados de liberdade, com unidades prisionais superlotadas, ausência de espaços para a realização de atividades físicas, alimentação que não atende aos parâmetros definidos pelas normas de orientação nutricional, e uso do tabaco, apontam para uma maior vulnerabilidade, favorecendo o sedentarismo, a obesidade e o tabagismo.

Além da forte exposição a esses fatores de risco, existem as condições de risco não modificáveis (como raça e herança genética), e os determinantes relacionados ao perfil dos reclusos (como tempo de prisão). Fatores genéticos, clínicos, uso de álcool e outras drogas, condições psicológicas e emocionais, rede familiar e social preservada, entre outros elementos, devem ser identificados e avaliados para o planejamento das ações de intervenção.

Neste quesito, as restrições e o controle exercidos pelo sistema prisional podem contribuir para um estilo de vida mais saudável para os homens, por meio da:

- garantia de refeições balanceadas e com baixo teor de sal e gordura;
- instituição de programa de exercícios físicos que garantam um mínimo de atividades cardiovasculares para homens privados de liberdade;
- instituição de programas que busquem a interrupção do uso de tabaco entre os homens privados de liberdade e diminuição dos impactos aos fumantes passivos;



- realização de encontros informativos sobre impactos negativos do consumo excessivo de bebidas alcoólicas.

Assim, cabe à equipe de saúde prisional identificar as principais necessidades da população privada de liberdade, considerando as vulnerabilidades relacionadas a condições e estilos de vida nas prisões que propiciam o desenvolvimento de doenças e seus agravos.

Além da identificação dos determinantes e condicionantes de saúde, é importante ter um registro com informações de todos os indivíduos com hipertensão. Isso permitirá definir uma série de ofertas que serão programadas de acordo com as necessidades do usuário (BRASIL, 2012b).



A prevalência de hipertensão arterial é geralmente maior na população negra, assim como a gravidade da doença. Isso pode estar relacionado a questões socioeconômicas ou étnicas. Entretanto, as causas dessa maior prevalência ainda não são claras. Se desejar saber mais sobre as principais explicações, acesse: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702005000200008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702005000200008&script=sci_arttext)>.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006a) estabelece como diretrizes para a prevenção de doenças crônicas a promoção de hábitos de vida saudáveis com relação à alimentação e à atividade física e a ampliação das ações para o enfrentamento dos fatores de risco, como o tabagismo e o consumo excessivo de álcool.

Para que a organização das ações da equipe de saúde prisional atenda aos princípios da Política Nacional de Atenção Básica de universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade (longitudinalidade) do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social, é fundamental contar com uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) que disponha de sistemas de apoio diagnóstico e de atenção especializada e de alta complexidade.



| Figura 24 – Princípios da Política Nacional de Atenção Básica.  
Fonte: do autor (2015).

Na atenção terapêutica é fundamental a garantia do acesso a atendimentos especializados, assim como a assistência farmacêutica para medicamentos da farmácia básica e especializada



(estratégica). Outras terapêuticas previstas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, como homeopatia, acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, devem ser garantidas, a exemplo das práticas corporais (BRASIL, 2006a).

Neste sentido, o Programa Academia da Saúde apresenta-se como uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado por incentivar práticas corporais e atividade física, alimentação saudável e educação em saúde, além de contribuir para a produção de modos de vida saudáveis (BRASIL, 2011a).



Conheça o “Caderno de Atenção Básica – Hipertensão Arterial Sistêmica” no endereço eletrônico: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica15.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf)>.

As equipes de saúde prisional devem organizar o processo de trabalho em saúde de modo que acolha as principais demandas dos indivíduos privados de liberdades com HAS. Assume-se assim uma postura capaz de escutar e dar respostas adequadas, buscando garantir o acesso para continuidade da assistência em outros serviços.

Todos os profissionais da equipe podem fazer acolhimento ao escutar queixas, medos, expectativas e a avaliação do próprio indivíduo. O processo de acolhimento com a participação de toda a equipe deixa de ser um ato isolado para ser um dispositivo

de acionamento de redes internas, externas e multidisciplinares (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014).

Necessariamente a atenção às pessoas com HAS envolve a atenção multiprofissional, que possibilita novas sistemáticas de cuidado. A base se dá em uma clínica ampliada e compartilhada, com a participação de outros profissionais de saúde no trabalho em equipe (reuniões, discussões de caso, atendimentos compartilhados, entre outras ações), de acordo com as realidades locais dos sistemas de saúde prisionais – clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular (BRASIL, 2008; BRASIL, 2014).

Além dos atendimentos profissionais individuais, os atendimentos em grupo devem fazer parte da atenção à saúde. Os grupos são um dispositivo importante de educação em saúde, e possibilitam trocas entre os privados de liberdade e destes com a equipe de saúde.

Essa estratégia deve estimular a reflexão sobre o adoecimento e os fatores envolvidos nesse processo para, a partir disso, estimular formas de autocuidado e mudança de atitude (BRASIL, 2014).

Acolher e identificar as necessidades de saúde de homens privados de liberdade e garantir o acesso aos serviços de saúde é uma questão de direito, que requer um novo olhar dos profissionais no planejamento de suas ações.





Neste módulo foram abordados os principais agravos que acometem os homens privados de liberdade, mas não os únicos. Portanto, na atenção a essa população o profissional de saúde deve buscar fatores de risco para as diferentes doenças, visando ao diagnóstico precoce e ao tratamento. Lembre-se de que condições que fazem parte do dia a dia dos homens privados de liberdade também podem ser fatores de risco para outros agravos, como diabetes e hanseníase. Saiba mais sobre esses agravos acessando os cadernos da Atenção Básica números 21 e 36, respectivamente disponíveis em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_vigilancia\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_vigilancia_saude.pdf)> e <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_36.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf)>.

### 3.3 Resumo da unidade

Nesta unidade aprofundamos nosso entendimento sobre as diferenças de morbidade entre homens e mulheres, observando a necessidade de considerarmos essas questões na atenção à saúde dos homens privados de liberdade.

As condições de grande parte do sistema penitenciário brasileiro facilitam a ocorrência de certas doenças e agravos, que acabam sendo mais prevalentes entre pessoas privadas de liberdade do que na comunidade em geral, como no caso da TB.

Entre os principais agravos que acometem os homens privados de liberdade, aprofundamos nossos conhecimentos sobre HIV/Aids, tuberculose, hepatite, hipertensão arterial, uso de drogas e problemas de saúde mental.



## 3.4 Recomendações de leituras complementares

GOMES, R. et al. Corpos masculinos no campo da saúde: ancoragens na literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 165-172, jan. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n1/1413-8123-csc-19-01-00165.pdf>>.

ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME. **Guia sobre Gênero, HIV/Aids, coinfeções no Sistema Prisional**. Brasília: UNODC, 2012. Disponível em: <[http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics\\_aids/Publicacoes/GUIA\\_SOBRE\\_GENERO\\_HIV\\_em\\_prisoas\\_2012.pdf](http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics_aids/Publicacoes/GUIA_SOBRE_GENERO_HIV_em_prisoas_2012.pdf)>.

SANTOS, M. et al. **Manual de intervenções ambientais para o controle da tuberculose nas prisões**. Rio de Janeiro: Departamento Penitenciário Nacional, 2012. Disponível em: <[http://www.justica.gov.br/sua-seguranca/departamento-penitenciario-nacional/reintegracao-social-1/anexos-reintegracao-social/manual\\_tuberculose\\_site.pdf](http://www.justica.gov.br/sua-seguranca/departamento-penitenciario-nacional/reintegracao-social-1/anexos-reintegracao-social/manual_tuberculose_site.pdf)>.

SOUZA, E. R. de. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 59-70, mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a06v10n1.pdf>>.

SOUZA, M. O. S.; PASSOS, J. P. A prática de enfermagem no sistema penal: limites e possibilidades. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 417-423, set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n3/v12n3a04.pdf>>

SCHNEIDER, A. M. N. **Suicídio no sistema carcerário: análise a partir do perfil biopsicossocial do preso nas instituições prisionais do Rio Grande do Sul**. 2006. 103f. Dissertação (Mestrado em Ciências Criminais)-Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais, Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.



## Encerramento do módulo

O cuidado com a saúde por parte do homem difere do praticado pela mulher. Essa diferença também influencia na situação do homem privado de liberdade no sistema carcerário brasileiro.

Entendemos que a equipe de saúde tem papel fundamental na implementação das políticas públicas que procuram desconstruir essa realidade. Fica o desafio de você e sua equipe construir propostas adequadas a sua realidade local, com o intuito de proporcionar atenção integral à saúde dos homens privados de liberdade.

É importante que você procure conhecer as legislações vigentes e as políticas de atenção previstas para esse grupo, a fim de que tenha subsídios para discutir e construir coletivamente.

Nesta unidade você teve a oportunidade de conhecer um pouco sobre saúde do homem, masculinidade e violência sob a ótica das questões de gênero. Considerando que muitos homens já estavam em situação de vulnerabilidade em relação à saúde e expostos a diversas violências antes da entrada no sistema pri-

sional, foi dado enfoque às doenças mais prevalentes entre os homens privados de liberdade.

Assim, contamos com você e sua equipe na efetivação do SUS na atenção à saúde dos homens privados de liberdade!

## Referências

AGUIRRE, C. Cárcere e sociedade na América Latina: 1800-1940. In: MAIA, C. N.; SÁ NETO, F. de; COSTA, M.; BRETAS, M. L. (Org.). **História das prisões no Brasil**. Rio de Janeiro: Rocco, 2009. vol. 2.

ALMEIDA, O. L.; PAES-MACHADO, E. Processos sociais de vitimização prisional. **Tempo Social, revista de sociologia da USP**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 257-286, 2013.

ASSIS, R. D. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. **Revista CEJ**, Brasília, v. 11, n. 39, out./dez., 2007.

BLAAUW, E. et al. Identifying Suicide Risk in Penal Institutions in the Netherlands. **The British Journal of Forensic Practice**, v. 3, p. 22-28, 2001.

BORGES, D. Vitimização criminal: prevalência, incidência e o estilo de vida. In: DUARTE, M. S. de B. (Org.). **Pesquisa de condições de vida e vitimização de 2007**. Rio de Janeiro: Riosegurança, 2008.

BRASIL. Ministério de Justiça. **Anuário brasileiro de segurança pública**. São Paulo: Ministério da Justiça, 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério de Justiça. Sistema de Informações Penitenciárias. **Relatório estatístico-analítico do sistema prisional**. Brasília: INFOPEN, 2008. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/services/DocumentManagement/FileDownload.EZTSvc.asp?DocumentID={50438170-19C9-4AB3-B14D-08838B92BA16}&ServiceInstUID={4AB01622-7C49-420B-9F76-15A4137F1CCD}>>. Acesso em: 30 out. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília, 2008a.

\_\_\_\_\_. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Presidência da República. **Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT**. Brasília, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Ato Resolução n.º 04, 2011. Institui o Código de Conduta do Conselho e da Justiça Federal de primeiro e segundo grau. **Diário Oficial da União**, Conselho da Justiça Federal, Brasília, DF, 18 abr. 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Hepatites Virais**. Brasília, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, 2014. (Cadernos de Atenção Básica).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Mental**. Brasília, 2013. (Caderno de Atenção Básica). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf)>. Acesso em: 01 out. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário**. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 28 ago. 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Consulta nacional sobre HIV/AIDS no sistema penitenciário**: relatório final. Brasília, 2009c. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/consulta\\_nacional\\_hiv\\_sistema\\_penitenciario.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/consulta_nacional_hiv_sistema_penitenciario.pdf)>. Acesso em: 01 out. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília, 2013. (Caderno de Atenção Básica).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. VIGITEL. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2012b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/30/Lancamento-Vigitel-28-04-ok.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2014.

CARVALHO, M. L. de et al. Modelo preditivo do uso de cocaína em prisões do Estado do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 824-831, 2005.

CECCHETTO, F. R. **Violência e estilos de masculinidade**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004.

COELHO, H. C. et al. Soroprevalência da infecção pelo vírus da hepatite B em uma prisão brasileira. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 31-124, 2009.

COUTO, M. T.; GOMES, R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2569-2578, out. 2012.



DESLANDES, S. **Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar**: representações, práticas, interações e desafios. 2000. 236f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)– Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/deslandessfd.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2014.

ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME. **Guia sobre gênero, HIV/Aids, coinfeções no Sistema Prisional**. Brasília: UNODC, 2012.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 146-155, 1994.

GOMES, R. A. dimensão simbólica da violência de gênero: uma discussão introdutória. **Athenea Digital**, Bellaterra, Espanha, v. 14, n. 2, p. 237-243, 2008.

GOMES, N. P.; FREIRE, N. M. Vivência de violência familiar: homens que violentam suas companheiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 2, p. 9-176, 2005.

GONÇALVES, K. K. **História de vida e situação de saúde no ambiente prisional de Goiás**: estudo da prevalência de hepatite C em detentos. 2005. 97f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 01 out. 2014.

INSTITUTO PROMUNDO E COLABORADORES. **Projeto H**: série trabalhando com homens jovens – sexualidade e saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: PROMUNDO, 2001. Disponível em: <<http://www.promundo.org.br/wp-content/uploads/2010/04/SexualidadeeSaudeRep.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2014.

KAUFMAN, M. **Cracking the armour**: power, pain and the lives of men. Toronto, Canadá: Viking, 1993. Disponível em: <<http://www.michaelkaufman.com/wp-content/uploads/2009/01/crackingthearmour1-3.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2014.

KAUFMAN, M. **Los siete P's de la violencia de los hombres**. Toronto, Canadá: Viking, 1999.

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

MAGNABOSCO, D. Sistema penitenciário brasileiro: aspectos sociológicos. **Jus Navigandi**, Teresina, v. 3, n. 27, dez. 1998. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/1010>>. Acesso em: 6 set. 2014.

MEDRADO, B. et al. **Princípios, diretrizes e recomendações para uma atenção integral aos homens na saúde**. Recife: Instituto PAPAI, 2009. Disponível em: <[http://www.engagingmen.net/files/resources/2010/EME/diretrizes\\_homens\\_e\\_saude.pdf](http://www.engagingmen.net/files/resources/2010/EME/diretrizes_homens_e_saude.pdf)>. Acesso em: 06 out. 2014.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.



MOREIRA, J. P. de L.; MORAES, J. R.; LUIZ, R. Prevalence of self-reported systemic arterial hypertension in urban and rural environments in Brazil: a population-based study. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, jan. 2013.

MOURA, E. C. et al. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 429-438, fev. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000200429&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200429&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 out. 2014.

NASCIMENTO, M. **Desaprendendo o silêncio**: uma experiência de trabalho com grupos de homens autores de violência contra a mulher, 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da UERJ, Rio de Janeiro, 2001.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório da conferência Internacional sobre população e desenvolvimento**. Cairo, Egito: ONU, 1994. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração e plataforma de ação da IV conferência mundial sobre a mulher**. Pequim: ONU, 1995. Disponível em: <[http://www.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao\\_beijing.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao_beijing.pdf)>. Acesso em: 01 out. 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório global sobre homicídios 2013**. Londres: ONU, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Banco de dados. **Relatórios sobre suicídios, 2000 e 2001**: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Brasília: ONU, 2001. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf)>. Acesso em: 01 out. 2014.

PORTUGUÊS, M. R. Educação de adultos presos. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 355-374, jul. 2001.

QUEIROZ, C. A. et al. Riscos para vírus da imunodeficiência humana e hepatites dos privados de liberdade. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 8, p. 2375-81, jul. 2014. Suplemento 1.

SANTA CATARINA (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria Vigilância Epidemiológica. **ABC redução de danos**. Florianópolis: SES, 2003.

SANTOS, M. et al. **Manual de intervenções ambientais para o controle da tuberculose nas prisões**. Rio de Janeiro: Departamento Penitenciário Nacional, 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_intervencoes\\_ambientais\\_controle\\_tuberculose\\_prisoas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_intervencoes_ambientais_controle_tuberculose_prisoas.pdf)>. Acesso em: 06 out. 2014.

SEXUAL VIOLENCE RESEARCH INITIATIVE. SVRI. **Care and Support of Male Survivors of Conflict** – Related Sexual Violence. South Africa: 2011. Disponível em: <<http://www.svri.org/CareSupportofMaleSurviv.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2014.



SOUZA, M. O. S.; PASSOS, J. P. A prática de enfermagem no sistema penal: limites e possibilidades. **Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 417-423, set. 2008.

SOUZA, M. C. P. et al. Atenção à saúde no sistema penitenciário: revisão de literatura. **Revista Interdisciplinar**, Teresina – Piauí, v. 6, n. 2, p. 144-151, 2013.

SOUZA, E. R. de. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 59-70, 2005.

VINHAS, W. **Construção social da violência e direitos humanos**. Irecê, Bahia: UNEB, 2010.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2013**: mortes matadas por armas de fogo. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos (CEBELA), 2013. Disponível em: <[http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2013/MapaViolencia2013\\_armas.pdf](http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2013/MapaViolencia2013_armas.pdf)>. Acesso em: 06 out. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International conference on primary health care**. Alma-Ata, USSR: WHO, 1978.

\_\_\_\_\_. **Health in prisons**: a WHO guide to the essentials in prison health. Copenhagen, Denmark: WHO, 2007.

\_\_\_\_\_. **Prisons and health**. Copenhagen, Denmark: WHO, 2014.

\_\_\_\_\_. **2008 – 2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of diseases**. Avenue Appia, Geneva: WHO, 2013.

\_\_\_\_\_. **World Health Statistics**. Avenue Appia, Geneva, 2009.

WOLF, N.; SHI, J. Patterns of victimization and feelings of safety inside prison: the experience of male and female inmates. **Crime & Delinquency**, v. 57, n. 1, p. 29-55, 2011.



## Minicurrículo dos autores

### Anne Caroline Luz Grüdtner da Silva

Fisioterapeuta pela Universidade Estadual de Santa Catarina (2006), concluiu especialização em Saúde Pública em 2010 e mestrado em Saúde Coletiva em 2012, ambos pela Universidade Federal de Santa Catarina. É doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFSC), integrante do grupo de pesquisa Violência e Saúde da UFSC desde 2011, desenvolve pesquisas na área de violência conjugal e atenção à saúde dos homens, e participou de atividades da UNASUS/SC atuando como coordenadora de tutoria.

Endereço do currículo na plataforma lattes: <<http://lattes.cnpq.br/1935004599922389>>.

### Nazaré Otília Nazário

Enfermeira graduada pela UFSC (1980). Fez especialização em Docência em Nível de Terceiro Grau (1982), bem como mestrado (1997) e doutorado em Enfermagem (2007) pela UFSC. Atua como professora no curso de medicina da UNISUL.

Endereço do currículo na plataforma lattes: <<http://lattes.cnpq.br/9333233033541006>>.

### Daniel Costa Lima

Psicólogo pela UFPE e mestre em Saúde Pública pela UFSC. Atua como pesquisador e militante com os temas gênero, masculinidades, feminismo, saúde dos homens, paternidade e violência baseada em gênero há mais de 10 anos, em instituições da sociedade civil e governamentais.

Endereço do currículo na plataforma lattes: <<http://lattes.cnpq.br/0641559137883730>>.