



A saúde do homem preso

A frase do Evangelho de João, “Eu vim para que todos tenham vida e a tenham em plenitude” (Jo 10,10), permeia toda a pastoral da Igreja Católica no âmbito da saúde. A vida é um dom supremo, ou seja, é dom de Deus e direito de todos. Todas as pessoas, independente de sua condição social, raça, religião, orientação sexual, tem direito a vida digna e plena. Assim sendo, o acesso a saúde, é um direito de todos inclusive aqueles que se encontram privados de sua liberdade.

No texto a seguir apresento alguns apontamentos sobre a saúde dos homens que se encontram em situação de prisão. Este texto, em forma de resumo, foi elaborado a partir do manual Atenção à Saúde do Homem privado de liberdade, cujos autores e referencias bibliográficas aparecem no próprio manual. Serão apontados alguns problemas mais comuns no dia a dia das prisões, nas questões relacionadas ao adoecer e morrer, tais como, violência, drogas, saúde mental, DSTs, dentre outras.

No processo de adoecer e morrer das populações e de cada pessoa em particular, as desigualdades sociais, econômicas e culturais se revelam de maneira diferenciada. As pessoas que são mais vulneráveis e vivem menos, são populações expostas a condições precárias de vida, dentre elas estão as populações privadas de liberdade. Ao privar ou restringir uma pessoa de sua liberdade, o estado e a sociedade como um todo, não pode negar-lhe outros direitos, como o é o caso do direito a saúde.

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

As prisões brasileiras, caracterizam-se por insalubridade, superlotação, confinamento permanente, falta de investimentos governamentais, violência de todo tipo, entre essas maus-tratos e torturas.



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).

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).

Os homens têm necessidades específicas no campo da saúde, por isso 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.

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).

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.



Nesse contexto é possível afirmar que 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).

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).

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: Maceió (5.^a), Fortaleza (7.^a), João Pessoa (9.^a), Natal (12.^a), Salvador (13.^a), Vitória (14.^a), São Luís (15.^a), Belém (23.^a), Campina Grande (25.^a), Goiânia (28.^a) e Cuiabá (29.^a).
- 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).

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.

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.

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 pessoas presas 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 (extração).

Segundo a OMS, as pessoas privadas de liberdade, apresentam diversas necessidades básicas, no que diz respeito a saúde, dentre elas:

- 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.

Principais doenças no sistema prisional masculino

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. 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).

Óbitos em função do HIV em 2012

3.767 Mulheres

34,73%

7.080 Homens

62,7%

Certos “roteiros” de gênero prescritos socioculturalmente reforçam a idéia 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 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).

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.

Ao pensar nessas ações voltadas às DST, HIV/Aids, é preciso que os profissionais de saúde revisem alguns de seus conceitos e preconceitos. É preciso reconhecer que as relações afetivas e sexuais dos homens não podem ser compreendidas dentro de uma visão de mundo heteronormativa.

A 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.

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.

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).

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 a seguir.

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

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.

risco substancial

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).

HIV e TUBERCULOSE

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.

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).

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 do ambiente carcerário.

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 (coloração amarelada da pele) da doença, reconhecida clinicamente. Aproximadamente 5% a 10% dos indivíduos infectados cronificam. 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.

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.

Lembre que 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.

As 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, 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 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 cardíaco e cerebrovasculares e ao diabetes.

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 (OMS, 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).

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).

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 aos 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).



Pe. Almir José de Ramos

Assessor para a Saúde da Pastoral Carcerária Nacional