

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Andreia Resende dos Reis

**A SAÚDE DE HOMENS PRESOS:
promoção da saúde, relações de poder e produção de autonomia**

Belo Horizonte

2014

Andreia Resende dos Reis

**A SAÚDE DE HOMENS PRESOS:
promoção da saúde, relações de poder e produção de autonomia**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Luciana Kind do Nascimento

Belo Horizonte

2014

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

R375s Reis, Andreia Resende dos
A saúde de homens presos: promoção da saúde, relações de poder e produção de autonomia / Andreia Resende dos Reis. Belo Horizonte, 2014.
121f.:il.

Orientadora: Luciana Kind do Nascimento
Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

1. Prisões – Belo Horizonte, Região Metropolitana de (MG). 2. Promoção da saúde. 3. Saúde do Homem. 4. Masculinidade. 5. Autonomia (Psicologia). I. Nascimento, Luciana Kind do. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

SIB PUC MINAS

CDU: 343.82

Andreia Resende dos Reis

**A SAÚDE DE HOMENS PRESOS:
promoção da saúde, relações de poder e produção de autonomia**

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia
Universidade Católica de Minas Gerais,
como requisito parcial para obtenção do
título de Mestre em Psicologia.**

Luciana Kind do Nascimento (orientadora) - PUC Minas

Benedito Medrado Dantas - UFPE

Kênia Lara Silva - UFMG

Belo Horizonte, 17 de fevereiro de 2014.

*À Eduarda, minha filha, muito amada, por entender a
minha caminhada e por estar sempre ao meu lado.*

AGRADECIMENTOS

À professora Luciana Kind do Nascimento, pelos convites generosos e delicados, que, por vezes, me levaram a tantas descobertas. Pelo apoio e incentivo nas escolhas feitas, sem deixar de apontar meus limites diante de tantas possibilidades.

Aos professores Kênia Lara Silva e Benedito Medrado pela generosidade em compartilhar suas experiências e por aceitarem prontamente o convite para integrar a minha banca examinadora.

Aos amigos, professores e funcionários do programa.

Aos queridos colegas do Sistema Prisional de Minas Gerais, pelas discussões, apoio e companheirismo.

Aos colegas do Hospital Eduardo de Menezes, pelo apoio e compreensão.

À minha família, em especial ao meu irmão Anderson, pelo apoio constante.

Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram para este trabalho.

Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir (FOUCAULT, 1984).

RESUMO

Este trabalho visa refletir sobre a saúde de homens presos. Traz para o debate as noções de gênero, masculinidade, promoção da saúde, relações de poder e produção de autonomia. O campo de investigação no qual a produção de dados empíricos se desenvolveu foi um complexo penitenciário de segurança máxima localizado na região metropolitana de Belo Horizonte-MG. Os dados produzidos neste trabalho resultam de entrevistas realizadas com treze homens que desempenham atividades laborativas dentro da unidade prisional. As entrevistas foram registradas em diário de campo, durante e após sua realização, respeitando-se as normas da administração prisional do Estado, que impedem a utilização de qualquer instrumento eletrônico para captar os dados. O trabalho analítico se amparou na abordagem teórico-metodológica das práticas discursivas, para o desenvolvimento de questões-eixo que contemplavam repertórios interpretativos discutidos, sentidos construídos sobre saúde e práticas de cuidados. Os dois eixos iniciais se desdobraram em quatro possibilidades analíticas para: 1) compreender os discursos produzidos sobre a saúde; 2) compreender como os homens lidam com as práticas de cuidado no cotidiano; e 3) compreender o que dizem sobre a perspectiva de mudança na oferta de saúde nas prisões. As discussões sinalizam que o modelo hegemônico de constituição do masculino tem trazido consequências negativas para a saúde e para a vida dos homens entrevistados. Apesar disso, discute-se como os homens presos reproduzem um corpo masculino visível, em fragilidades e vulnerabilidades, que impactam em obstáculos para desenvolver práticas de cuidado. A dimensão institucional atravessa as práticas discursivas e a produção de sentidos sobre a saúde e o cuidado de si. Sem a pretensão de esgotar o tema, acredita-se que os resultados poderão expandir as discussões, tanto na área da saúde quanto na área da segurança pública.

Palavra-chave: Sistema prisional. Masculinidades. Saúde do Homem. Promoção da saúde.

ABSTRACT

This paper aims to reflect on the health of arrested men. It brings to the discussion the notions of gender, masculinity, health promotion, power relations and production autonomy. The field of research where the production of empirical data developed was a maximum security prison complex located in the metropolitan region of Belo Horizonte – MG. The information produced in this paper are the result of interviews with thirteen men who perform work activities within the prison unit. The interviews were recorded in a diary, during and after its execution, respecting the rules of the prison administration of the state that prevents the use of any electronic instrument to capture the data. The analytical work relied on theoretical and methodological approach of discursive practices for development issues-axis that contemplated interpretative repertoires discussed meanings constructed about health and care practices. The two initial axis /center lines were unfolded into three analytical possibilities to: 1) understand the produced speeches on health; 2) understand how men deal with care practices in everyday life; 3) understand what they say about the prospect of change in the offer of healthcare in prisons. The discussions indicate that the hegemonic model of information on the male has had negative consequences for the health and lives of the men interviewed. Regardless, the paper discusses how arrested male prisoners reproduce a visible male body, fragility and vulnerability, impacting on obstacles to develop care practices. The institutional dimension goes beyond the discursive practices and the production of meanings about health and self-care. Without the pretense to deplete the theme, it is believed that the results will expand the discussions both in health and the area of public security.

keywords: Prison system. Masculinities. Men's health. Promotion of health.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Caracterização dos entrevistados	42
QUADRO 2 – Artigos da condenação.....	44
QUADRO 3 – Principais marcos regulatórios para a saúde dos presos.....	59

LISTA DE SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APAC – Associação de Proteção e Assistência aos Condenados
ASP – Agente de Segurança Penitenciário
CAMPE – Centro de Apoio Médico e Pericial
CERESP – Centro de Remanejamento do Sistema Prisional
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CPB – Código Penal Brasileiro
CTC – Comissão Técnica de Classificação
DEPEN – Departamento Penitenciário Nacional
DST – Doença Sexualmente Transmissível
EC – Exame Criminológico
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
LEP – Lei de Execução Penal
PIR – Programa Individual de Ressocialização
PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde
PPP – Parceria Público-Privada
SEDS – Secretaria de Estado de Defesa Social
SEE – Secretaria de Estado de Educação
SUAPI – Subsecretaria de Administração Prisional
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Sumário

1 INTRODUÇÃO	21
2 AS PRISÕES E OS PRESOS.....	27
2.1 As prisões mineiras.....	31
2.2 Os presos mineiros.....	32
2.2.1 Instrumentos para a ressocialização.....	33
2.3 Caracterização da instituição pesquisada	34
2.4 Aspectos éticos.....	36
2.5 O “campo” de estudo.....	37
2.6 Os entrevistados do estudo	41
3 APONTAMENTOS SOBRE GÊNERO	45
3.1 Homens e masculinidades: pontos de diálogo.....	46
3.2 Homens e saúde.....	50
3.3 Sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.....	53
3.4 Saúde de homens presos	57
4 PROMOÇÃO DA SAÚDE: ALGUMAS PROBLEMATIZAÇÕES.....	60
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	71
5.1 Fundamentos construcionistas	71
5.2 Práticas discursivas e produção de sentidos.....	72
5.3 Análise dos dados.....	75
5.3.1 Os sentidos produzidos sobre a saúde de homens presos	77
5.3.2 Sentidos produzidos sobre as práticas de cuidado no cotidiano.....	86
5.3.3 Sobre a perspectiva de mudança na oferta de saúde nas prisões.....	92
6 CONCLUSÃO	95
APÊNDICE A – CARTA DE APRESENTAÇÃO	108
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	109
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	110
APÊNDICE D – SINTESE DAS PRINCIPAIS REFERÊNCIAS TEÓRICAS.....	112
ANEXO A – COMPROVANTE DE ENVIO - PLATAFORMA BRASIL.....	113
ANEXO B – CIRCULAR/SAPE - ORIENTAÇÕES	114
ANEXO C – MEMO/SAPE - AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA.....	117
ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	119

1 INTRODUÇÃO

Prender-se em uma leitura sobre a saúde de homens presos: eis o convite que se faz aos leitores deste texto. O convite tem como objetivo compartilhar a experiências carregadas hora por angústias, hora por prazeres, misturada com os cheiros, barulhos e linguagens que são peculiares ao sistema prisional.

Descobriu-se que o tema escolhido para esta dissertação, de alguma forma, suscita um emaranhado de sentimentos que marcam o ingresso no sistema prisional seja para quem entra para trabalhar, seja para quem entra para cumprir a pena.

Em 2006, iniciei o trabalho como psicóloga em uma instituição prisional de segurança máxima na região metropolitana de Belo Horizonte. Não conhecia nada sobre aquela realidade, nem tampouco o que poderia encontrar lá dentro. Essa instituição abriga aproximadamente 2.000 homens, já condenados, que se encontram no regime fechado de execução da pena privativa de liberdade.

Em junho de 2012, por ocasião de aprovação em outro concurso público, mudei da Secretaria de Defesa Social para a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, quando comecei a atuar em uma unidade hospitalar referência para DST/HIV-AIDS e outras doenças infectocontagiosas. Nessa transição, optei por não mudar meu projeto que previamente estava elaborado com questões sobre o sistema prisional. Escolhi escrever e problematizar a temática do sistema prisional e saúde, primeiro porque já conhecia o tema e me debruçara em seu estudo há tempos. Em segundo lugar, porque gostaria de registrar a minha trajetória e compartilhar essas experiências sobre o cotidiano de um ambiente prisional no campo da saúde. Esse distanciamento foi de extrema importância, pois consegui, de alguma forma, me afastar de um campo no qual eu estava totalmente imersa, sendo certamente influenciada por ele, possibilitando-me um olhar mais crítico.

Durante minha prática nessa instituição prisional, deparei-me diariamente, durante seis anos e cinco meses, com sentimentos extremos diante de situações que geravam indignações e angústias. Ao mesmo tempo em que aquilo tudo me causava fascínio, por muito tempo me angustiou. Fascínio porque achava que poderia alterar aquele universo; angústia porque sabia das minhas limitações. Além disso, era regida pelas mesmas leis que operavam sobre os presos, a diferença

talvez fosse que eu, de alguma forma, estava livre. Ironicamente, convivíamos todos, profissionais e presos, com os dizeres de Rousseau, impressos em um quadro de avisos do setor em que trabalhava: “O homem nasceu livre, e em todos os lugares ele está acorrentado.”

Fui designada para compor a Comissão Técnica de Classificação, presidida pelo diretor da instituição e composta por dois chefes de serviço, um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social. A Comissão representa a mais alta autoridade da esfera de poderes da penitenciária. A posição social de poder que lhe era conferida só perpetuava as relações de dominação num espaço que já é marcado pelo poder. A apresentação final do trabalho elaborado pela comissão ressoava com a sensação de que a equipe atuava apenas como operadores do poder disciplinar. Cabia à Comissão classificar os presos segundo os antecedentes e personalidades e elaborar o Plano Individualizado de Ressocialização (PIR), cujo objetivo é orientar a individualização da execução penal e propor ações que reduzam ou minimizem os danos causados pela prisionalização. Outra função era atuar na elaboração do Exame Criminológico¹, com vistas a um prognóstico criminal. Dessa forma, como se trata de uma unidade na qual os condenados estão em cumprimento de pena privativa de liberdade, em regime fechado, todos eram submetidos a esse exame. Após a análise do exame criminológico pelo juiz, e este entendendo que os presos cumpriam os requisitos objetivo (bom comportamento) e subjetivo (Exame Criminológico favorável²), seriam novamente inseridos numa sociedade que, por vezes, estabelecera com eles laços sociais fragilizados, de exclusão, de conflitos e criminalizantes, na qual mais uma vez seriam privados da construção de suas cidadanias. Essas inquietações ao longo da minha atuação no sistema prisional também alimentaram as questões levantadas para esta dissertação.

Convém observar que essa comissão foi criada e respaldada pela Lei de Execução Penal (LEP) Lei nº 7.210, de 1984, que trata dos direitos assegurados aos presos e dos deveres a serem cumpridos. A ideia central da lei conduz à concepção do preso como sujeito de direitos e deveres, não mais como um objeto da

¹ Mais detalhes a esse respeito podem ser encontrados em: BRASIL. Lei nº 7.210, 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal e BRASIL, Lei nº 10.792, de 1 de dezembro de 2003. Altera a Lei nº 7.210, de 11 de junho de 1984.

² Com a alteração da Lei de Execução Penal, nº 7.210/1984, para a lei nº 10.792/2003, o Exame Criminológico, passou a ser facultativo, mas na prática alguns juízes de execução penal atrelam a faculdade de condicionar a concessão do benefício à realização do exame criminológico, exigindo-o como pré-requisito para a concessão de benefícios. Portanto, essa continua sendo a prática dos psicólogos no Sistema Prisional Brasileiro.

administração e a serviço da ordem e segurança. No processo de execução penal e no campo dos direitos, está garantida a assistência material, à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa, ou seja, ações que se sustentem e/ou proporcionem condições para a harmônica reintegração social do preso. Além de propor ações para a individualização da pena, a comissão também deveria averiguar se tais ações estavam sendo cumpridas. Portanto, nos ditames da lei, a garantia da atuação do psicólogo no sistema prisional³ apresenta-se apenas na participação da Comissão Técnica de Classificação e na elaboração do exame criminológico. Apesar dos novos discursos produzidos pela Psicologia, o que ainda prevalece dentro das instituições prisionais são o discurso e a lógica institucional, que veem a Psicologia como um recurso adaptativo, que busca normalizar as pessoas.

Diante da prática profissional, percebia-se que, de alguma forma, cada um dispunha de maneiras singulares de interpretação da realidade vivida, bem como seus recursos de interpretação e de apropriação de suas experiências. Passou-se a observar que os presos, quando vinham para o atendimento, procuravam se adequar àquele local, assumindo uma postura diferenciada daquelas que constantemente se ouvia falar sobre eles (preso de alta periculosidade, desordeiro, líder de pavilhão, etc.). Tentavam mostrar-se com uma aparência serena e tranquila, vestiam o melhor uniforme do sistema prisional que tinham, usavam termos adequados ao linguajar jurídico, muitas vezes com pronúncias incorretas, mas privilegiavam e enriqueciam suas falas com pronomes de tratamento, como doutora e senhora. Eram evidentes os apelos excessivos, justificados pela ansiedade e angústia, pois tinham apenas aquele espaço e aquele momento para terem uma acolhida favorável frente à alta corte do sistema prisional. Ao término do atendimento, frequentemente escutava a pergunta: “Como foi doutora, acha que o juiz vai me liberar, ou tomei pau?”

Antecipando-se a isso, tentavam convencer de que estavam “ressocializados”, ajustados, saudáveis, produtivos e melhores do que quando entraram para o cumprimento da pena. No entanto, percebia-se que, por anos privados de liberdade e atravessados pelo sofrimento do encarceramento, o que se via e escutava eram falas sofridas de sujeitos destituídos de singularidades. Não era regra para todos, mas se percebia que os princípios básicos de cidadania no campo

³Para maiores informações ver resolução: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP Nº 009/2010, 29 de junho de 2010. Regulamenta a atuação do psicólogo no sistema prisional.

da saúde, educação, profissionalização, lazer, geração de renda e psicossocial, de alguma forma, não haviam sido apresentados àquelas pessoas durante o cumprimento da pena, nem tão pouco em outro momento da vida.

Entendia-se que, mesmo diante dessas considerações, vislumbravam-se possibilidades de se prestar acolhimento, dar atenção, ter o cuidado de se oferecer um olhar e uma escuta singulares. Poder-se-ia, inclusive, buscar intervenções para as necessidades individuais, estendendo-as a uma dimensão coletiva. Sabia-se que existiam instrumentos para se conhecer fatores de riscos e vulnerabilidades de cada caso, bem como seria possível contribuir para a participação em processos de tomada de decisão e de responsabilização. No entanto, não se poderia perder de vista que a função já estava direcionada para a produção de avaliações. Na busca de se construir um melhor entendimento sobre o sistema prisional, o público atendido e a atuação profissional, retomaram-se as leituras de Foucault, num primeiro momento por seu livro clássico sobre as prisões, que levou, conseqüentemente, a muitas outras leituras que possibilitassem uma fundamentação teórica sobre o tema. Essas leituras remeteram a muitas outras, aproximando-se à temática da saúde naquele espaço, com o aporte legal de diretrizes preconizados pelo Sistema Único de Saúde, além de resoluções específicas referentes àquele tipo de população.

No decorrer do estudo, e para melhor entendimento daquele ambiente, com o conjunto de presos composto exclusivamente por homens, foi inevitável a aproximação com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). A política se apoia no argumento de que grande parte dos problemas desse grupo está relacionada diretamente aos hábitos e comportamentos de risco à saúde e à violência. O texto da Política sustenta que os homens são mais vulneráveis ao envolvimento com álcool, tabagismo e uso de outras drogas, apresentando maior índice de internações por transtornos mentais e comportamentais. Além dos elementos que compõem a cartografia das questões de saúde da população masculina, apresentados por essa Política, via-se no campo de estudo elementos que predispuham os presos a inúmeras outras vulnerabilidades, que se materializavam em condições precárias e insalubres, falta de cumprimento e aplicação da lei com “esquecimentos” de concessão de benefício, superlotação, motins, rebeliões, agressões e supremacia de força e poder.

Essa descoberta provocou o desejo de aprofundar os estudos, incorporando discussões sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Trabalhar com a PNPS não foi uma direção ao acaso, pois ela imprime conceitos estratégicos, propondo a incorporação de várias outras dimensões do bem-estar físico, psíquico e social de pessoas e coletividades. Além disso, é uma política que articula e integra conceitos relacionados à autonomia e poder — condições geradoras de saúde e doença — que por vezes favorecem a produção de uma perspectiva emancipatória ou reforça uma lógica culpabilizadora, como se discutirá em outro ponto deste trabalho.

Tendo em vista o cenário descrito até o momento, o objetivo geral deste estudo foi identificar as produções discursivas a respeito de saúde/doença expressas pelos homens que se encontram no regime fechado de execução da pena privativa de liberdade.

Foram delimitados os seguintes objetivos específicos:

- compreender os discursos produzidos sobre a saúde;
- compreender como os homens lidam com as práticas de cuidado no cotidiano;
- verificar como a literatura trata a questão da saúde dos homens, em especial do homem preso.

O trabalho empírico desta pesquisa envolveu entrevistas com presos, reguladas por exigências específicas do campo, exigindo a presença de um agente de segurança e o registro em lápis e papel. Apesar das limitações impostas à condução das entrevistas, esse formato de coleta de dados ofereceu recursos para a abordagem dos dados.

Assim, no primeiro capítulo, buscou-se contextualizar as prisões e os presos em geral, em particular presos do Estado de Minas Gerais, cujo foco foram homens presos condenados ao cumprimento de pena privativa de liberdade. Pontuaram-se, ainda, alguns elementos de discussão sobre a crise do sistema prisional no contexto social e midiático.

No segundo capítulo, dedicou-se ao estudo de gênero, masculinidades, homens e saúde. Traz apontamentos sobre gênero e a rica contribuição deste estudo para se compreender a masculinidade e a situação da saúde dos homens, trabalhando-se com a Política Nacional de Atenção Integral À Saúde do Homem,

bem como a saúde do homem preso e a sua interlocução com autores que problematizam esse campo.

No terceiro capítulo, são discutidas algumas das concepções acumuladas ao longo do projeto “Promoção da Saúde”, focando-se no contexto geral de discussões sobre promoção da saúde, levantando pontos de convergência com o tema geral desta pesquisa.

O quarto capítulo traz a descrição detalhada do percurso metodológico realizado na pesquisa e o aprofundamento da discussão e análise dos dados.

2 AS PRISÕES E OS PRESOS

A situação de precariedade do sistema carcerário brasileiro é amplamente denunciada pela imprensa⁴. As denúncias dão conta de rebeliões orquestradas por detentos, liberação irregular de presos, facilitação de fugas, apreensão de drogas, armas e celulares dentro das penitenciárias, superlotação, precariedade de assistência material, de saúde entre outras. Essas denúncias apontam para uma crise do sistema prisional, questionando-se sua real eficácia e a pouca inoperância com estratégia de ressocialização. Dotti (1998) diz que “[...] O sistema está em regime de insolvência, sem poder quitar as obrigações sociais e os compromissos assumidos individualmente” (DOTTI, 1998, p.115).

O sistema carcerário brasileiro é considerado falido até pelas mais altas autoridades responsáveis por sua administração. Em entrevista veiculada à revista Carta Capital (2012), o ministro da Justiça, José Eduardo Cardozo, afirmou que prefere a morte a ter de cumprir uma longa pena no sistema prisional brasileiro, isso porque as condições nos presídios nacionais são medievais, completa. (Cruz, 2012).

Quando preso, o sujeito é reduzido a um mero objeto de intervenção estatal, cujo destino está nas mãos de agentes operadores das políticas públicas na área penal. A despeito disso, Assis (2007) assinala que:

A partir do momento em que o preso passa à tutela do Estado, ele não perde apenas o seu direito de liberdade, mas também todos os outros direitos fundamentais que não foram atingidos pela sentença, passando a ter um tratamento execrável e a sofrer os mais variados tipos de castigo, que acarretam a degradação de sua personalidade e a perda de sua dignidade, num processo que não oferece quaisquer condições de preparar o seu retorno útil à sociedade. (ASSIS, 2007, p.75).

Assim, a prisão, símbolo maior do direito de punição do Estado, sofreu inúmeras transformações em relação ao espaço físico (de modestas casas, vagões

⁴ A título de ilustração, eis algumas notícias veiculadas pela revista Carta Capital, que mostram essa precariedade do sistema prisional brasileiro. CARVALHO, Bruna. Crise no Complexo de Pedrinhas, em São Luís, não é caso isolado. Intervenção federal enfrenta obstáculos jurídicos e políticos. Carta Capital, 07/01/2014. DEUTSCHE, Welle. Prisões brasileiras têm um 'Carandiru' a cada três anos: Para especialistas, 20 anos após massacre de 111 detentos, sistema carcerário piorou e continua um barril de pólvora. Carta Capital, 17 abr 2013. RODRIGUES, Alex. Brasil é denunciado à OEA por más condições de presídio em Porto Alegre. Carta Capital, 10 jan. 2013.

de trens, fazendas, até monumentos gigantescos), sobretudo em modelos de ordenamentos registrados e organizados sob a forma de leis, decretos e códigos.

Apesar de o sistema penal vir sofrendo algumas modificações ao longo dos anos, em especial no que se refere à legislação, o que se observa é uma pressão da sociedade, que vê no recrudescimento das penas e do crescente aparato penitenciário a solução para a questão da segurança pública. No entanto, é utópico pensar que os altos índices de criminalidade serão reduzidos apenas com a construção de penitenciárias ou com a ampliação do número de vagas ou mesmo com um novo código penal.

Pacheco (2002) informa que, na atualidade, temas relacionados à violência e sua punibilidade são amplamente explorados pela imprensa, de forma que o clamor popular tenha um papel fundamental, até mesmo na tomada de decisão dos poderes executivo, legislativo e judiciário. Atualmente a população pode acompanhar os veredictos e a execução de sentenças de perto e ao vivo, inclusive através de videoconferências e telões espalhados em praças públicas ou enquanto se toma um café. Tais sentimentos fazem com que a população exija penas cada vez mais duras.

O autor ainda enfatiza que essa ilusória presença vigilante do processo punitivo possibilita, a essa mesma população, sedenta de vingança, sofrer com a constatação da complexidade e da fragilidade do sistema penal, que, por vezes, cria distintas aplicações e interpretações, de acordo com interesses, acima de tudo, financeiros, políticos e morais.

Todavia, a pena e a prisão são manifestações de poder do Estado, destinadas a proporcionarem uma disciplina social. Conforme Foucault (1999), elas são maneiras de “[...] universalizar a arte de castigar” (FOUCAULT 1999, p. 76). Nesses contornos, a pena e a prisão ganham visibilidade pelo seu expressivo simbolismo das práticas de controle, da vigilância, da disciplina, da exclusão e da estigmatização.

O que se pretende ensinar com o castigo e com a punição é a ilusória fantasia de que: “[...] a lembrança de uma dor pode impedir a reincidência, do mesmo modo que o espetáculo, mesmo artificial, de uma pena física pode prevenir o contágio do crime.” (FOUCAULT, 1999, p.79). Ou seja, todo esse processo visaria a uma prevenção.

Observa-se que a prisão, na perspectiva de estratégia reformadora de indivíduos, recebeu atenção dos juristas nos séculos XIX e XX, tendo como premissa a máxima de proporcionar o retorno harmônico do condenado à sociedade, além de prevenir o crime. Tal desejo é conhecido como ressocialização.

Com efeito, vale destacar que, do ponto de vista legal, e no contexto brasileiro, que nos interessa em particular, o que está legislado a partir da Lei de Execuções Penais (LEP) de 1984, a mais atual que trata do assunto, é que a ressocialização do preso que cumpre pena privativa de liberdade se dá através do encarceramento.

Nos contornos da lei, a ressocialização ou reintegração social pode ser definida como um conjunto de intervenções técnicas, políticas e gerenciais levadas a efeito durante e após o cumprimento de penas ou medidas de segurança (BRASIL, 2013). Sua finalidade é criar uma rede de aproximação entre Estado, comunidade e pessoas beneficiárias. Tais objetivos visam ampliar a resiliência e reduzir a vulnerabilidade frente ao sistema penal que, por vezes, não pode atuar apenas na abstenção da violência física ou na garantia de boas condições para a custódia do indivíduo, mas deve consistir em um processo de superação de uma história de conflitos, por meio da promoção dos seus direitos e da recomposição dos seus vínculos com a sociedade, procurando criar condições para a sua autodeterminação responsável (BRASIL, 2013).

Em contraposição, Mirabete (2002) afirma que:

A ressocialização não pode ser conseguida numa instituição como a prisão. Os centros de execução penal, as penitenciárias, tendem a converter-se num microcosmo no qual se reproduzem e se agravam as grandes contradições que existem no sistema social exterior (...). A pena privativa de liberdade não ressocializa, ao contrário, estigmatiza o recluso, impedindo sua plena reincorporação ao meio social. A prisão não cumpre a sua função ressocializadora. Serve como instrumento para a manutenção da estrutura social de dominação (MIRABETE, 2002, p. 24).

A ressocialização parece ser o maior desafio. Damas (2011) informa que a ressocialização dos presos é indissociável das condições de saúde nas prisões, que, em sua definição mais ampla, está associada à oferta de uma abordagem integral de assistência médica, pedagógica, psicossocial, jurídica e laboral, favorecendo a inclusão social. O autor ainda esclarece que: “[...] enquanto negligenciamos os

direitos dos detentos, toda a sociedade sofre com as consequências” (DAMAS, 2011, p.32).

Retomando a LEP, ela trata, entre outros pontos, dos direitos do preso no decorrer da execução penal. Reconhece os direitos humanos dos presos, proibindo o uso de violência contra os detentos, além de garantir aos que cumprem pena assistência educacional — como instrução escolar e ensino profissionalizante —, assistência médica, material, jurídica, social e religiosa. A LEP também prevê que os presos condenados sejam mantidos em celas individuais de pelo menos seis metros quadrados, além de ofertar trabalho remunerado, cujo salário não pode ser inferior a três quartos do salário mínimo (BRASIL, 1984).

Outra novidade que a LEP traz é o exame criminológico, que tem o objetivo de analisar o grau de periculosidade de um preso que tenha cometido crime doloso com violência ou grave ameaça a outrem. Trata-se de apurar se existem as condições pessoais de que o preso não voltará a delinquir, extraíndo-se ainda elementos que justifiquem a “índole” do preso voltada para o mal, conforme já foi mencionado.

A LEP ainda traz diferentes modalidades de estabelecimentos prisionais, os quais se destinam à execução da pena privativa de liberdade, à execução da medida de segurança, à custódia do preso provisório, e aos cuidados do egresso. A LEP classifica esses estabelecimentos segundo as diferentes fases do regime de prisão: prisão provisória, condenação ou medida de segurança, liberdade condicional, egresso. E os classificam da seguinte maneira: centros de observação criminológica; penitenciárias, colônias agrícolas ou industriais, casas do albergado, cadeias públicas, hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, penitenciária para mulheres, penitenciária para o jovem adulto (BRASIL, 1984).

A LEP também prevê que, após julgado e condenado a pena privativa de liberdade, esta deverá ser cumprida em regime fechado, semiaberto ou aberto (BRASIL, 1984). Em caso de progressão de regime fechado para o semiaberto, este somente se efetivará se o condenado cumprir um sexto da pena no regime anterior e ostentar bom comportamento carcerário. Acredita-se que a divisão dos regimes de cumprimento de pena sirva para reintegrá-lo gradativamente ao convívio social, para que, ao final, retorne à sociedade “readaptado”.

A pena privativa de liberdade é subdividida em pena de reclusão (pena superior a oito anos) e de detenção. A pena de reclusão é aplicada nos casos em

que existe maior gravidade dos crimes; já para a detenção, o grau ofensivo é menor. A penitenciária, que é o foco desse trabalho, é um estabelecimento no qual o preso cumpre pena de reclusão, alojado em cela individual, ficando sujeito ao isolamento, salvo quando lhe é dada a oportunidade de trabalho ou quando frequenta cursos profissionalizantes dentro do próprio estabelecimento prisional, não tendo direito de frequentar o trabalho externo, salvo em obras públicas. A legislação aponta como regra que a penitenciária de homens deve ser construída em local afastado do centro urbano, a uma distância que não restrinja a visitação.

Importa registrar que a pena privativa de liberdade configura o núcleo central das principais formas e métodos de punição dos quais a sociedade contemporânea dispõe, sendo a mais grave das sanções previstas no Código Penal Brasileiro (CPB) (1940), marcada pela política punitiva, disciplinar, geralmente direcionando seu discurso para a implantação de um regime penal cada vez mais “duro” e coercitivo, fazendo com que os indivíduos que cometeram crimes permaneçam por mais tempo presos.

Assim, a prisão passou a ser o principal dispositivo que o Estado poderia dar àqueles que cometessem atos criminosos. Apostavam que ela — a prisão — poderia concretizar as finalidades da pena, que seriam punir e recuperar o infrator.

2.1 As prisões mineiras

A primeira penitenciária do Estado de Minas Gerais foi construída a partir de 1927, instalada na zona rural de Contagem, numa localidade conhecida como Fazenda das Neves. Desde a criação da primeira unidade penal do Estado de Minas Gerais, iniciou-se um processo de interiorização das unidades prisionais (MINAS GERAIS, 2013).

De acordo com o grau de complexidade, as unidades prisionais mineiras são atualmente categorizadas em penitenciária, complexo penitenciário masculino e feminino, presídio, hospital psiquiátrico e judiciário, casa do albergado, Centro de Remanejamento do Sistema Prisional (CERESP), hospital de toxicômanos, Centro de Apoio Médico e Pericial (CAMPE), centro de referência à gestante privada de liberdade e Associação de Proteção e Assistência aos Condenados (APAC).

Por meio de uma Parceria Público-Privada (PPP), foi construído um Complexo Penitenciário com 3.040 vagas na cidade de Ribeirão das Neves, inaugurado em agosto de 2012, considerado um projeto inédito no país. O parceiro é o responsável pelos recursos de operacionalização e construção do complexo, e a fiscalização dos serviços prestados, bem como a gestão da segurança são responsabilidade da Secretaria de Estado de Defesa Social (SEDS).

A SEDS (2013) ressalta que, historicamente, a Polícia Civil era quem fazia a guarda nas carceragens mineiras, sendo a segurança externa de responsabilidade da Polícia Militar. Atualmente, a Subsecretaria de Administração Prisional (SUAPI) é a responsável pela custódia dos presos, gerindo 27.965 vagas em 132 unidades prisionais no estado de Minas Gerais. Cerca de 80% dos presos de Minas Gerais (aproximadamente 40 mil) estão sob a custódia da SUAPI, sendo o restante ainda custodiado pela Polícia Civil.

2.2 Os presos mineiros

Os indicadores do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), referentes a 2011, revelam que estão custodiados sob a gestão da SUAPI 41.569 presos (39.027 homens e 2.542 mulheres). No regime fechado, são 12.340 (11.882 homens e 458 mulheres). O número de vagas para esse tipo de regime é de 7.749 (7.446 homens e 303 mulheres).

Segundo o DEPEN, os indicadores apontam uma prevalência de população urbana (89,60%). Quanto à faixa etária, a prevalência é de presos jovens, especialmente entre 18 e 29 anos, que somam aproximadamente 60% dos internos. Segundo a cor de pele/etnia, conforme autodeclaração, os dados mostram que 28,5% são brancos, 19% são negros e 44,39 são pardos.

A maioria dos detentos é solteiro (65,6%), possuem baixa escolarização formal (3,7% de analfabetos; 10,3% de semialfabetizados; 58,7% com o Ensino Fundamental incompleto; 9,9% com o Ensino Fundamental completo).

Em relação ao enquadramento penal, 42,85% cumprem pena em virtude de crimes contra o patrimônio (roubo, furto, estelionato, receptação, extorsão mediante sequestro e sequestro). Os presos condenados por crimes contra a pessoa

(homicídio, estupro, lesão corporal) somam 15,53%. Já os crimes relacionados a drogas encontram-se na faixa de 13,4%.

Desses presos, 84,88% foram condenados a penas inferiores a 4 anos; 4,58% possuem condenações inferiores a 8 anos; 9,42% possuem condenações de 8 anos até 30 anos; 1,19% correspondem a condenações de 30 anos até 100 anos e 0,03% equivalem a penas superiores a 100 anos de condenação.

Quanto aos óbitos no sistema prisional, os dados do DEPEN (2011) revelam que foram registrados 12 óbitos, todos ocorridos com homens, sendo 6 óbitos por causas naturais, 2 óbitos criminais, 3 óbitos por suicídios e 1 óbito acidental.

Ainda conforme dados do DEPEN (2011), o pessoal de saúde de todo o sistema prisional mineiro, em todas as formas de regime, é constituído por 46 enfermeiros, 309 auxiliares e técnicos de enfermagem, 153 psicólogos, 51 dentistas, 129 assistentes sociais, 46 médicos clínicos gerais, 2 médicos ginecologistas, 22 médicos psiquiatras e 2 terapeutas ocupacionais. O vínculo desses técnicos com o Sistema Prisional se dá através de contrato administrativo ou de concurso público.

2.2.1 Instrumentos para a ressocialização

De acordo com a SEDS (2013), o programa de ressocialização dos presos inclui ofertas de estudo e trabalho, além de assistência médica, odontológica, psicossocial e jurídica. Atualmente, cerca de 4.500 presos estão matriculados em escolas regulares, nas várias modalidades de ensino (a distância, via telecurso, educação de jovens e adultos ou presencial), por meio de convênios com a Secretaria de Estado da Educação (SEE).

Além disso, cerca de 12 mil presos trabalham em várias atividades, em oficinas implantadas nas próprias unidades prisionais ou em empresas que mantêm convênios com o governo de Minas Gerais. De acordo com a SEDS, o trabalho não apenas tira o detento do ócio, mas também lhe assegura outros benefícios, como pagamento de salário e redução na pena de acordo com os dias trabalhados: para cada três dias o preso tem sua pena reduzida em um dia.

Segundo a SEDS, as novas unidades construídas dispõem de instalações para administração, cozinha, lavanderia, padaria e consultórios dentário, médico,

psicológico, jurídico e de assistência social, além de possuírem coleta seletiva de lixo, estação de tratamento de esgoto, área verde e câmeras de monitoramento.

Na unidade prisional palco da pesquisa, e somente nela, existe o aparelho *body scan*, uma cabine que permite enxergar dentro do corpo dos funcionários e visitantes. A aquisição desse aparelho faz parte da política de humanização⁵ do Sistema Prisional (SEDS, 2013), que, por sua vez, faz parte das ações de ressocialização do preso. A utilização dessa tecnologia reduz os constrangimentos da revista íntima para os visitantes, tornando a entrada mais ágil, diminuindo o tempo de espera nas filas e aumentando a segurança da unidade, no que se refere à entrada de objetos proibidos.

Não é objetivo deste trabalho discutir sobre o que se entende por humanização, nem humanização na perspectiva da SEDS, na medida em que existe um paradoxo: de que modo o *body scan* pode ser entendido como humanização? Não seria um dispositivo de extrema visibilidade, vigilância e controle da relação externos/internos?

2.3 Caracterização da instituição pesquisada

O complexo penitenciário de segurança máxima escolhido como palco para a pesquisa de campo, localizado na região metropolitana de Belo Horizonte, é a primeira penitenciária de segurança máxima⁶ do Estado de Minas Gerais, inaugurada em 1998, e a forma de regime do cumprimento da pena é o regime fechado.

A unidade é a de maior contingente populacional do Estado, com perfis de presos distintos, que, conseqüentemente, destaca sua elevada vulnerabilidade

⁵ Durante a atuação como psicóloga do sistema prisional mineiro, tive a oportunidade de presenciar algumas inspeções para visitas. O aparelho evita alguns constrangimentos, tais como a revista de homens e mulheres nus, sendo que as mulheres ficam em posição ginecológica e os homens se assentam numa cadeira com dispositivo de detector de metal; ambos realizam três abaixamentos de frente e de costas em cima de um espelho; abrem a boca, tiram próteses dentárias, são encaminhados para o RX, entre outros procedimentos.

⁶ Durante a atuação, ouvia constantemente os presos se referirem a essa penitenciária como o local mais temido para o cumprimento da pena, devido ao rigor na disciplina, ao esquema de vigilância, monitorada por câmeras, ao *body scan*, ao bloqueio de sinal de celular, ao canil, ao grupo tático de escolta interna armada, dentre outros. Além disso, os presos que passam por essa unidade são considerados de “alta periculosidade”, o que causa impacto na relação entre eles: respeito, mando, liderança, ou passividade e submissão.

social e de saúde. Ela foi eleita, como campo de delimitação do cenário para este estudo por ser uma unidade conhecida pela pesquisadora. A tramitação institucional para a realização da pesquisa exigiu a negociação de estratégias de entrada em campo (Apêndice A e Anexo B).

A construção arquitetônica é do tipo panóptico⁷. Portanto, quem faz parte dessa estrutura sabe que está num estado de permanente vigilância. Segundo Foucault (2000, p.167), o panóptico "[...] é uma maneira de definir as relações de poder com a vida cotidiana dos homens."

Esta penitenciária inicialmente foi projetada para abrigar 710 presos em celas individuais, divididas em 13 pavilhões. Devido à especificidade da instituição, sua população é bem heterogênea, pois recebe presos de várias cidades do Estado, inclusive presos internacionais e presos que ameaçados e jurados de morte em outras instituições. Estes são alocados em um pavilhão denominado "seguro"⁸.

Dadas essas características, a unidade prisional possui pavilhões específicos para presos da polícia federal, para integrantes de facções criminosas, para policiais civis e militares, para presos que praticam crimes contra o costume e seguro. Possui também o que deveria ser um Centro de Observação Criminológica, com 20 celas, destinado a presos submetidos a exame criminológico. Porém, devido à crescente procura por vagas, esse local acabou se tornando mais um espaço para o cumprimento de penas.

Desde a inauguração, possui quatro prédios internos, envoltos pela muralha, nos quais funcionam o setor administrativo, o setor psicossocial, o setor jurídico e o setor de produção e trabalho. Anexos a esses prédios, há uma lavanderia, um canil, um parlatório, uma oficina mecânica e pequenos galpões em que são desenvolvidas algumas oficinas de trabalho, e um refeitório utilizado pelos funcionários. As salas de aula são dentro dos próprios pavilhões. A unidade de saúde conta com 20 celas-leito, sendo duas de isolamento (em casos de doenças de transmissão por contato

⁷ O panóptico é um projeto arquitetônico elaborado pelo arquiteto Bentham, cuja estrutura é cilíndrica em sua periferia, possuindo uma torre no centro. Ao redor, no interior do anel, há subdivisões, pequenas celas, cada uma com duas janelas, uma interior correspondendo às janelas da torre, e a outra, que dá para o exterior, permite que a luz atravesse toda a cela. Basta, então, colocar um vigia na torre central, para que se possa ter visão total do que ocorre dentro das celas, sem que aqueles que estão lá dentro possam vê-lo.

⁸ A expressão "seguro" é comumente utilizada na linguagem prisional tanto de presos quanto de funcionários para designar que se trata de um local destinado a presos que se sentem ameaçados pelos demais, casos de crime de grande repercussão e comoção social são encaminhados para esse local com o intuito de se preservar a integridade física.

ou respiratória), registrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), com permissão para funcionamento apenas no nível primário de atenção à saúde.

Do lado externo à muralha, há dois prédios, um para os agentes penitenciários e outro destinado à recepção e ao cadastro de visitas. É nesse prédio que as revistas acontecem, tanto dos funcionários quanto das visitas. Existe uma guarita na qual todos os funcionários e visitas são obrigados a deixarem aparelhos eletrônicos (celulares, gravadores, fone de ouvido, computadores de mão etc.), joias e acessórios. Em 2006, com a grande demanda por vagas, a unidade foi ampliada, construindo-se dois anexos com capacidade para 400 presos, sendo 4 por cela, e, em 2011, ganhou mais um anexo com capacidade para 800 presos, sendo 8 presos por cela. Para chegarem aos respectivos locais de trabalho, os funcionários transpõem entre seis e sete portarias, todas monitoradas por câmeras, além de vigilância presencial interna e externa.

Atualmente, o pessoal de saúde da unidade corresponde a duas enfermeiras, dois dentistas, quatro psicólogos, quatro assistentes sociais, dois psiquiatras e um técnico em saúde bucal. Essa unidade não tem a presença de médico. Há, ainda, seis assistentes jurídicos.

2.4 Aspectos éticos

Minayo (2004) pontua que o pesquisador trabalha com vivências e com representações correlatas. Por mais que estimule a explicitação de determinados temas, se eles não constituem relevâncias para os informantes, dificilmente emergirão.

A realização deste estudo foi respaldada pelos preceitos éticos vigentes para pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto da pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil (número do Comprovante: 043455/2012) (Anexo A) tramitou e foi aprovado pela Secretaria de Estado da Defesa Social (Memo./SAPE/DSP-09/2013-FF - Anexo C) e posteriormente pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Minas Gerais (Anexo D). Durante o trabalho de campo, em especial para a realização das entrevistas, observaram-se as questões éticas dessa modalidade

de estudo, cumprindo-se a formalização exigida em qualquer pesquisa científica. Uma vez aprovada pela SEDS, restava seguir as orientações/diretrizes referentes à entrada e permanência de pesquisadores em instituições prisionais do Estado de Minas Gerais (Anexo B), bem como o compromisso junto aos diretores e coordenadores de segurança, que têm autonomia total sobre a instituição, de modo a não interromper ou causar nenhum impacto nem alterações na rotina e na dinâmica do funcionamento das atividades rotineiras.

Como critério de inclusão para a pesquisa, considerou-se o interesse em participar da pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Apêndice C). O convite aos sujeitos para participarem da pesquisa também considerou o tempo superior a um ano de pena ainda a cumprir no regime fechado de execução da pena privativa de liberdade e a obrigatoriedade de todos conviverem no mesmo pavilhão.

2.5 O “campo” de estudo

O tema sobre o qual se debruça esta pesquisa é carregado de aspectos problemáticos. A peculiaridade do local impõe descrição e ponderações, especialmente quanto ao tema da pesquisa. Por se tratar de uma unidade prisional de regime fechado — o próprio nome já lhe confere restrições — limita o acesso a informações e a determinados espaços, a circulação, a permanência, além da presença constante de agentes de segurança penitenciários, de procedimentos rigorosos de segurança.

Ao realizar uma pesquisa em unidades prisionais do Estado de Minas Gerais, o pesquisador deve se submeter às regras impostas pela Secretaria de Estado de Defesa Social, sob pena de ter o pedido negado. Portanto, a entrada ao campo iniciou-se somente após a aprovação da pesquisa pela SEDS (Anexo C).

Dias (2011) afirma que a possibilidade de trabalho de campo em unidades prisionais está em grande medida sujeita à sorte e ao acaso. As dificuldades e restrições relativas a questões institucionais que revestem este trabalho, assim como fatores sociopolíticos completamente desatrelados da pesquisa em si, logo, alheios à vontade do pesquisador, podem comprometer o trabalho. Refere-se, por exemplo,

a contextos de instabilidade e violência, pois quando se iniciaram os trabalhos para entrar em campo, todos foram surpreendidos por uma rebelião, em 21 de fevereiro de 2013, com duração de 30 horas e um saldo negativo de dois reféns e muita destruição.

Essa discussão é importante para se demonstrar os limites e os alcances nos dados obtidos. Ultrapassadas as barreiras iniciais, a principal estratégia de produção de dados foi a entrevista semiestruturada. Na perspectiva de Pinheiro (2004), a entrevista é uma técnica utilizada em diferentes abordagens teórico-metodológicas, tanto na prática profissional como em contextos de pesquisa. A autora concebe a entrevista como uma prática discursiva, entendida como ação e interação, situada e contextualizada, por meio da qual se produzem sentidos e se constroem versões da realidade.

Para o roteiro de entrevista (Apêndice B), foram elencadas perguntas orientadoras e não simplesmente um roteiro a ser seguido de forma rígida, o que possibilitou a criação de outras novas perguntas, desenvolvendo-se a conversa propiciada pela situação de entrevista de modo mais livre. As questões tinham por finalidade colocar em discussão o que os presos compreendem por saúde e como, em seu cotidiano, constroem práticas de cuidado. Como a pesquisadora estava impedida de gravar as entrevistas, as falas foram registradas em um caderno. Apesar das limitações impostas na captura dos dados pela ausência do gravador, não se registrando o silêncio, os risos, os choros, as hesitações, os suspiros, as reticências, essa imposição foi definidora para os rumos que esta dissertação tomou. Nesse entendimento, houve mais ganhos do que perdas, pois a produção discursiva acarretou elementos para além do roteiro da entrevista, trazendo à tona assuntos tais como uso de drogas *in loco*, denúncias, descaso e supremacia de força.

Outro recurso para registro foi o diário de campo, registrando-se algo que foi dito e percebido, mas que não foi escrito durante a entrevista, assim como impressões e dúvidas, que posteriormente ajudaram na análise das entrevistas.

As dificuldades peculiares, materializadas em restrições, inviabilizaram o manuseio de dados secundários (prontuários jurídicos, psicossociais e de saúde). Para se ter acesso às informações dessas fontes era necessária a autorização do juiz da comarca. Diante da rebelião supramencionada, causando um impacto social e político, bem como a instabilidade da SEDS e da direção local, além de correções sobrecarregando o juiz da comarca, optou-se por não se trabalhar com tais dados.

Por se tratar de uma unidade prisional distante da capital mineira, e para que se obtivesse melhor aproveitamento de tempo, negociou-se com a direção a permanência no interior da unidade por um período de um mês aproximadamente, das 09h às 17h, em dias alternados da semana, devido ao horário do agente penitenciário em escala de plantão. Também houve negociação com a direção sobre o local em que as entrevistas ocorreriam, bem como seu horário. Por questões de segurança e por se disponibilizar um agente de segurança para acompanhar a entrevistadora, decidiu-se que as entrevistas ocorreriam no setor administrativo responsável pela produção e trabalho do preso. A essa altura, o ASP já disponibilizava uma lista com os nomes dos presos interessados em participar da pesquisa, conduzidos para as entrevistas de forma aleatória, porém, organizados por categoria de oficinas, conforme negociações anteriores. Como foram presos que trabalham, estes seguem as normas trabalhistas, portanto, os horários do café da manhã, do almoço e do lanche à tarde deveriam ser rigorosamente respeitados.

No primeiro dia, dedicou-se à aproximação com alguns presos que trabalham nas oficinas de marcenaria, manutenção de freios, lavanderia, fábrica de cola, confecção de bolas, gesso, serviços de limpeza e horta. Todos residem em dois pavilhões, denominados “pavilhões de trabalho”. É importante destacar que a unidade prisional mantém 116 presos desempenhando atividades laborativas e remuneradas.

Enquanto se percorria as oficinas, procurava-se esclarecer a presença da pesquisadora em meio aos presos, aos agentes de segurança penitenciários e outros funcionários, que não mais estava ali como psicóloga do sistema prisional. Fazia-se o convite coletivo, anotando-se os nomes dos presos interessados, agendando-se os horários posteriormente com o núcleo de segurança.

O desenho da pesquisa objetivava entrevistar 10 sujeitos, no entanto, no primeiro dia, 36 presos se prontificaram, de um total de 41 presos convidados. Dos que aceitaram participar da pesquisa, três estavam fora dos critérios desenhados para a pesquisa, isto é, não haviam sido condenados. No total, foram entrevistados 13 presos, sendo que cada entrevista teve duração de aproximadamente duas horas.

A notícia da pesquisa se espalhou rapidamente pelas oficinas e pelos “pavilhões de trabalho”, levando outros presos a, espontaneamente, solicitarem sua inclusão na pesquisa, após tomarem conhecimento da possibilidade de contato com

presos que já haviam participado. Através de um agente de segurança penitenciário, foi entregue uma lista com 42 nomes de presos que manifestaram o desejo de participar da pesquisa. No entanto, novos pedidos de participantes não foram acolhidos, por não ter sido negociada essa possibilidade antes, pois haveria necessidade de se providenciarem mais escoltas, ocasionando alterações na rotina dos funcionários e dos próprios presos, além de estar fora de alcance dos limites da pesquisa.

A interação durante a entrevista aconteceu numa relação negociada e posicionada, conforme Pinheiro (2004), entre entrevistadora e entrevistados naquele contexto específico, supondo-se antecipadamente que várias condições poderiam interferir diretamente nessa interação. Em outras palavras, grande parte daqueles que se dispuseram a serem entrevistados, já conheciam a pesquisadora e vice-versa. Assim, algumas marcações favoreceram a relação: com quem se falou e de qual lugar se falou. Outras poderiam criar constrangimentos: o que se fala, como se fala, onde se fala, em qual posição de fala.

Possivelmente o resultado de cada entrevista poderia ter sido diferente do que foi apresentado, caso fossem permitidas outras formas de registro para as entrevistas ou se fossem realizadas em outro local e sem a presença do agente de segurança penitenciário, ou seja, sem quebrar a privacidade. Os resultados também poderiam ser diferentes se a pesquisadora não fosse mulher, devido ao fato de o universo prisional ser majoritariamente masculino. Dias (2011) lembra que esse fato traz dificuldades óbvias, tendo-se em vista que “[...] a partir da percepção machista e protetora que os homens têm em relação às mulheres, muitas coisas não são ditas, por não serem assuntos de mulher” (DIAS, 2011, p.48). Também se a pesquisadora não tivesse experiência profissional no sistema prisional, em especial naquela unidade, e na função anteriormente exercida, os resultados poderiam ser diferentes, porquanto isso traz desconfianças entre o que dizer e o destino da informação. Portanto, percebeu-se que variadas produções de sentidos poderiam ser feitas, caso a entrevista tivesse ocorrido em outro encontro e/ou em condições diferentes.

2.6 Os entrevistados do estudo

Os entrevistados que dialogaram nesta pesquisa foram homens presos com faixa etária entre 20 a 64 anos, que cumprem pena privativa de liberdade, residindo em um mesmo pavilhão e desempenhando atividades laborativas intramuros em oficinas de costura de bolas, manutenção de freios, fábrica de cola e derivados, horta, faxina e marcenaria.

Já se sabia de antemão que a pretensão era colher informações baseadas nas entrevistas, porém, previa-se que outros dados pudessem aparecer, como de fato surgiram.

Diante disso, construiu-se o Quadro 1, que condensa algumas informações compartilhadas pelos sujeitos durante as entrevistas. O interesse na construção do quadro foi o de registrar outras informações que apareceram no habitual das entrevistas e que não contemplavam o roteiro. Conforme já explicitado, o convite foi aberto a todos os presos que trabalham intramuros, portanto, sem uma escolha prévia do seu perfil nem tampouco dos artigos da condenação. A falta de conhecimento acerca de quem viria para as entrevistas e a ausência de informações capazes de identificar o preso foram consideradas um fator importante, pois permitiram constatar, apesar da amostra pequena no universo prisional, que o preso que cumpre no Brasil é jovem, pobre e negro, conforme dados apresentados anteriormente pelo DEPEN (2011) e conforme visão situada e posicionada da pesquisadora. O Quadro 1 ilustra algumas informações compartilhadas pelos entrevistados durante as entrevistas.

Quadro 1 – Caracterização dos entrevistados

Entrevistados	Idade	Outras prisões	Artigo/ Condenação	Pena	Tempo preso	Raça / Auto Declaração	Religião (na prisão)	Visita social	Visita Íntima
1	Entre 55 e 59 anos	Sim (155)	155, 157 (6 x) 157, §3 (3 x)	Entre 30 e 100 anos	Acima de 30 anos	branco	ateu	Sim	não
2	Entre 25 e 29	Não	14, 129, 157, 288	Entre 08 e 30 anos	Entre 8 e 10 anos	branco	evangélico	sim	não
3	Entre 30 e 34 anos	Sim (10, 33, 155,)	121,157 (4 x)	Entre 30 e 100 anos	Entre 10 e 20 anos	negro	evangélico	sim	não
4	Entre 30 e 34 anos	Não	12, 33	Entre 08 e 30 anos	Entre 1 e 5 anos	negro	ateu	sim	sim
5	Entre 50 e 54 anos	Não	155, 157 § 3 (4 x) 121	Entre 30 e 100 anos	Acima de 30 anos	branco	evangélico	sim	sim
6	Entre 50 e 54 anos	Não	33	Entre 08 e 30 anos	Entre 4 e 10 anos	negro	ateu	sim	sim
7	Entre 40 e 44 anos	Não	121	Entre 30 e 100 anos	Entre 4 e 10 anos	branco	outra	sim	não
8	Entre 35 e 38 anos	Sim (155)	157, § 3º, 158, 159, 333	Entre 30 e 100 anos	Entre 10e 20 anos	branco	evangélico	sim	sim
9	Entre 40 e 44 anos	Não	157 (6 x) aguarda julgamento: 121, 157 (2 x), 10, 121	Entre 08 e 30 anos	Entre 4 e 10 anos	pardo	frequenta os cultos	sim	não
10	Entre 35 e 39 anos	Não	157, § 3º, 33	Entre 30 e 100 anos	Entre 10 e 20 anos	negro	ateu	sim	sim
11	Entre 60 e 64 anos	Não	121 (7 x)	> de 100 anos	Entre 10 e 20 anos	branco	católico	sim	sim
12	Entre 30 e 34 anos	não	10, 14, 121 (3 x) aguarda julgamento: 14 (2 x), 121 (3 x)	Entre 08 e 30 anos	Entre 4 e 10 anos	negro	temente a Deus	sim	sim
13	Entre 20 e 24 anos	sim (155)	121	Entre 08 e 30 anos	Entre 4 e 10 anos	negro	ateu	sim	sim

Fonte: Dados da Pesquisa

Para essa dissertação, foi respeitada a classificação raça autodeclarada conforme foi apresentado no Quadro 1, numa negociação posicionada e situada pelos entrevistados e entrevistadora. Enquanto pesquisadora me fez ver que os presos que se declaravam brancos, no mínimo, estavam numa classificação para pardos e os pardos, para negros. Pode estar embutida nas autodeclarações produzidas nesse estudo uma fantasia do valor do homem branco. As informações arranjadas no formato “quadro” buscou respeitar as nomeações utilizadas por eles, mas, em alguma medida, podem informar outras verdades. De fato, os dados apresentados no Quadro 1, constata os dados do DEPEN (2011) sobre o perfil do homem que cumpre pena no Brasil: jovem, pobre e negro. Não coube uma reflexão sobre essa temática, mas abre-se a possibilidade de instigar estudos futuros que se dediquem a investigar os marcadores raça e classe em autonarrativas de presos.

O Quadro 2 indica o *caput* dos artigos mencionados pelos entrevistados durante as entrevistas. Apesar de não se ter tido acesso ao prontuário jurídico do preso, o quadro já dimensiona a situação carcerária de cada um. Tratam-se apenas dos nomes dos artigos e da pena na íntegra. Para cada artigo, existe um agravante ou atenuante. Por exemplo, o homicídio poder ser culposo ou doloso. Isso implica em variações nas penas. Alguns agravantes dizem respeito à motivação fútil, com emprego de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura, a traição e emboscada. Associadas às características da vítima: se menor, se idoso, se foge para evitar prisão em flagrante. Os atenuantes das penas dizem respeito ao agente que comete o crime, como, por exemplo, se foi impelido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob domínio de violenta emoção, seguida a injusta provocação da vítima, se prestou socorro à vítima, se é réu primário.

Conforme já mencionado, outras verdades poderiam emergir. Em relação às penas declaradas apresentadas no Quadro 1 e discutidas no Quadro 2, podem ocorrer algumas divergências entre a legislação e o que de fato foram fornecidas nas entrevistas. Não foi objetivo dessa pesquisa caracterizá-las, mas em alguns casos, pelas divergências, poderiam ter sido indagados. Ou jogarem comigo? Portanto, não é uma verdade jurídica, mas uma linguagem social que foi estabelecida.

Quadro 2 – Artigos da condenação

ARTIGO	CAPUT	PENA
12	Tráfico de Droga. Importar ou exportar, preparar, produzir, adquirir, vender, oferecer, fornecer gratuitamente, ter em depósito, transportar, guardar, prescrever, ministrar ou entregar (LEI N.º 6.368 /76).	Reclusão de três anos quinze anos e multa.
14	Porte ilegal de arma.	Reclusão de dois a quatro anos e multa.
33	Tráfico de Drogas (Lei 11.343 /06).	Reclusão de cinco a quinze anos e multa.
121	Homicídio simples e qualificado.	Reclusão de seis a trinta anos e multa.
129	Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem.	Detenção de um mês a doze anos e multa.
155	Subtrair, para si ou para outrem, coisa alheia móvel.	Reclusão de dois a oito anos e multa.
157	Roubo mediante grave ameaça ou violência a pessoa.	Reclusão, de quatro a dez anos, e multa.
157,§ 3	Roubo mediante grave ameaça ou violência a pessoa, que resulta em morte.	Reclusão de vinte a trinta anos e multa.
158	Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, com o intuito de obter para si ou para outrem indevida vantagem econômica.	Reclusão de quatro a dez anos e multa.
159	Sequestrar pessoa com o fim de obter, para si ou para outrem, qualquer vantagem, como condição ou preço do resgate.	Reclusão de oito a quinze anos e multa.
288	Formação de quadrilha.	Reclusão de um a três anos e multa.
333	Oferecer ou prometer vantagem indevida a funcionário público, para determiná-lo a praticar, omitir ou retardar ato de ofício.	Reclusão de dois a doze anos e multa.

Fonte: Código Penal Brasileiro

Delineado o contexto da prisão, e alguns elementos sobre o trabalho de campo realizado nesta pesquisa, o capítulo que se segue será dedicado a explorar a revisão de literatura sobre gênero, na qual se buscaram discussões que lançam luz sobre esse cenário de encarceramento de homens.

3 APONTAMENTOS SOBRE GÊNERO

Os estudos sobre gênero percorrem caminhos que podem ser contados de diversas formas e sob as mais variadas óticas. É um campo complexo, que versa sobre aspectos políticos, ideológicos, conceituais e metodológicos. A discussão neste trabalho parte da tentativa de se assinalar as marcações dadas sobre gênero e, posteriormente, avançar para uma discussão dessa perspectiva, voltada para o campo da saúde.

Os estudos de gênero se iniciaram na década de 70, focados nas discussões das relações de desigualdades entre homens e mulheres. A utilização do termo se confunde com os estudos sobre as mulheres, sobretudo porque à época o termo aparecia com um tom mais reivindicativo e de caráter militante, buscando dar visibilidade ao feminino.

De acordo com Scott (1989), as feministas começaram a utilizar a palavra gênero, referindo-se à organização social da relação entre os sexos. No entanto, o termo se refere ao processo de construção social de um indivíduo, como sujeito feminino ou masculino, com o intuito de salientar que feminino e masculino são categorias histórica e socialmente produzidas.

Gênero, portanto, refere-se à construção social e histórica entre masculino e feminino, enfatizando, contudo, o caráter sociocultural das diferenças entre homens e mulheres, que refletem as características e atitudes atribuídas a cada um desses grupos em cada sociedade. O termo também aponta para o caráter relacional das noções de feminilidade e masculinidade. Observa-se dentro dessa perspectiva que uma só é produzida, tendo a outra como referência, considerando-se que cada uma delas não pode ser alcançada separadamente. Nos desdobramentos dessa noção, as mulheres não são o foco exclusivo dos estudos de gênero, conforme acentua Scott (1989). Sexo, portanto, refere-se ao determinismo biológico subjacente a noções de diferença sexual: homem e mulher.

Assim, a identidade sexual não determina, por si só, a posição de gênero, e essa posição não é singular, mas, antes, produções de gênero, no plural. Para Scott (1989):

Só podemos escrever a história desse processo se reconhecermos que “homem” e “mulher” são ao mesmo tempo categorias vazias e transbordantes; vazias porque elas não têm nenhum significado definitivo e transcendente; transbordantes porque, mesmo quando parecem fixadas, elas contêm ainda dentro delas definições alternativas negadas ou reprimidas (SCOTT, 1989, p.28).

O estudo de gênero possibilitou uma discussão das relações de poder entre homens e mulheres, evidenciando-se a produção das desigualdades entre eles no contexto social-histórico. Para Scott (1989, p. 21), “[...] gênero é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder.” Assim, em suas pontuações, considera gênero enquanto uma categoria útil para análise da história e não apenas como a história das mulheres.

Torrão Filho (2005) enfatiza que, ao adotar o conceito de gênero como categoria de análise, ele faz:

[...] lançar luz sobre a história das mulheres, mas também à dos homens, das relações entre homens e mulheres, dos homens entre si e igualmente das mulheres entre si, além de propiciar um campo fértil de análise das desigualdades e das hierarquias sociais (TORRÃO FILHO, 2005, p.3).

Como esforço de síntese, para Scott (1989), gênero implica em atributos socialmente construídos em função de cada cultura; os modelos de gênero se constroem numa perspectiva relacional, de modo que a concepção de masculino se desenvolve a partir do feminino e vice-versa; e o âmbito de gênero é o primeiro campo em que o poder se articula nas relações humanas.

3.1 Homens e masculinidades: pontos de diálogo

De acordo com Lyra (2008), as primeiras produções sobre as masculinidades, datam do início no final da década de 80. Tais trabalhos foram elaborados de maneira ainda pouco sistemática, concentrados em autores específicos e sem necessariamente se desdobrarem em uma discussão teórica, epistemológica, política e ética ampla e consistente sobre o tema.

Já a partir da segunda metade da década de 90, surgiram produções diversas, com novos incrementos, respaldadas em arcabouço teórico sistematizado.

Lyra (2008) esclarece que essas produções, especialmente as publicadas entre 1995 e 2002, no *Handbook of studies on men and masculinities*, condensaram estudos denominados de “desenvolvimento do campo de pesquisas sobre masculinidades”. Esse campo é constituído por quatro eixos distintos:

- 1) a organização social das masculinidades em suas inscrições e reproduções locais e globais;
- 2) a compreensão do modo como os homens entendem e expressam identidades de gênero;
- 3) as masculinidades como produtos de interações sociais dos homens com outros homens e com mulheres, ou seja, as masculinidades como expressões da dimensão relacional de gênero;
- 4) a dimensão institucional das masculinidades, ou seja, o modo como as masculinidades são construídas em (e por) relações e dispositivos institucionais.

Localizados os grupos de produção sobre a masculinidade, este trabalho compartilha com Lyra e Medrado (2008) a aproximação com os dois últimos eixos. Para os autores, a saúde, em especial a saúde pública, é considerada como um campo de relações institucionais que se organizam em dispositivos e relações de poder, marcando posições de sujeito e modos de ser, de saber e de fazer.

Fundamentando-se na história e nas políticas de gênero, masculinidade é uma construção cultural e seu estudo deve considerar uma dimensão relacional que “[...] não implica em complementaridade, mas assimetria de poder” (MEDRADO; LYRA, 2008, p.819).

A partir dessa compreensão, a concepção de masculinidade a partir da perspectiva relacional de gênero, busca demonstrar que a construção de masculinidades e feminilidades vai além da vitimização das mulheres ou dos homens e da culpabilização dos homens. Então, o interesse é identificar como se institucionaliza e como se atualiza as relações de gênero, possibilitando transformações efetivas no âmbito das relações sociais generificadas, ou seja, orientadas pelas desigualdades de gênero, conforme Medrado e Lyra (2008). Tais autores argumentam, ainda, que, se os estudos sobre masculinidades não ultrapassarem uma estrutura binária, a rica contribuição das feministas que problematizam a heteronormatividade retorna à etapa inicial de uma discussão que perpetua e naturaliza determinismos biológicos e culturais.

Partindo dessa perspectiva, é importante se aprofundar em alguns estudos que tratam da construção da masculinidade.

Connell (1997) oferece uma definição sobre masculinidade:

A masculinidade é uma configuração de prática em torno da posição dos homens na estrutura das relações de gênero. Existe, normalmente, mais de uma configuração desse tipo em qualquer ordem de gênero de uma sociedade. Em reconhecimento desse fato, tem-se tornado comum falar de “masculinidades” (CONNELL, 1997, p.18).

O mesmo autor esclarece que as masculinidades só existem em sociedades que diferenciam os atributos característicos de mulheres e os de homens, o que torna os conceitos de masculinidade e feminilidade pares dicotômicos. O autor esclarece que esse processo não está cristalizado e que há possibilidade de mudanças, uma vez que “[...] grupos novos podem desafiar velhas soluções e construir uma nova hegemonia” (CONNELL, 1997, p. 12).

Almeida (1996, p.162), destaca que “[...] masculinidade e feminilidade não são sobrepostas, respectivamente, a homens e mulheres: são metáforas de poder e de capacidade de ação, como tais, acessíveis a homens e mulheres.”

Autores, como Almeida (1996), Connel (1997), Medrado e Lyra (2008) trabalham com a premissa de que existem várias masculinidades, identificadas como hegemônica, subordinada, cúmplice e marginalizada.

Para Almeida (1996) e Connel (1997), a masculinidade hegemônica seria aquela que garante a reprodução das situações de dominação dos homens em relação às mulheres. A masculinidade subordinada diz respeito à dominação e à subordinação entre grupos de homens, como, por exemplo, a dominação dos homens heterossexuais e subordinação dos homossexuais. A masculinidade cúmplice refere-se, pela ligação, com o projeto de masculinidade hegemônica, mas sem assimilá-la totalmente. A masculinidade marginalizada refere-se à relação entre as masculinidades e classes ou grupos étnicos dominantes e subordinados. A que mais interessa, em particular para este trabalho, é a hegemônica.

Connel (1997) observa que a masculinidade hegemônica não tem um caráter fixo ou igual, porque é uma masculinidade que ocupa a posição hegemônica em um dado padrão de relações de gênero, constituindo, portanto, uma posição sempre contestável. Esclarece que a hegemonia, a subordinação e a cumplicidade constroem dimensões internas da ordenação de gênero e que a relação entre

gênero e as outras estruturas, como a classe, a raça/etnia, cria relacionamentos entre masculinidades fixas, pois são recriadas pela dinâmica social, em que todas as dimensões estão simultaneamente relacionadas entre si.

Connel (1997) compartilha com as ideias de Almeida (1996) e considera que a masculinidade hegemônica envolve um discurso que atribui aos homens privilégios de dominação e de superioridade social. Assim, por exemplo, o patriarcado seria uma ordem de gênero específica, na qual a masculinidade hegemônica definiria a inferioridade do feminino e das masculinidades subordinadas.

Coelho e Carloto (2007), ao abordarem a questão, entendem que o padrão de masculinidade hegemônica que representa a estrutura de poder das relações sexuais desqualifica os comportamentos masculinos que não se ajustam a seus princípios, ocultando um processo de luta contínuo, que envolve mobilização, marginalização, contestação, resistência e subordinação das modalidades de ser masculino não admitidas pela matriz hegemônica. Por sua vez, esta é centrada no heterossexualismo, o que contribui para a construção de tipos subordinados de masculinidade. Nesse processo, a masculinidade hegemônica é sustentada e mantida por um amplo segmento da população masculina por fazer parte do poder que ela proporciona.

Medrado e Lyra (2008) argumentam que a masculinidade hegemônica é um modelo construído historicamente, sendo a mais predominante, mais idealizada e valorizada, porém, não atingida por nenhum homem, além do que exerce poder controlador sobre os homens e também sobre as mulheres.

Fialho (2006) atenta para as outras diversas formas de se vivenciar a masculinidade: gays, homossexuais, bissexuais, “*barbies*”, “*cybermanos*”, metrossexuais, negros, pobres, e assim por diante. Para Tagliamento (2007), o posicionamento que se abre às masculinidades faz emergirem subjetividades múltiplas e não unificadas, uma vez que há a configuração de vários campos discursivos sexuais, favorecendo a inclusão dos espaços sociais e/ou discursos produzidos nas margens, deixados de fora pelas representações tradicionais. Essa inclusão não rejeita as tradicionais normas de gênero, mas faz com que haja outros olhares, por meio da crítica ao aparato sociocultural construído sobre a heterossexualidade.

Os debates sobre os diversos modelos de masculinidades são importantes, à medida que remetem à reflexão sobre a existência de diversos fatores que

contribuem para a construção da masculinidade, isto é, existe uma conjunção entre os atributos que derivam do sexo, da classe social, da raça, entre outros, contestando a perspectiva universalista a respeito da dominação masculina, como afirmam Coelho e Carloto (2007). Ao se considerar a possibilidade de que os modos de construção dessa masculinidade são variados e não lineares, pode-se contribuir para que a construção do que é ser homem e o que é ser mulher condicionem modos distintos de se relacionarem com o cuidado de si e dos outros. Como dito anteriormente, esses padrões de masculinidades não são fixos, mas construídos através de práticas sociais em situações específicas e passíveis de mudanças, estando dependente das inserções dos homens na estrutura social, política, econômica e cultural.

3.2 Homens e saúde

As discussões sobre saúde do homem iniciaram-se na década de 70, principalmente através dos estudos norte-americanos acerca da temática “homem e saúde”, direcionada, sobretudo, em deficit de saúde, como sustentam Gomes e Nascimento (2006). Essa mirada organicista ainda está em pauta, e, no cenário brasileiro, alimenta novos incrementos e discussões a respeito da saúde dos homens.

Os mesmos autores afirmam que há uma literatura vasta, focada principalmente em questionar e demonstrar como a “masculinidade hegemônica” gera comportamentos danosos à saúde, revelando que ainda prevalece a heteronormatividade e o binarismo de gênero. Essa ênfase ocorre em virtude de traços de masculinidade fortemente arraigados na nossa cultura do homem universal (patriarca, violento e dominador), e supostamente mais vulneráveis às influências desse cenário, que ora produzem e ora reforçam tais comportamentos. Dessa forma, o alvo dos estudos passa a ser, primordialmente, a ressignificação ou a desidentificação do masculino, na tentativa de alcançar uma saúde mais integral do homem.

Aquino (2005) esclarece que, na década de 1990, os homens foram incluídos como categoria empírica nas pesquisas em Saúde Coletiva, que, através de

abordagens críticas, passaram a ser discutidas com vistas a questionar os modelos de masculinidade hegemônica. Esse campo fértil em construção serviu também de base para os estudos sobre sexualidade, cuja legitimação foi favorecida pela necessidade do enfrentamento da pandemia da Aids. Nessa mesma época, as produções sobre as masculinidades e direitos reprodutivos também aparecem como objeto de estudo propriamente dito, conforme menciona Lyra (2008).

A partir dessas considerações, o homem, ao procurar o serviço de saúde numa perspectiva preventiva, poderia associá-lo à fraqueza, inútil, vulnerável e inseguro. Desse modo, o ato de cuidar da saúde “[...] poderia aproximá-lo das representações do universo feminino, o que implicaria possivelmente em desconfianças acerca dessa masculinidade socialmente instituída” (GOMES et al., 2007, p.7).

Figueiredo (2008) argumenta que outros impedimentos da recusa do homem em buscar assistência à saúde estão presentes. O autor cita, como exemplo, que o homem tem a sensação de que possui maior capacidade física e vigor, o que faz com que ele se sinta invulnerável e imune ao adoecimento. Além disso, há a associação do papel de provedor da família e o processo de se tornar homem, no sentido de ser reconhecido moral e socialmente, que envolve casamento, trabalho e filhos. Portanto, o adoecimento, nesse caso, poderia abalar seu papel de provedor e, conseqüentemente, sua masculinidade. Outra consideração que o autor faz é sobre a crença no predomínio de uma base biológica e natural nas características e comportamentos do homem, centrada em aspectos referentes à virilidade e à força física. Assim, o corpo é, para o homem, marca de atitudes, capacidades e comportamentos, força física, ativo, apto ao trabalho, à sexualidade, aos esportes ou à violência. A sexualidade aparece como referência aos modelos de masculinidade, vinculando a identidade masculina a certo padrão de desempenho sexual e ter dificuldades de ereção coloca em xeque a masculinidade. Reconhecer-se ativo, viril, por meio do pênis e da ereção, tendo como resposta a potência sexual, favorece o processo de identificação masculina.

Nas considerações do mesmo autor, as questões referentes às supostas fragilidades femininas justificam-se em contraposição à fisiologia do homem. Portanto, a anatomia do corpo feminino, a menstruação, a menor força física e a gravidez são uma somatória que contribui para qualificar a mulher como frágil.

Outro fator que muitas vezes aparece associado à baixa procura por assistência médica é o medo da descoberta de uma doença grave. Então, “não saber” pode ser considerado um fator de “proteção”. Autores da área da Saúde Coletiva que discutem a saúde dos homens partem da hipótese de que os homens preferem retardar ao máximo a busca por assistência e só o fazem quando não conseguem mais lidar sozinhos com seus sintomas, ou seja, quando algum problema já foi instalado (Gomes e outros, 2007; Couto e outros, 2010; Schraiber e outros, 2010)

Schraiber e colaboradores (2010) salientam que atributos relacionados ao masculino, como invulnerabilidade, baixo autocuidado, baixa adesão às práticas de saúde (especialmente às de prevenção), impaciência, entre outros, são reforçados também no cotidiano dos serviços pelos profissionais e pelos próprios usuários, tornando esses espaços “generificados”. Isso inviabiliza as necessidades e demandas dos homens, reforçando o estereótipo de que os serviços de atenção à saúde são espaços feminilizados. Essa constatação é corroborada por Gomes e colaboradores (2007), ao argumentarem que estudos têm demonstrado que a presença de homens nos serviços de saúde ainda é menor em relação às mulheres.

Conforme a situação delineada, incluir os homens em ações de saúde é um grande desafio, porquanto a relação cuidar de si e do outro para diversas questões de saúde não faz parte da socialização dos homens.

Oliveira, citada por Lyra (2008), enfatiza que diversos estudiosos têm se dedicado a pesquisar os homens e as masculinidades com intuito de dar visibilidade aos custos da cultura machista, que, por vezes, gera uma leitura vitimária sobre eles:

Para apresentar o homem como vítima, muitos recorrem às estatísticas referentes a homicídios, uso de álcool e drogas, acidentes automobilísticos, incidência de doenças, expectativa de vida, etc. Tais estatísticas corroborariam a inusitada afirmação de que o verdadeiro sexo frágil é, na verdade, o homem e não a mulher, além de evidenciarem o peso do fardo que as prescrições sociais impõem ao gênero masculino (OLIVEIRA *apud* LYRA, 2008, p. 90).

É a partir dessa leitura do homem vitimizado que este passa a ser empreendido pelas políticas públicas e não por outro viés.

3.3 Sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

Em 2005, anunciou-se a promessa de uma política criada prioritariamente para os homens. Medrado e outros (2010) esclarecem que a sua construção partiu inicialmente de encontros com especialistas e representantes de entidades de diferentes disciplinas afinadas com a área da saúde, reservando aos cidadãos um espaço apenas para consulta pública via internet, lembrando que nem todos têm acesso a rede de computadores. Além disso, esse processo esteve fora das discussões nas conferências de saúde. Isso implica que o seu processo de construção não partiu de uma negociação abrangente nos fóruns consultivos já legitimados.

Segundo Medrado e colaboradores (2011), o assunto da época girava em torno da possibilidade de distribuição de remédios para a disfunção erétil na rede pública, na tentativa de atrair os homens às unidades de saúde e ao enfrentamento ao alcoolismo, ao tabagismo e à violência. Observa-se, contudo, que o protótipo da política, nos seus primórdios, teve sua construção conflituosa, pois acenava para a redução de problemas urológicos, cujo foco era a genitália, ao passo que, ao se atentar para outras questões em discussão, o foco cai na vulnerabilidade.

Os mesmos autores salientam que em 2007 o tema volta a fazer parte das agendas políticas, quando, no discurso de posse como ministro da saúde, José Gomes Temporão comenta que os homens adoecem mais que as mulheres, morrem mais precocemente e utilizam menos os serviços de saúde. Esse discurso foi publicado em uma matéria de jornal e os autores, ao analisá-la, chamam a atenção para a ausência de uma leitura carente de qualquer olhar sobre gênero. Esclarece o autor: “[...] fala-se em agravos à saúde (resultado) e pouco sobre as condições sociais que favorecem esses agravos (processo)” (MEDRADO et al., 2011, p. 4).

Esse emblemático debate, que assumiu a saúde do homem como um problema, suscitou de fato uma política inicialmente de governo, que levou três anos para sua real institucionalização. Seu lançamento aconteceu em 2008, quando foi publicado o documento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes, sendo o termo “atenção” incorporado ao documento somente a partir do Plano de Ação Nacional (2009-2011) (BRASIL, 2009). Escolheu-se o mês de agosto para o lançamento, quando se comemora o dia dos pais, para abordar a

saúde dos homens. Atualmente, as ações e estratégias referentes à Política de Saúde do Homem no Brasil estão orientadas pelos referidos documentos.

Portanto, a construção dessa política se deu sob a justificativa de que o modelo básico de atenção a quatro grupos populacionais, a saber: crianças, adolescentes, mulheres e idosos, não é suficiente para tornar o país mais saudável, por deixar de fora cerca de 25% da população brasileira: os homens de 20 a 59 anos (BRASIL, 2009, p. 08).

Essa breve reconstrução histórica da PNAISH é importante para auxiliar na contextualização de um campo de estudo ainda novo. Medrado e outros (2010) pontuam que é necessário se fazer uma leitura crítica sobre as políticas públicas em saúde, pois, ao contextualizar o problema, elas tendem a se organizar ainda a partir de leituras epidemiológicas clássicas, baseadas na noção de risco como probabilidade e na perspectiva da gestão disciplinar da vida.

Os mesmos autores argumentam que, em termos de conteúdo, o texto da política baseia-se em um cenário descritivo e parcial sobre a saúde ou, melhor dizendo, sobre adoecimento e morte dos homens, revelados em dados estatísticos e probabilísticos, apresentados numa leitura limitada sobre os determinantes sociais em saúde, marcados por gênero, classe, raça e idade. O objetivo geral da política é descrito de forma mais restrita, focando a saúde em aspectos de morbimortalidade, portanto, limitado para promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil. Tal objetivo é:

[...] promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade através do enfrentamento dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (BRASIL, 2008, p.38).

Ao mesmo tempo, a PNAISH visa qualificar a saúde do homem, pois parte da premissa de que os homens não são sujeitos ativos no cuidado de sua saúde e admite que ela “[...] traduz um anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem sérios problemas de saúde pública” (BRASIL, 2009, p.3).

No texto da PNAISH, são resgatadas informações que enfatizam os altos índices de morbimortalidade de homens, representando verdadeiros problemas de saúde pública. Nas principais causas de mortalidade entre a população masculina

na faixa de 15 a 59 anos, verifica-se que a maior parte (78%) situa-se em cinco grupos principais, sendo o primeiro as causas externas, seguida das doenças do aparelho circulatório. Em terceiro lugar estão os tumores, em quarto, as doenças do aparelho digestivo e, por fim, as doenças do aparelho respiratório. Com o passar da idade, ocorrem modificações na incidência desses fatores, quando as causas externas são superadas pelas doenças do aparelho circulatório (a partir dos 45 anos) e pelos tumores (após os 50 anos) (BRASIL, 2009).

Do ponto de vista das causas externas (78%), as quais são isoladamente as maiores responsáveis pelas altas taxas de mortalidade nessa população, encontram-se as agressões (40,3%), os acidentes de transporte (30%), as lesões autoprovocadas voluntariamente (7,4%). As agressões predominam como principal responsável pela mortalidade masculina na faixa dos 15 aos 40 anos. As causas externas também respondem por cerca de 80% dos internamentos hospitalares, preponderando a ocorrência na faixa de 20 a 29 anos. A partir dessa idade, são os acidentes de transporte que aparecem em maior quantidade. (BRASIL, 2009).

No documento da PNAISH, a violência é um item importante que integra o diagnóstico do problema e aparece como um fenômeno difuso e complexo. Com relação a isso é pontuado que:

A integralidade na atenção à saúde do homem implica na visão sistêmica sobre o processo da violência, requerendo a des-essencialização de seu papel de agressor, por meio da consideração crítica dos fatores que vulnerabilizam o homem à autoria da violência, a fim de intervir preventivamente sobre as suas causas, e não apenas em sua reparação (BRASIL, 2008, p.13).

Em sintonia com o que já foi explanado anteriormente, Souza (2005) pontua que a própria constituição do masculino contribui para comportamentos ditos danosos, pois os homens se utilizam de práticas e comportamentos para demonstrarem padrões hegemônicos de masculinidade, favorecendo as formas de adoecimento frequentemente encontradas nos indicadores que se apresentam no texto da Política. Além disso, observa-se maior envolvimento em brigas, homicídios ou a própria vitimização, altos índices de acidentes em transportes terrestres, envolvimento com o narcotráfico, uso de álcool e outras drogas e exposição a comportamentos sexuais desprotegidos.

Logo, Müller (2012) sintetiza que a cartografia das doenças masculinas define os contornos de um corpo-homem inscrito no campo da vulnerabilidade, do risco e da violência.

Outro aspecto destacado no documento chama a atenção para o reconhecimento de que os homens buscam assistência à saúde por meio da atenção secundária ou terciária, que tem como consequência o agravamento da doença, devido à procura tardia pelo cuidado, onerando ainda mais o SUS. Na mesma medida, a resistência masculina à atenção primária não apenas gera custos para o sistema de saúde como também acarreta sofrimento físico e emocional para si e para os outros, em especial os familiares.

As informações produzidas e ilustradas em números, muitas vezes funcionam como dispositivos de controle do Estado para visibilizar um sujeito-alvo que lhe sirva de estratégias e mecanismos de ação. Quirino (2012) pontua que, ao se criar um protótipo ou modelo de sujeito, incorre-se seguramente em excluir outros sujeitos possíveis. Centrando-se em levantamentos epidemiológicos, ignora singularidades, uma vez que não se verifica, por exemplo, informações detalhadas sobre determinantes sociais e econômicos a partir da perspectiva de raça/etnia e gênero, contemplando, inclusive, outras masculinidades.

Frente à iniciativa governamental divulgada pela Política e evidenciada pelo processo de medicalização, observa-se a existência de um corpo masculino construído na veracidade do problema.

Para Müller (2012, p.1) trata-se de “[...] um corpo masculino visível em seu caráter de fragilidade, vulnerabilidade e risco social, que tem sido a potência de uma engenhosa maquinaria de fazer cuidar para o homem viver.” O foco da Política centra-se, contudo, entre outros elementos, em apontar a vulnerabilidade dos homens, ressaltando os comportamentos de riscos, visando torná-los conscientes de suas fragilidades, promovendo, assim, uma normatização.

Dessa maneira, na referida política, o homem anunciado ganha contornos trágicos, definidos não apenas pelos indicadores de morbimortalidade, mas também pelo seu grau de periculosidade social. Assim, todos ganham com a política de saúde para o homem (BRASIL, 2009).

A PNAISH leva a indagações de que, ao passo em que o homem assume sua fragilidade e vulnerabilidade, as agendas políticas apresentam suas demandas.

Carrara e colaboradores (2009) esclarecem que tudo se passa como se os homens precisassem se tornar socialmente invulneráveis para, então, perceberem suas vulnerabilidades. Ou seja,

[...] mostrar-se invulnerável faz parte do exercício do poder pelos homens e o poder tem um “preço” (uma vida mais curta ou menos saudável) que, parece, os homens ainda estão dispostos a pagar (CARRARA ET AL., 2009, p. 15).

Tais autores partem da premissa de que, na medida em que os corpos dos homens são medicalizados, passam a ganhar visibilidade, como foi o caso dos criminosos, dos loucos e dos homossexuais. Saíram da penumbra e receberam atenção pelo perigo social que supostamente representavam. Outros, como o caso das mulheres, pela responsabilidade que lhes eram atribuídas na reprodução, e crianças e velhos, por serem considerados frágeis frente a doenças.

Portanto, a política traz questões complexas e paradoxais dos homens em relação à sua própria saúde e ao seu corpo, pois, conforme Carrara e colaboradores (2009), deriva em larga medida da posição que (ainda) ocupam na hierarquia de gênero. A questão não é de “cultura”, segundo os autores, mas do modo como ela está imbricada ou implicada em relações de poder do discurso vitimário e paternalista incorporado à nova política. Dessa forma, para os homens, articular reivindicações a partir de uma posição generificada e tornarem-se visíveis enquanto “homens” significa colocarem-se no mesmo plano que as mulheres, perdendo, assim, a posição de representantes universais da espécie e arriscando-se a perder também seus benefícios na hierarquia de gênero.

Portanto, o conjunto das informações sintetiza a multiplicidade de sentidos dessa política.

3.4 Saúde de homens presos

Em tempos de discussão sobre a saúde dos homens, destaca-se na Política Nacional de Atenção integral à Saúde do Homem (PNAISH) um tópico intitulado “População privada de liberdade”. Nesse documento, enfatiza-se que grande parte

da população carcerária no Brasil é formada por homens, devido, sobretudo, à maior vulnerabilidade pela autoria da violência.

A PNAISH reconhece que não existem informações sistematizadas sobre morbimortalidade nos ambientes prisionais, apostando em estudos que venham a evidenciar as condições de saúde dessa população, que, de acordo com o DEPEN (2011), está estimada em torno de 473.626 presos, sendo 95% do sexo masculino.

Gois e colaboradores (2012), numa revisão de estudos sobre saúde no sistema prisional, constataram que a produção científica no Brasil é bastante recente, estando a primeira publicação datada de 2002, com apenas um artigo. No estudo, identificou-se que existe a predominância da abordagem quantitativa, com foco na identificação do perfil sociodemográfico e das condições de saúde dos encarcerados: incidência de tuberculose, de infecção pelo VIH, hepatites virais e outras doenças sexualmente transmissíveis, uso de drogas como álcool, maconha, cocaína e drogas e transtornos mentais.

Conforme já discutido, em certa medida, métodos quantitativos permitem demonstrar uma espécie de justificativa para a criação de um sujeito-alvo das políticas públicas, para as quais as ações em saúde necessitam ser direcionadas.

Para Medrado e outros (2010):

O uso retórico dessas informações não apenas criou uma leitura vitimária sobre os homens, mas, antes de tudo, forjou um sujeito para as políticas públicas. Para além do homem que é responsável pelo adoecimento (ou obstáculo à saúde) das mulheres e para além do homem que ordena a Saúde Pública, produz-se o homem que necessita de atenção especial. (MEDRADO et al, 2010, p.64).

A PNAISH ressalta, nesse mesmo tópico, o Plano Nacional no Sistema Penitenciário, uma estratégia interministerial envolvendo o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça (2003), que prevê o cumprimento do direito à saúde para pessoas privadas de liberdade. Humberto Costa (2003), Ministro da Saúde à época da aprovação dessa portaria, afirmou que esse plano veio para romper com uma prática reducionista da assistência ao preso, que era voltada exclusivamente para doenças sexualmente transmissíveis e redução de danos associados ao uso de álcool e outras drogas.

O então ministro ressaltou que o elevado contingente da população carcerária requer uma atenção cuidadosa, devido aos altos índices de tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias

infecciosas, além de outros agravos prevalentes na população brasileira, observados no âmbito das instituições penais.

O Quadro 3 apresenta uma breve cronologia de outros marcos regulatórios. Não se trata de se fazer uma leitura exaustiva de cada um desses instrumentos legais. O objetivo é expor que há, na legislação brasileira, mecanismos de proteção que teriam por finalidade proteger os presos no que tange à assistência à saúde.

Quadro 3 - Principais marcos regulatórios para a saúde dos presos

Documento	Publicação	Finalidade
Lei 7.210	17/11/1984	Lei de Execução Penal
Resolução nº 14	11/11/1994	Regras Mínimas para Tratamento do Preso no Brasil
Resolução nº 05	19/07/1999	Diretrizes Básicas de Política Criminal e Penitenciária
Resolução nº 07	14/04/2003	Diretrizes Básicas para as Ações de Saúde nos Sistemas Penitenciários
Portaria nº 1.777	09/09/2003	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
Resolução nº 16	17/12/2003	Diretrizes Básicas de Política Criminal quanto à prevenção do delito, administração da justiça criminal e execução das penas e das medidas de segurança.
Resolução nº 03	23/09/2005	Diretrizes Básicas para construção, ampliação e reforma de estabelecimentos penais.
Portaria nº 1.944	27/08/2009	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.
Portaria nº 1.679	12/08/2013	Grupo de Trabalho Interministerial para elaboração da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional

Fonte: Quadro elaborado pela autora

No próximo capítulo, apresentar-se-á uma discussão sobre o panorama geral da promoção da saúde.

4 PROMOÇÃO DA SAÚDE: ALGUMAS PROBLEMATIZAÇÕES

Neste capítulo, são discutidas algumas das concepções acumuladas ao longo do projeto “Promoção da Saúde”. Trata-se de um projeto cuja análise é processual, que vem passando por inúmeros incrementos, sendo alvo principalmente de posições políticas, sociais e econômicas. A intenção não é fazer uma exposição exaustiva sobre promoção da saúde, não somente pela extensão das produções sobre o tema em âmbito nacional e internacional, mas por se tratar de uma temática suficientemente diversificada. A proposta é focar o contexto geral de discussões sobre promoção da saúde, levantando pontos de convergência com o tema geral desta pesquisa.

Silva (2009) fala que é possível afirmar que existem diferentes promoções da saúde, contextualizadas em três momentos: o primeiro é marcado pela concepção higienista no início do século XIX, na qual a doença e o combate ao agente causal estiveram no centro das atenções, consagrando o modelo biomédico da saúde e, nesse cenário, o Estado passou a se responsabilizar pela saúde da população. É importante lembrar que esse modelo serviu de base para o aprofundamento das questões referentes à promoção da saúde como é entendida na atualidade. Hoje, fala-se no modelo salutogênico, no entanto, ressalte-se que o modelo patogênico ainda está presente, mesmo que de forma sutil, nos enunciados da promoção da saúde. Foucault (1999) destaca que a origem da saúde e do bem-estar físico da população em geral tornou-se um dos objetivos prioritários do poder político. De acordo com o autor, cumpre destacar que não se trata de se garantir condições dignas de vida à população, mas, de algum modo, assegurar o controle do Estado sobre os corpos. Nesse cenário, a medicina extrapola a área exclusiva da saúde, e assume um lugar cada vez mais importante na maquinaria de poder. Assim:

Os médicos deverão ensinar aos indivíduos as regras fundamentais de higiene que estes devem respeitar em benefício de sua própria saúde e da saúde dos outros: higiene da alimentação e do *habitat*, incitação a se fazer tratar em caso de doença (FOUCAULT, 1999, p.202).

O segundo momento é um discurso de uma visão comportamentalista iniciado na segunda metade do século XX, cujo enfoque é o estilo de vida, com ênfase na responsabilização do indivíduo por sua própria saúde e na gestão do risco.

Esse movimento teve como marco a divulgação do relatório intitulado “Uma Nova Perspectiva sobre a Saúde dos Canadenses”, em 1974, conhecido como Informe Lalonde. É um documento político-estratégico que serviu para organizar o campo da promoção da saúde, dentre os quais se podem ressaltar a relação entre saúde, o desenvolvimento econômico e a justiça social, partindo de uma iniciativa para enfrentar os custos crescentes da assistência médica naquele país, enquanto se questionava a abordagem exclusivamente médica – visão hospitalocêntrica para as doenças crônicas.

Carvalho (2002) e Buss (2003) demarcam que o documento trouxe o conceito de “campo da saúde”, agregando elementos denominados de determinantes da saúde e, por sua importância, tornou-se um clássico no âmbito da Saúde Pública. O conceito de campo da saúde divulgado pelo Informe Lalonde é composto de quatro amplos componentes: a biologia humana, que envolve o patrimônio genético e envelhecimento; os estilos de vida, com ênfase nos efeitos dos comportamentos saudáveis; o meio ambiente, questionando a qualidade do ambiente físico e do meio social; e a organização dos serviços em um sistema de saúde, assinalando os meios disponíveis e acessibilidade a eles.

O Informe Lalonde mostra que a maior parte dos gastos diretos em matéria de saúde daquela população concentrava-se na organização da assistência médica e que as causas principais das enfermidades e mortes tinham suas origens nos outros três componentes: biologia humana, meio ambiente e estilos de vida. Argumentava-se no documento que grandes montantes de recursos econômicos estavam sendo despendidos no tratamento de doenças que poderiam ser evitadas.

Nessa perspectiva, conforme Ferreira e colaboradores (2007), a saúde era vista como sinônimo de sistema de assistência médica pessoal, associando-se o nível de saúde à qualidade da medicina. Diante do novo conceito de campo da saúde, o documento assinalava a necessidade de se analisar de forma mais ampla as causas e os fatores que predispunham a população a doenças e problemas de saúde, contribuindo para desenhar ações e estratégias que fossem além do sistema de saúde.

O texto do Informe Lalonde explicita esse ponto:

[...] o sistema de saúde [...] é apenas uma das formas de manter e melhorar a saúde, e, para as ameaças ambientais e comportamentais à saúde, o sistema de saúde pouco mais pode fazer do que servir como malha receptora das vítimas (LALONDE, 1974, p.5, tradução nossa).⁹

O reconhecimento que o conceito de campo da saúde ganhou proporcionou que os elementos que envolviam a biologia humana, meio ambiente e estilo de vida fossem colocados no mesmo nível de importância que o sistema de saúde. Castiel (2012) salienta que, apesar de o problema ser primordialmente econômico, é através deste informe que

[...] pela primeira vez, o enfoque passa a ser dirigido ao indivíduo, que deveria dedicar-se a prevenir-se das ameaças à sua própria saúde, ao enfatizar a função estratégica central da promoção de saúde (PS) como fator de melhoria da saúde, através de uma perspectiva considerada “holística”, pois, além das dimensões médicas, incluía aspectos psicológicos, sociais e econômicos (CASTIEL, 2012, p.3).

Dentre os elementos constituintes do campo da saúde, o estilo de vida (carro-chefe da corrente behaviorista) ganhou maior destaque. O informe adverte: “[...] decisões e hábitos pessoais que são ruins, do ponto de vista da saúde, criam riscos autoimpostos” (LALONDE, 1974, p.32, tradução nossa).¹⁰

De acordo com Carvalho (2002), o informe Lalonde formaliza a corrente behaviorista da promoção da saúde, cujo eixo central e estratégico é formado por um amplo conjunto de ações, substancialmente relacionados com as alterações nos estilos de vida, visando, primordialmente, transformar os comportamentos individuais não saudáveis. Ele orienta a mudança no foco das ações sanitárias, enfatizando a intervenção no estilo de vida.

A ênfase na ação individual dada nessa corrente sugere uma sensação de controle pessoal sobre a saúde e a doença, no entanto, na visão de Buss (2003) e Carvalho (2004), aparece mais como uma culpabilização das vítimas (*blaming the victims*) quando algo fracassa. De acordo com Ferreira Neto e colaboradores (2009), na esfera privada, a responsabilidade é da pessoa, despolitizando o problema, isentando o Estado de sua responsabilidade pela saúde de sua população, pois transfere para “[...] o nível individual processos que têm contorno sociopolítico mais ampliado” (FERREIRA NETO et.al., 2009, p. 5).

⁹ For these environmental and behavioral threats to health, the organized health care system can do little more than serve as a catchment net for the victims.

¹⁰ Personal decisions and habits that are bad, from a health point of view, create self-imposed risks.

A proposta do informe aproxima o sujeito de uma perspectiva pedagógica, verticalizada, autoritária e moralista. Predomina um discurso de uma racionalidade do saber científico imposto e normatizador, como aponta Carvalho (2002). Mesmo reconhecendo a existência de pessoas e a pluralidade de determinantes, a corrente não os incorpora na construção ativa de modos de seguir a vida. Contudo, observa-se uma pedagogia da culpabilização individual e da educação dos corpos, e, como pano de fundo, a ideia de comportamento de risco fundamentado em dados estatísticos e epidemiológicos. Fraga (2006) fala da lógica do convencimento que está implícito nessa corrente, dos modelos prescritivos, que servem para persuadir as pessoas a adotarem estilos de vida ativos e saudáveis, desconsiderando, por vezes, a falta de condições sociais adequadas e os fatores sistêmicos que colaboram nos modos de adoecer das pessoas. Reverte-se, então, para uma noção de culpa, de perdas e ganhos, conforme as decisões tomadas.

Sobre o clima da prevenção e presença de comportamentos não saudáveis que incide sobre a promoção da saúde, Fraga (2006) diz:

Sedentário, gordo, bêbado, fumante, estressado, promíscuo, drogado, passam a fazer parte da longa lista de “novos marginais” que assombram o bem-viver coletivo, seres degradantes, constituídos por um discurso mais fluido em sua sombra moralizante e menos solidário com quem dele se desvia: “não faz exercício porque é preguiçoso”; “é gordo de relaxado”; “não larga o cigarro porque não tem força de vontade”; “bebe de sem vergonha”. (FRAGA, 2006, p. 105).

Tal discussão é de grande relevância, pois remete como foco do problema o indivíduo e não o problema em si. Percebe-se, pois, uma tendência à ampliação da responsabilidade individual, com argumentos velados de que, cuidando de si, gastos do setor saúde seriam reduzidos, podendo ser transferidos para outras áreas. Trazia a falsa sensação de controle sobre si.

Portanto, busca-se conhecer as diferenças socioculturais e econômicas que influenciam as escolhas por comportamentos saudáveis e não saudáveis, para se explicar os problemas da saúde, os quais são, geralmente, resultados de uma combinação de múltiplos fatores sociais e culturais experimentados no coletivo.

Esse investimento, dada a promoção da saúde no estilo de vida, aproxima-se com a noção de risco. A gestão de riscos passou a ser um dos pontos nucleares no discurso da promoção da saúde, seja ele na corrente comportamentarista ou na

corrente socioambiental, pois, “[...] identificar e reduzir riscos tornou-se um objetivo central da saúde pública.” (CZERESNIA, 2004, p. 2).

Castiel (2007) nota que a palavra risco é polissêmica, por possuir vários sentidos. No entanto, a experiência de risco participa da configuração da identidade e da formação subjetiva, consagrada atualmente como ponto central nas decisões relativas à vida em geral e à saúde em particular.

Castiel e Silva (2006) salientam que os estudos epidemiológicos sobre riscos, ao mesmo tempo em que se preocupam em estudar os riscos à saúde, reforçam dois grandes aspectos: o primeiro é o da moralização dos estilos arriscados de vida, que envolvem elevações de riscos – estilos de vida desregrados – que podem veicular conotações ligadas ao terreno do pecado ou da fraqueza de caráter. Assim, esse discurso ressalta a perspectiva racionalizada, expressão do puritanismo com conotações ligadas ao comedimento, autocontrole, temperança e prudência. O segundo aspecto que o estudo do risco apresenta é o da responsabilização individual, cujo foco estaria voltado para o controle comportamental, desconsiderando os aspectos macrossociais, que, por vezes, estimulam as condutas chamadas de risco.

Quanto a se evitar o risco, Castiel (2003) esclarece:

[...] parecem implicitamente refletir a ótica das formações neoliberais, individualistas, que gera grupos de indivíduos entregues a si próprios e à preocupação com o desempenho baseado em condições individuais (...) que sustentam uma identidade frágil, povoada cada vez mais por um imaginário composto por elementos vinculados a questões de saúde. (CASTIEL, 2003, p.92).

Para o autor, o risco não se constitui em afirmações determinísticas, mas em possibilidades. Ele aprofunda a questão ao falar do conceito de risco como uma entidade abstrata ou “virtual”, no sentido de que não existe de fato, mas que pode se materializar a qualquer momento, desde que o indivíduo se exponha a ele. Essa possibilidade traz uma dimensão concreta do risco. Dessa maneira, o indivíduo, ao se expor a supostos fatores, situações, ou adotando comportamentos de risco, faz com que essa entidade abstrata possa se materializar de forma danosa, como possíveis invasores de corpos. Os riscos podem adquirir visibilidade, portanto, concretudes, haja vista os resultados revelados em exames de imagem, testes laboratoriais e em escalas de comportamentos ditos inadequados, conforme

assinala o mesmo autor. Como se pode observar, o risco aparece como algo negativo, e está diretamente ligado à prevenção em saúde, que, por sua vez, está associado a aspectos morais, políticos e culturais. Nas palavras do autor:

[...] a dimensão de objeto virtual do risco. Ou seja, algo que ao mesmo tempo 'existe' e 'não existe', ao se presentificar em termos de sua latência. Ou seja, ao se tratar tão somente de probabilidades futuras, baseadas em experiências e impressões anteriores, estas podem não se realizar – o que, por sorte, costuma ser bem mais frequente. Mas, também, infelizmente, podem se fazer presentes, dependendo de uma mistura de fatores nem sempre claros e previsíveis, em casos muitas vezes chocantes em sua crueldade. (CASTIEL, 2007, p.13).

Almeida Filho (2004) destaca que o risco passou a fazer parte da pauta dos assuntos sobre estilo de vida. Isso implica no estudo não só das situações de risco para a saúde, mas também das representações da saúde e suas determinações, no mundo da vida, na cotidianidade, nos modos de vida. Então, a ênfase dada ao componente estilo de vida (iniciativas de mudança de comportamento) na perspectiva da promoção da saúde traz a noção do risco como elemento essencial na construção do modo de vida atual, estimulando condutas cautelosas e prevenidas.

Castiel (2006) destaca que o termo estilo de vida é empregado de forma descontextualizado do âmbito teórico das interpretações antropológicas, sociológicas e filosóficas, portanto, sendo insuficiente para representar as intermediações imbricadas com comportamentos de riscos. Em outro momento, o autor esclarece que:

[...] uma crítica comum ao conceito estilo de vida é referente à sua difícil utilização em contextos de miséria e aplicação a grupos sociais em que as margens de escolha praticamente inexistem. Muitas pessoas não elegem estilos para levarem suas vidas. Não há opção disponível. Na verdade, nessas circunstâncias, o que há são apenas estratégias de sobrevivência. (CASTIEL, 1999, p. 61).

É consenso para os autores consultados que mudança de hábitos de vida passa por outra ordem, por comportamentos cujas causas estariam no campo social, tendo o controle do risco como elemento fundamental de atenção das políticas e ações de promoção da saúde). O terceiro momento é inaugurado com as discussões debatidas nas conferências internacionais sobre promoção da saúde. Para facilitar o direcionamento desta dissertação, não é o objetivo fazer uma revisão de cada uma,

apesar do risco de incorrer seguramente em omissões, somente alguns elementos serão trazidos para a discussão. Tais conferências mencionadas são as de Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sandsval (1991), Jakarta (1997), México (2000), Brasil (2000), Bangkok (2005) e Nairobi (2009).

O tom dessas conferências é marcado principalmente pelos determinantes sociais da saúde, com destaque da corresponsabilidade do Estado e da sociedade. Trata-se de um novo mecanismo de vigilância e controle de si mesmo e do outro que se difundiu no campo da saúde, tornando-se cada vez mais amplo e sutil, sem que os indivíduos e coletividades o percebam. A vigilância e controle como estratégia e técnica aparecem como traço institucional nas variadas formas de compreensão da promoção da saúde, como será visto a seguir.

No entanto, o que se observa nas reflexões de Ferreira Neto e colaboradores (2009), em seu diálogo com Foucault para análise do tema, é que a vida foi tomada como objeto político. E, ainda no discurso sanitário atual do contexto das políticas de promoção da saúde, um dos pontos de destaque dessa política é “[...] o deslocamento da centralidade da assistência médica para a convocação de todos para a gestão em saúde” (FERREIRA NETO; KIND, 2011, p.24).

As discussões iniciais sobre a promoção de saúde foram inauguradas nos anos 80, com a primeira conferência de Ottawa (1986), num cenário internacional e num país desenvolvido. Os resultados dessas discussões tiveram inúmeros desdobramentos, que consolidaram e estabeleceram as orientações gerais das bases teórico-conceituais da promoção da saúde, em particular no cenário brasileiro. As discussões iniciais da primeira conferência introduziram novos conceitos, novas ideias e uma nova linguagem sobre a concepção de saúde, as quais foram assumidas pelas outras conferências.

Em Ottawa (1986), definiu-se que promoção da saúde “[...] é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (BRASIL, 2002, p.19). Observa-se que esse conceito representa uma nova maneira de entendimento das necessidades e ações de saúde, sua interpretação vai além de uma perspectiva biológica, mecanicista, individual e específica, mas parte agora para uma perspectiva contextual, histórica, coletiva e ampla.

Tomadas em conjunto, sobretudo sem desconsiderar o contexto e especificidade, em que cada uma foi formulada e atualizada, o somatório das

discussões das conferências traduz um conjunto de informações quanto às estratégias de produção de saúde. Apesar do termo promoção da saúde ter sido utilizado por Henry Sigerist no início do século XX, conforme Buss (2003), somente a partir das referidas conferências ele ganha maior destaque. Dessa forma, o uso do termo dentro de um conceito moderno de promoção da saúde, bem como sua prática, surge e amplia de forma mais intensificada nos últimos 20 anos, como destaca o mesmo autor. Assim, o discurso que vigora no campo da promoção da saúde atual demonstra que:

[...] partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000, p. 3).

No bojo das discussões sobre a promoção da saúde, enquanto diretriz mundial para políticas de saúde, reafirmam a saúde como um direito fundamental, a defesa da redução das desigualdades e a concepção da saúde vinculada aos determinantes políticos, sociais e econômicos. Nessas considerações, a saúde é um fator primordial para o desenvolvimento humano e para que todos atinjam um nível de saúde que lhes permitam levar uma vida social e econômica produtiva, julgam como necessários serviços de proteção, prevenção, cura e reabilitação, conforme suas necessidades, baseados, contudo, em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitas. Inspirada por esses elementos, a promoção da saúde ampliou seu marco referencial, passando a assumir a saúde como produção social, com valorização nos determinantes socioeconômicos e com objetivo de ampliar o compromisso político e a promover as transformações sociais.

Buss (2003) ressalta que a perspectiva da corrente socioambiental teve como característica principal a constatação do papel protagonista dos determinantes sociais sobre as condições de saúde. Para o autor, saúde é o somatório das experiências satisfatórias dos fatores como qualidade de vida, alimentação, nutrição, habitação, saneamento, trabalho, educação, ambiente físico, apoio individual e familiar e estilo de vida responsável. Ou seja, qualidade de vida está diretamente ligada a condições de vida.

A corrente socioambiental compartilha com a perspectiva behaviorista a mesma crítica ao paradigma biomédico e a necessidade de se ampliar e desenvolver melhor o entendimento do processo saúde-doença. Além do arcabouço conceitual acumulado nesses debates, sugerem caminhos para uma vida mais saudável, como mencionam Carvalho e Gastaldo (2008).

Carvalho (2004) esclarece que existe uma multiplicidade de olhares sobre a promoção da saúde, apontando a afirmação do caráter progressista do movimento, considerando-o como um esforço de atualização dos compromissos para a produção da saúde, como o bem comum, a equidade e os princípios democráticos da tradição da saúde pública. Essa opinião é corroborada com Buss (2000), ao considerar que a promoção da saúde procura articular o tema da saúde com os temas da condição de vida, considerando que o ideário da promoção da saúde representa uma estratégia para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações e seu entorno.

O acúmulo de saberes em torno da promoção da saúde propiciou considerar a saúde como um conceito positivo, pois enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Czeresnia (2003) esclarece que, apesar de configurar um avanço inquestionável, tanto no plano teórico quanto no campo das práticas, a conceituação positiva traz um novo problema:

[...] ao se considerar saúde em seu significado pleno, está-se lidando com algo tão amplo como a própria noção de vida. Promover a vida em suas múltiplas dimensões envolve, por um lado, ações do âmbito global de um Estado e, por outro, a singularidade e autonomia dos sujeitos, o que não pode ser atribuído à responsabilidade de uma área de conhecimento e práticas. (CZERESNIA, 2003, p. 46).

Dessa forma, promoção da saúde é compreendida como um conceito amplo, plural, subjetivo, múltiplo, auspicioso e interdisciplinar, cuja intencionalidade é compreender, dinamizar processos e promover caminhos para a construção de discursos e práticas que estabeleçam uma nova relação com qualquer conhecimento científico.

Como assinala Czeresnia (2003), “[...] por mais que o conceito tenha potencial explicativo e possa ser operativo, não é capaz de expressar o fenômeno na sua integridade, ou seja, não é capaz de representar a realidade.” (CZERESNIA, 2003, p.44).

Outro ponto em discussão na promoção da saúde é a autonomia. No entanto, Czeresnia (2003) questiona com qual concepção de “autonomia” os projetos de promoção da saúde efetivamente trabalham. É importante observar que a palavra “autonomia” não é mencionada de modo direto nenhuma vez nas cartas de promoção da saúde.

Silva (2009) esclarece que o significado da promoção da saúde atualmente afirma princípios de cidadania, além de evocar discussões sobre as ações locais em saúde e que elas precisam estar associadas à atenção a grupos e segmentos sociais específicos.

Em relação às ações locais, Akerman (2005) ressalta que a perspectiva do modelo atual de promoção da saúde compreende a dimensão da saúde como construção que se dá no espaço cotidiano da vida humana, buscando entender o ambiente como um território vivo, dinâmico e principalmente sendo o reflexo de processos econômicos, históricos e culturais. Assim, o autor afirma que o espaço cotidiano é um campo de ação privilegiado para melhorar a qualidade de vida, minimizar riscos e promover espaços saudáveis, podendo, por vezes, propiciar espaços para potencialidades. Apoiadas pelas ideias de Buss (2003), quando afirma que o campo da promoção da saúde deve ser consagrado nos ambientes/territórios nos quais vivem, amam, adoecem e, inexoravelmente, morrem as pessoas sob a influência direta de múltiplas condições.

Alinhando-se as discussões sobre promoção da saúde da cena empírica em foco neste estudo, acredita-se que permitirão abordar a saúde de homens presos como práticas sociais, nos moldes cunhados por Foucault:

Práticas sociais podem chegar a engendrar domínios de saber que não somente fazem aparecer novos objetos, novos conceitos, novas técnicas, mas também fazem nascer formas totalmente novas de sujeitos e sujeitos de conhecimento (FOUCAULT, 1996, p.8).

Tomando-os como práticas sociais, observa-se que os discursos produzidos no campo da promoção da saúde preconizam a construção de processos de fortalecimento e de capacitação de indivíduos e comunidades para ampliar suas possibilidades de controle dos determinantes do processo saúde-doença nos diferentes espaços sociais.

É importante destacar as ações em promoção da saúde baseadas no emprego de combinações das estratégias, sobretudo as que dialogam com diversos setores e outras políticas, bem como as que consideram:

[...] diversos cenários, como cidades, comunidades locais, escolas, lugares de trabalho, etc., oferecem oportunidades práticas para a execução de estratégias integrais (BRASIL, 2002, p. 50).

Fazendo uma ligação com as considerações apresentadas, aponta-se o estabelecimento prisional masculino como mais um cenário social promissor para se pensar a promoção da saúde. Conforme foi mencionado, os homens presos são considerados como uma população prioritária, por suas vulnerabilidades, e as ações cuidadoras da saúde em seus cotidianos são determinadas pelo contexto de vida, sendo que ações assistenciais e políticas para esse segmento da população são pouco incorporadas nas agendas políticas. Explorar o cenário de um estabelecimento prisional, considerando-o também como determinante do processo saúde-doença e incorporando os referenciais da promoção da saúde, é promover uma ampliação das discussões. A falta de se conhecer o cotidiano de cada preso, as formas de viver de cada um que habita naquele cenário (território), das formas particulares de organização da vida social dentro de uma penitenciária, suas peculiaridades, apresenta-se hoje como uma lacuna na produção do conhecimento na área da saúde.

O próximo capítulo se dedica à descrição das informações que foram compartilhadas, dando destaque para alguns pontos relevantes para a pesquisa, com uma discussão teórica.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para se traçar o percurso metodológico, com uma proposta que fosse coerente com a dissertação, adotou-se o referencial construcionista, focalizando as práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano, filiadas a essa perspectiva.

5.1 Fundamentos construcionistas

Spink e Frezza (2004) consideram que o construcionismo decorre de três movimentos: a reação à perspectiva representacionista, no âmbito da filosofia, a problematização e desconstrução da “retórica da verdade”, na sociologia do conhecimento, e a busca de *empowerment* por grupos socialmente marginalizados, na Política. Trata-se de movimentos interdependentes. No entanto, para este trabalho, será abordado o construcionismo na Psicologia Social

Segundo as autoras, Kenneth Gergen é um dos pesquisadores que há mais tempo tem se dedicado à discussão da perspectiva construcionista, tendo publicado, no ano de 1985, o texto “O Movimento do Construcionismo Social na Psicologia Moderna” (do original em inglês, “*The Social Constructionist Movement in Modern Psychology*”). As autoras argumentam que Gergen localiza a perspectiva construcionista como movimento que instiga a produção científica na Psicologia, delineando seus contornos e esclarecendo elementos que favoreceram seu surgimento. Assim,

[...] a investigação socioconstrucionista preocupa, sobretudo com a explicação dos processos por meio dos quais as pessoas descrevem, explicam ou dão conta do mundo (incluindo a si mesmos) em que vivem. (GERGEN *apud* SPINK; FREZZA, 2004, p. 26).

Quirino (2012) pontua que, no texto publicado em 1985, Gergen faz um exercício para situar a perspectiva construcionista em relação a duas formas tradicionais de lidar com a produção do conhecimento. Ness exercício, de um lado, ele menciona teóricos empiristas, como Locke, Hume e Mills, que partem de uma visão exôgena do conhecimento, tida como uma representação, uma cópia do

mundo. De outro, cita filósofos e fenomenologistas, como Spinoza, Kant e Nietzsche, para quem o conhecimento depende de processos internos do organismo, uma espécie de tendência inata do ser humano em organizar e processar informações. Perpassado por essas duas perspectivas, o Construcionismo Social emerge, de forma a questionar e transcender ao tradicional dualismo sujeito-objeto que essas duas visões compartilham, seja assumindo o conhecimento localizado no interior ou no meio externo ao ser humano.

Conforme Spink e Frezza (2004), o posicionamento frente ao conhecimento requer considerar que “[...] o conhecimento não é uma coisa que as pessoas possuem em suas cabeças, e sim algo que constroem juntas” (SPINK; FREZZA, 2004, p. 27). Noca (2011) acrescenta que, para o construcionismo, o conhecimento não é algo pronto, do qual as pessoas vão e retiram o conhecimento, mas é algo construído, que se faz nos processos de trocas sociais. Percebe-se, contudo, que para se pesquisar a partir dessa perspectiva, é necessário desconstruir noções impregnadas na trajetória sobre o fazer ciência. Desconstruir, nesse contexto, é sinônimo de desfamiliarizar-se das crenças sobre o fazer científico, conforme a mesma autora.

5.2 Práticas discursivas e produção de sentidos

Na abordagem teórico-epistemológica das práticas discursivas, a investigação situa-se, sobretudo, nos processos pelos quais as pessoas descrevem e explicam o mundo em que vivem e a si mesmas (SPINK; MEDRADO, 2004).

Para os autores, sentido é compreendido como uma construção social que se dá no coletivo, por meio interativo, no qual as relações se formam de forma histórica e cultural. Portanto, “[...] dar sentido ao mundo é uma força poderosa e inevitável na vida em sociedade” (SPINK; MEDRADO, 2004, p.41).

Nessa perspectiva, os autores partem do entendimento de que:

[...] a produção de sentidos não é uma atividade cognitiva intraindividual, nem pura e simples reprodução de modelos predeterminados, mas sim [...] uma prática social, dialógica, que implica a linguagem em uso (SPINK; MEDRADO, 2004, p.42).

Com essas considerações, afirmam que o trabalho a partir das práticas discursivas está pautado em três dimensões: a linguagem, o tempo/história e a pessoa. Sobre a linguagem, os autores optam por adotar a noção da linguagem em uso, compreendendo-a como prática social. Nessa perspectiva, a ênfase está na interface entre os aspectos performáticos da linguagem e suas condições de produção, percebidas tanto no contexto social e interacional quanto no sentido foucaultiano de construções históricas. Tomada como um fenômeno sociolinguístico (SPINK; MEDRADO, 2004), o uso da linguagem sustenta que as práticas sociais são geradoras de sentido. Nessa construção, linguagem como prática social é compreendida dentro de um contexto histórico com marcações culturais tão amplamente difundidas e arraigadas, possibilitando a circulação de conteúdos, produzindo efeitos e gerando posicionamentos.

Spink e Medrado (2004) fazem uma distinção entre discurso e práticas discursivas. Os autores, fundamentados em Davies e Rom Harré, esclarecem que discurso remete às regularidades linguísticas ou à institucionalização da linguagem, sendo que o processo de institucionalização pode ocorrer nas esferas macro dos sistemas políticos e disciplinares como em esferas micro de sistemas sociais. Por ser institucionalizada, tende a uma cristalização e a uma estigmatização. Já o conceito de práticas discursivas remete aos momentos de ressignificações, de rupturas, de produção de sentidos, o que equivale aos momentos ativos do uso da linguagem, nos quais convivem a ordem e a diversidade.

As práticas discursivas são constituídas pelos enunciados, formas e repertórios interpretativos. Os mesmos autores se apoiam nas teorizações de Bakhtin para delinear algumas definições. Os enunciados são definidos como expressões que se apresentam em conversação, que são produzidas em ações situadas e adquirem seu caráter social. Está intimamente atrelada às vozes que, juntas, descrevem o processo de interanimação dialógica, isto é, as vozes são os interlocutores que se presentificam nos diálogos. Para Bakhtin, na leitura feita pelos autores, a linguagem é, por assim dizer, uma prática social: “[...] a pessoa não existe isoladamente, pois os sentidos são construídos quando duas ou mais vozes se confrontam” (SPINK; MEDRADO, 2004, p. 46). Formas ou gênero da fala são as formas mais ou menos estáveis de enunciados, que, por sua vez, buscam coerência com o contexto, o tempo e o interlocutor.

Sobre os repertórios interpretativos, os autores os definem como unidades de construção das práticas discursivas, e consistem no:

[...] conjunto de termos, descrições, lugares-comuns e figuras de linguagem, que demarcam o rol de possibilidades de construções discursivas, tendo por parâmetros o contexto em que essas práticas são produzidas e os estilos gramaticais específicos [...] (SPINK; MEDRADO, 2004, p. 47).

Tais autores esclarecem que esse conceito é fundamental para se entender a variabilidade das produções linguísticas encontradas nas formas de comunicação cotidiana. Portanto, o foco dos estudos que trabalham com esse conceito deixa de ser apenas sobre a regularidade e o consenso, passando a adotarem a própria variabilidade e polissemia que caracterizam os respectivos discursos. Eles ainda pontuam que os repertórios interpretativos nas práticas discursivas cotidianas são perpassadas por inscrições na história e refletem sobre a perspectiva temporal.

Dando continuidade ao tripé de sustentação empregado nas práticas discursivas a noção de tempo/história será explicitada. Para se compreenderem os modos como os sentidos circulam no cotidiano é necessário considerar três tempos históricos: o longo, o vivido e o curto.

O tempo longo refere-se ao espaço das construções sociais e de conteúdos culturais. São os conhecimentos produzidos, interpretados e reinterpretados por diversos domínios no campo do saber, como, por exemplo, a religião, a ciência e as tradições do senso comum, que compõem os conteúdos culturais que formam os discursos de uma dada época. Esses conhecimentos são anteriores à vivência das pessoas, mas se fazem presentes e ressoam nelas por meio das instituições, modelos e normas, através da reprodução social.

O tempo vivido é marcado pelo processo de resignificação dos conteúdos presentes no tempo longo, a partir dos processos de socialização, o que corresponderia às experiências pessoais no curso da sua história. Para Spink e Medrado (2004, p.52). “[...] é também o tempo da memória traduzida em afetos. É nosso ponto de referência afetivo, no qual enraizamos nossas narrativas pessoais e identitárias”.

O tempo curto é o tempo do acontecimento, da interanimação dialógica, em que os interlocutores se comunicam face a face e, pela via da multiplicidade de repertórios, levam à produção de sentidos.

Outro elemento constitutivo para compor os estudos das práticas discursivas é a noção de pessoa. Spink e Medrado (2004), optam por adotar o termo pessoa em contraposição às terminologias assimiladas pela ciência moderna, que remetem a dicotomias sujeito-objeto e indivíduo-sociedade. Portanto, assumindo a noção de pessoa, enfatiza-se o caráter dialógico da produção humana. Esse posicionamento não nega as noções de sujeito e/ou indivíduo adotado pela pesquisa psicológica, mas as ressignificam a partir da perspectiva construcionista. Assim, os autores esclarecem que:

A pessoa, no jogo das relações sociais, está inserida num constante processo de negociações, desenvolvendo trocas simbólicas, num espaço de intersubjetividade ou, mais precisamente, de interpeçoalidade (SPINK; MEDRADO, 2004, p. 55).

Portanto, o estudo das práticas discursivas serviu de guia para aproximações com os repertórios produzidos por homens, permitindo produzir análise do fenômeno em estudo, como será abordado a seguir.

5.3 Análise dos dados

Spink e Lima (2004) destacam que fazer pesquisa é uma prática social e, como tal, seu sucesso e legitimação estão amplamente relacionados aos processos de divulgação dos seus resultados. Para as autoras, este é o momento de visibilizar a produção. Evidenciam que a visibilidade nesses contornos é uma tentativa de redefinir o campo tradicional na pesquisa científica moderna, que concebe o rigor científico, pautados, sobretudo nas ideias de replicação, generalização e fidedignidade dos conhecimentos gerados. No plano da perspectiva construcionista, acatar o rigor na pesquisa científica é uma “[...] possibilidade de explicitar os passos da análise e da interpretação, de modo a propiciar o diálogo” (SPINK; LIMA, 2004, p. 102).

A noção de rigor deixa de ser algo garantido por métodos ou procedimentos definidos a priori e diz respeito aos diferentes posicionamentos do pesquisador no relacionamento com seu objeto de estudo. Na mesma medida, as escolhas

realizadas ao longo da pesquisa, os instrumentos selecionados, os modos de produção das informações e na comunicação dos seus resultados são permeados por uma relação ética entre o pesquisador e seus interlocutores.

Afinando as discussões, é importante destacar, nesse caso em particular, que o processo de interpretação é concebido como um processo de produção de sentidos. Portanto, o objetivo maior da atividade científica é produzir sentidos sobre aquilo que se busca investigar. Ao situar a interpretação como um elemento inseparável do processo de pesquisa, parte-se do pressuposto que fazer ciência é um exercício essencialmente interpretativo e, ainda, que não se pode separar a atividade interpretativa dos contextos de produção. Portanto, não existem momentos distintos entre o levantamento e a interpretação das informações, concluem Spink e Lima (2004).

Os recursos metodológicos utilizados (entrevistas e diário de campo) resultaram num material expressivo e com grande riqueza de informações. No entanto, foi necessário se fazer algumas escolhas ao longo do processo da pesquisa, bem como no processo de se reunir e analisar tais informações, devido à limitação que o próprio trabalho acadêmico impôs.

A partir da leitura do material, passou-se à problematização das ideias contidas nos repertórios produzidos. Posteriormente a esse primeiro modo de aproximação, os dados foram reunidos em dois eixos iniciais, que se desdobraram em três possibilidades analíticas para: 1) compreender os discursos produzidos sobre a saúde; 2) compreender como os homens lidam com as práticas de cuidado no cotidiano; e 3) compreender o que dizem sobre a perspectiva de mudança na oferta de saúde nas prisões.

A divisão em eixos serviu como mote para se construir um diálogo entre as ideias problematizadas e o referencial teórico do estudo. Acredita-se também que essa divisão oferece marcações analíticas que possam ser melhor compreendidas pelos leitores. A partir dessa trajetória, caminhou-se na interpretação dos dados.

Os tópicos a seguir dedicam-se a apresentar e discutir esses repertórios. Ao longo da discussão, far-se-ão algumas tentativas de amarração teórico-analítica, com base nos referenciais que foram apresentadas em outros capítulos. E, para dar visibilidade às falas dos entrevistados, trechos das entrevistas serão utilizados ao longo da exposição e discussão dos dados. Optou-se por não identificar as falas dos entrevistados, evitando-se qualquer detalhe pessoal e institucional que permitissem

identifica-los. Essa opção permite a preservação dos sujeitos envolvidos na pesquisa. Pressupõe-se que o dito, no contexto da pesquisa, se forma em um lugar diferente do dito no cotidiano. De qualquer modo, tomadas aqui em conjunto para discussão, permitem acompanhar e problematizar como os presos constroem sentido para práticas de saúde.

5.3.1 Os sentidos produzidos sobre a saúde de homens presos

Indagados sobre o que é saúde, alguns entrevistados constroem proposições que indicam uma concepção de saúde estabelecida através de nexos entre corpo, mente e espírito, portanto, a partir de três perspectivas.

Acho que é dividido saúde mental, biológico e espiritual.

Saúde é o bem-estar físico e mentalmente. Saber que os nossos órgãos estão funcionando normalmente e mentalmente, sem nenhum distúrbio.

Harmonia dos sentidos: corpo, físico e mente. Se tiver equilíbrio, tem saúde, tem que manter a harmonia.

Tais perspectivas tratam de uma concepção ampla e se revela no discurso dos homens como um conceito que incorpora os fatores biológicos e espirituais.

Na primeira aceção, a perspectiva biológica acena para a saúde como um bem-estar, associada à ausência de doença. Entrevistado diz “saúde, eu acho que é a pessoa ‘tá’ se sentindo bem, sem dor, sem sintomas de nada.”, fazendo referência à ideia de “evitação ou negação” de algo que possa vir a prejudicar o bom funcionamento do corpo, afastando, contudo, a possibilidade de qualquer adoecimento.

Outro entrevistado dá pistas de que consegue atribuir sentidos mais ampliados sobre a saúde, englobando recursos expressivos de outra ordem. No trecho de diálogo abaixo, observa-se que o entrevistado constrói uma descrição mais abrangente para o que entende por saúde, já articulando ideias de práticas de cuidados:

Bem-estar da gente, de todo ser humano, uma vida saudável, uma alimentação saudável, hábitos saudáveis.

Pesquisadora: O que você entende por hábitos saudáveis?

Alimentação, se exercitar, higiene pessoal, ambiente limpo. Tem a parte psicológica, influencia muito. Principalmente pra gente que 'tá' preso, é uma ansiedade, o convívio também... tem de selecionar amizades e pessoas para conviver .

Por sua vez, a dimensão biológica pode ser desmembrada em funcionalidade e atividade. Embora se proponha a dar sentido à saúde como algo dinâmico, funcional e ativo, para alguns dos entrevistados só é possível praticar exercícios ou mesmo trabalhar se o corpo estiver “funcionando perfeitamente”. É o que se observa quando um entrevistado relata sobre a importância de se “saber que os nossos órgãos estão funcionando normalmente”, ou quando outro acentua a necessidade de “se exercitar, trabalhar”, para se ter saúde. Observa-se, ainda, um discurso orientado a uma normalidade do corpo e os desvios dessa normalidade aparecem como objeto a se medicalizar.

Para a dimensão “mente”, aqui entendida numa perspectiva subjetiva, um entrevistado atribui sentidos avaliando sua situação pessoal:

Acho que o lado emocional interfere na saúde. Pela experiência de vida, eu não deixo isso me abater. Mas já vi até gente morrer, se suicidar. Pensar na família, pensar no que poderia 'tá' fazendo lá fora e até aqui, em época de Natal, carnaval, festas... eu até evito de ver aqui, pra não ficar pensando.

Rose (2001) esclarece que a linguagem tanto torna possível que cada falante se estabeleça a si mesmo como um sujeito, ao se referir a si próprio como "eu" em seu discurso, quanto se torna possível por esse mesmo fato. Ainda de acordo com o autor, a própria linguagem, mesmo na forma de “fala”, aparece como um agenciamento de “práticas discursivas”, que não habitam em domínio funcionalmente homogêneo de significação e negociação entre indivíduos, porém, estão localizadas em locais e procedimentos particulares, sendo que os afetos e as intensidades que os atravessam são pré-pessoais, estruturadas em variadas relações. Para o autor, a subjetividade é apenas a emergência, no ser, de uma propriedade fundamental da linguagem. Pontua também que o eu, como sujeito de enunciação, forma um *locus* de subjetivação, criando uma "posição de sujeito", um lugar no interior, do qual um sujeito pode surgir. Complementa que é através da linguagem que os humanos se constituem a si próprios como sujeitos, porque

apenas a linguagem pode estabelecer a capacidade de a pessoa se colocar como um sujeito.

O “espírito”, outro componente da saúde, vincula-os a uma dimensão de espiritualidade que refina o sentido que constroem para a saúde:

Enquanto ‘fô’ na igreja, não penso em coisas ruins.

Tem que ter fé, no que ele acreditar.

Stroppa e Almeida (2008) ressaltam que o impacto positivo do envolvimento religioso na saúde mental é mais intenso entre pessoas sob estresse ou em situações de fragilidade. Esclarecem também que crenças e práticas religiosas podem diminuir a sensação de desamparo e perda do controle, e que maiores níveis de envolvimento religioso estão associados positivamente a indicadores de bem-estar psicológico, como satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral elevado, melhor saúde física e mental. A fala desse entrevistado expressa uma função para a espiritualidade que a relaciona ao sentido de bem-estar psicológico, comentado anteriormente. É como se ir à igreja, deixando-se espiritualizar, de certo modo, fosse um cuidado de saúde mental, uma tecnologia do eu que se previne dos “riscos” de adoecimento mental. Suas falas remetem a estratégias de cuidado.

É importante destacar neste momento que, frequentar os cultos, numa interação social, é talvez um dos únicos momentos que o preso não passe por uma avaliação da equipe técnica do sistema prisional. A avaliação parte da aceitação dos presos que se organizam para a realização dos cultos.

Na mesma direção, outro entrevistado também define saúde acenando para estratégias de cuidados:

Saúde... se não fosse o cigarro... quando a gente começa a pensar na casa, na família, aí fuma um cigarro.

O trecho sugere que o ato de fumar é pensado como uma estratégia de cuidado com a saúde mental. Ironicamente, fumar um cigarro, ato execrado em variadas cenas de promoção da saúde, é visto e imbuído de sentido como ato de saúde. Neste caso, fumar é estar vivo, é poder pensar e se imaginar “escapando” ao contexto de encarceramento enquanto fuma um cigarro.

Na fala desse entrevistado é possível perceber a ambivalência entre o prazer de fumar e os riscos à saúde. Fumar lhe dá prazer, o cigarro o conforta, dá tranquilidade, ao passo que demonstra sentimento de culpa com perspectivas de malefícios futuros. Demonstra também os momentos do dia em que é particularmente importante fumar (quando começa a pensar na casa e na família) e apresenta razões para continuar fumando. Em conformidade com as considerações de Spink (2007), na expressão desse entrevistado o cigarro aparece como uma muleta química (ainda que inadequada), que possibilita enfrentar a ansiedade e o estresse do encarceramento. As razões que sustentam o hábito são diversas e abarcam os efeitos calmantes do cigarro (relaxa, conforta, tranquiliza), sua capacidade de controlar a ansiedade (tensão, estresse ou nervoso), de ajudar na concentração, de pontuar rotinas cotidianas.

Com relação aos sentimentos sobre a própria saúde, outro entrevistado explica: “Pelas coisas que já passei pela vida, acho que tenho boa saúde.”

Pesquisadora: O que passou pela vida?

Passar pelo que vivi, poderia estar numa cadeira de rodas, não tenho doença nenhuma, nunca usava preservativos. Não preciso de ninguém pra tomar conta de mim. Já fui alvejado várias vezes, nenhum me acertou, vivia na favela, nos piores conflitos durante nove anos, na minha adolescência, nunca ‘tive’ tranquilo. Tive um acidente de moto, fraturei a face e tive traumatismo craniano, sem sequelas nenhuma.

A explicação desse entrevistado traduz a influência dos aspectos culturais na masculinidade, reforçando as exigências dos modelos hegemônicos de masculinidades. Como observam Gomes e Nascimento (2006), as marcas identitárias trazem a crença de que se deve ser ativo, expressando-se em invencibilidade e invulnerabilidade, de se expor ao risco de forma viril, tendo como consequência a naturalização do descontrole sexual e a redução do exercício da sexualidade à penetração. Junto às ideias hegemônicas, justifica a capacidade de superação não só da dor, como também da morte. A sensação da ideia de invulnerabilidade é, para Carrara (2009), a ideia de potência, na construção da masculinidade hegemônica.

Em contrapartida, o entrevistado abaixo atribui:

Não tenho boa saúde. Sinto tonteira quando levanto da cama, já caí na cela várias vezes, durmo pouco de meia-noite até às cinco horas. Depois que

comecei a trabalhar eixei de tomar os remédios que o doutor passou, cansei o corpo. Não tenho saúde para trabalhar fora daqui, firma nenhuma quer pegar um velho e ex-presidiário. Não sei o que fazer quando sair na rua... Se não é a minha família... Eu não quero saber de cadeia mais (fica emocionado, abaixa a cabeça, olhos lacrimejando, fala engasgada). Não tenho boa saúde. Tenho problemas de vista, não tenho óculos e gostaria de estudar se *'tivesse'* enxergando bem. Tenho expectativa de melhorar, com bom emprego, aposentadoria para não depender da família. Não quero voltar pra rua, virar um mendigo... (chora). Fiquei a vida toda na cadeia, quero fazer um *check-up*. Quero saber o que tenho e o que não tenho. Tentar parar de fumar e de usar a bebida (Maria Louca¹¹). Não parei de fumar aqui porque não quero arrumar problema. Fico nervoso, ansioso, não sei nem conversar... .

A reflexão é direcionada retrospectiva e prospectivamente. Esse entrevistado fala do que passou em seu tempo de prisão e do que o aguarda, projetando-se para um futuro estimado. Além disso, há esse interessante trecho sobre o cigarro como uma prescrição comportamental no contexto de preso. Ou seja, essa fala, ao lado de outra fala anterior, oferece sentidos diferentes para a experiência de fumante, porém, ambas marcadas pelo contexto.

Para Rondina, Gorayeb e Botelho (2007) o consumo de tabaco pode ser reflexo do processo de institucionalização. Além disso, frequentemente resulta em sua associação com determinados fatores, tais como baixo nível socioeconômico e grupos marginalizados socialmente. O tabagismo pode, por exemplo, auxiliar na redução dos efeitos colaterais de medicações, diminuir sentimentos de tristeza ou de humor negativo, pode até melhorar a concentração e promover um dos poucos prazeres disponíveis para muitos desses homens.

Conforme Darsie e Zago (2013) o cigarro é usado em diferentes momentos e lugares, por diferentes pessoas que lhe atribuem significados, sentidos e valores diversos. Dessa forma, o cigarro é utilizado não apenas para que sua fumaça seja inalada (produzindo efeitos químicos e biológicos no corpo humano levando a sensações prazerosas), mas como um símbolo de *status*, poder, referência, charme, sedução e prazer, (como foi apresentado pelo cinema no passado, como marca étnica) ou ainda, como um marcador de gênero. Nessa discussão, os autores lembram a campanha publicitária do cigarro Marlboro. O homem de Marlboro foi criado e imortalizado, sedimentando-se culturalmente. Ocupou um lugar de ícone de masculinidade, onde foi mostrado um homem “natural”, o mais “natural” possível, em

¹¹ “Maria louca” é uma espécie de aguardente fabricada por presos nas celas. São colocados em uma garrafa frutas e restos de arroz que, após sofrerem um processo de fermentação e destilação, estão prontas para uso.

contato direto com a natureza e detentor de força física que lhe conferiu sua masculinidade rústica.

Em outra direção, as campanhas veiculadas na proposta de promoção da saúde assinala o modo “correto” de administrar a vida, de cuidar do corpo e de ser “saudável”. No caso do homem, mantém-se a perspectiva de um corpo vigoroso e viril, mas o cigarro é trazido para o campo da saúde como um comportamento moralmente reprovável, atrelado ao processo de medicalização, de um homem doente, portanto, não masculino.

Atualmente, numa tentativa pedagógica, uma série de ações visa a tratar o tabagismo como doença crônica e a educar as pessoas fumantes para deixar de fumar. Como exemplo disso, é possível citar a PNPS que tem em uma de suas metas a cessação do tabagismo. Darsie e Zago (2013) citam ainda as campanhas antitabagismo que descrevem em palavras e mostram em imagens os malefícios causados pelo cigarro como marcas visíveis de patologização nos corpos das pessoas fumantes.

Outro momento da fala desse entrevistado é “querer saber o que tem e o que não tem”. Nela é possível inferir que basta se ter acesso às promessas dos avanços dos conhecimentos médicos, bem como das práticas preventivas e diagnósticas, das intervenções farmacológicas, para avaliação e aquisição de uma saúde perfeita, como afirma Castiel (2012). Para o autor, uma utopia normativa e individual na qual a perspectiva do cuidado se coloca à disposição da medicalização.

Em relação aos repertórios sobre a saúde de outros homens, quando são indagados se as pessoas presas ali gozam de boa saúde, surgiram os seguintes relatos:

A maioria “*tá*” lesionado, tem algum problema. No aspecto físico e mental, fumam muito, o dia todo, usam droga – crack na rua, na cadeia –, aí você já viu, só “*desgrama*” a vida¹². No aspecto mental, são pessoas tristes, revoltadas, sem ninguém, sem família, só pensam em sair daqui e continuar no crime.

Não. Esse marasmo todo. Essa maneira vegetativa de ser daqui.

Há presos que já estão há bom tempo presos, é natural que a doença apareça, a ociosidade faz aparecer doenças, estresse. Vejo pessoas deprimidas, cheias de manias, compulsivas, nossa... tem demais. A própria vida, de viver na solidão forçada, leva a isso.

¹² É uma pesquisa de caráter ficcional, e não foi objetivo verificar a veracidade da informação, nem tampouco fazer denúncia sobre os fatos levantados.

Não. Porque esse lugar aqui não transmite boa saúde. Mas o que pega aqui é o lado emocional. Dá pra ficar louco.

O “ficar parado”, ser passivo, recolhido em sua solidão “não é coisa para homens”. Apontam tais expressões inclusive como um sinal de fraqueza, coisa de mulher. Tais referências dizem respeito a um homem genericado.

Quanto ao transtorno mental, Damas (2011) cita o estudo de Andreoli e colaboradores, realizado em 2008, através do qual pesquisaram a prevalência de transtornos mentais no estado de São Paulo, que abriga atualmente cerca de 40% da massa carcerária do Brasil. Nessa pesquisa, encontraram uma prevalência de transtornos mentais graves em 12,2% dos detentos. Entre os transtornos mais prevalentes, estavam a depressão maior (7,4% em homens e 18,8% em mulheres), o transtorno do estresse pós-traumático (9,2% dos homens e 17,8% das mulheres), esquizofrenia e outras psicoses (2,7% dos homens e 1,9% das mulheres), além de dependência de álcool e outras drogas e transtorno bipolar. A extrapolação desses resultados para a população carcerária atual, de aproximadamente 500 mil presos, significa uma prevalência de 61 mil portadores de transtorno mental grave nas prisões do país, afirma o autor.

As falas dos entrevistados sinalizam dados apontados na pesquisa quando esboçam “são pessoas tristes, deprimidas, cheias de manias, compulsivas” indicando que o local é adoecedor ou “esse lugar aqui não transmite boa saúde”, conforme um entrevistado.

Além da alta incidência de doença mental no ambiente penitenciário, a vulnerabilidade em que se encontram as populações confinadas é um dos fatores que elevam a incidência das doenças. Conforme Negrelli (2006), sentimentos de desesperança, da história pessoal, da situação vivenciada, da incapacidade para gerar soluções para seus problemas, uso de álcool e/ou o uso excessivo de drogas, perda de recursos sociais, econômicos e vínculos familiares, culpa ou vergonha do delito são algumas explicações para o aparecimento de transtornos mentais. Além disso, existem outros fatores, como o tempo de pena, tipo de crime praticado e as condições da prisão.

Quando são indagados sobre quem procura mais a assistência à saúde, se o homem ou a mulher, em resposta ao questionamento, alude:

Acredito que seja a mulher, a mulher é mais complicada por vários fatores né? A gravidez... com o homem não tem esse problema. O homem é mais forte, a mulher é mais frágil, o homem aguenta mais o “batidão”, a mulher não).

Seu relato lança mão de ideias opostas para definir o ser homem em oposição ao ser mulher. Essa construção reflete a diferença atribuída entre os gêneros, para se demarcar a especificidade de cada um deles. Ensaia explicações para essas diferenças entre os gêneros, utilizando conteúdos relacionados tanto a aspectos biológicos quanto a culturais. Os argumentos produzidos e suas crenças reforçam a construção da masculinidade, apontando para as barreiras de cuidar de si.

Outro sentido produzido é sobre o contraste entre homens e mulheres, como no excerto da entrevista:

Pesquisadora: O que é “batidão”?

Serviço pesado, força física, e na criminalidade precisa disso.

O “batidão” refere-se aos atributos associados ao homem, à invulnerabilidade, força física, coragem e violência. Essas características são demarcadas na fala do entrevistado referindo-se ao par de oposição força/fraqueza, socialmente construídas e compartilhadas entre os gêneros.

Percebe-se, em seu discurso, a construção em torno de valores tradicionais arraigados na construção das masculinidades, “na divisão sexual do trabalho” e do poder. Na sua visão, as mulheres estariam subordinadas aos homens, tendo seu espaço restrito ao ambiente doméstico, enquanto o homem vai para o trabalho, nesse caso para a criminalidade.

Outro aspecto que ganha destaque na fala de um entrevistado é quando associa a busca por assistência médica a exames preventivos, neste caso, ao exame de próstata:

Não sei dizer... quem procura mais... acho que é a mulher, homem é mais durão, acho que por preconceito, fica só imaginando quando chegar aos 40 anos, o exame de toque, aí começa a gozação. A sociedade é machista.

Essa opinião mostra o aparecimento de preconceitos associados a “brincadeiras” e sentidos pejorativos que geram resistências para não se buscar cuidados médicos e realizar o exame. Seu argumento indica as resistências em ter

de mostrar partes íntimas de seu corpo, cuja reflexão se associa à falta de hábito do homem de se expor ao médico. Ao contrário, da mulher que em sua socialização foi mais habituada a ter o seu corpo exposto para a medicina devido à medicalização de seu corpo. Gomes (2010) pontua que a relação entre a construção da masculinidade e o comprometimento da saúde dos homens, conforme vem sendo discutida, traz implicações no campo da saúde e do cuidado. A exigência, socialmente construída, na ideia de como um homem deve ser, desdobra-se na figura de um homem que teme cuidar de sua saúde, adiando inclusive tratamentos preventivos.

O argumento de outro entrevistado traz como reflexão:

lá fora é a mulher. Vão porque se preocupam com a saúde. O homem acha que é imortal, ele não preocupa com nada, não. Eu mesmo achava que nunca ia vir para a cadeia, mesmo fazendo o que eu fazia. Sempre achava um jeitinho. E na saúde é assim, acha que nunca vai ter diabetes, um colesterol.

O argumento utilizado relativiza a perspectiva socialmente construída de que os homens são invulneráveis, fortes e resistentes. Essa opinião, mesmo com algumas restrições, aponta para uma mudança, em certa medida, de que o homem poder assumir algumas atitudes que socialmente corresponderiam ao universo feminino. Nessa direção, os entrevistados acima, desconfiam e criticam o modelo machista, cada um a seu modo.

Já a partir do argumento de um entrevistado, observa-se que a mulher aparece como mediadora na busca de assistência para o homem, transferindo a responsabilidade de cuidados com a sua saúde para outros.

É claro que é a mulher. O homem fica achando que a doença não chega nele. O homem só busca porque a mulher insiste. Acho que é a criação, nunca vi meu pai buscar. É a mulher que coloca o homem pra frente.

Esse argumento remete às ideias de Couto et al (2010), que esclarecem que a mulher é protagonista na cena do cuidado, uma vez que ela aparece na imagem da mulher que domina o campo do cuidado, conforme construído socialmente. Numa perspectiva relacional de gênero, vincula-se à imagem do homem que não se cuida e, ao procurar assistência à saúde, não quer dizer que esteja preocupado em cuidar de si, mas remete a hábitos de prevenção que usualmente são mais associados às

mulheres do que aos homens. Partindo da concepção construída historicamente de que o homem não foi educado para cuidar de si mesmo e nem dos outros e, no conjunto dos dispositivos postos culturalmente que marcam corpos como masculinos ou femininos, reforçam e naturalizam a diferença entre os gêneros. De acordo com Gomes (2007), a opinião do entrevistado acima reforça os estudos que apontam as diferenças de papéis por gênero presentes no imaginário social, entendendo os cuidados como próprios do domínio feminino. Para o autor, isso se justificaria pela socialização que as mulheres recebem, desde muito cedo, para reproduzirem e consolidarem os papéis que as tornam responsáveis, com dedicação quase que exclusiva pela manutenção das relações sociais (de cuidados) e pela prestação de serviços aos outros. Em contrapartida, observa-se que esse entrevistado coloca em suspeita a masculinidade hegemônica, quando afirma: “acho que é a criação”, sugerindo que, se tivesse recebido outra “criação”, a procura aos serviços de saúde não colocaria a sua masculinidade em risco e nem o aproximaria das representações de feminilidade.

Quando interpelado sobre a mesma questão, outro entrevistado responde:

Não sei. Vivia em outro mundo, tinha outras preocupações, “tava” envolvido com tanto crime que nem observava isso..

Assim, nos estudos sobre homens e violência, Schraiber et al. (2010) esclarecem que a perspectiva de gênero é fundamental para que se possam compreender que os nexos entre masculinidade e violência, reforçados no processo de socialização e de afirmação da masculinidade, representam desvantagens em termos de saúde. Por endossar as prescrições de gênero socialmente construído, os homens se tornam mais vulneráveis ao se exporem em situações diversas e constantemente geradoras de violência.

5.3.2 Sentidos produzidos sobre as práticas de cuidado no cotidiano

Quando interpelados com a questão “o que você faz para cuidar da sua saúde?”, emerge a necessidade de “ocupação da mente”. Para esses entrevistados, o trabalho é o principal meio para se ter êxito nessa empreitada:

Trabalho para manter o corpo no lugar, se não for assim, vou me enterrar numa cama, na cela, ficar um velho gagá e aí vou me juntar com certos elementos e eu não quero, não. Se não trabalhar, não ocupar a mente... se não ocupar a mente, começa a pensar coisas, ficar no barraco... aí, eu gosto de trabalhar. A única coisa que faço para cuidar da minha saúde é trabalhando.

O trabalho ajuda, em vez de ficar “hereditário” (parado na cela), vendo televisão. Se “tivesse” no pavilhão, “tava” usando celular, vendo movimento de droga e me envolvendo. O dinheiro roubado é sempre mais fácil, mas o trabalho ajuda manter lá fora, viver na criminalidade custa caro, a mulherada, aí você já viu, né? ¹³

Com certeza, previa-se que o trabalho apareceria nas falas dos entrevistados, pois o convite para participação na pesquisa foi direcionado a presos que trabalham. Para Figueiredo (2008), o trabalho é uma categoria central e vital para a identidade masculina. A relação estabelecida entre homem e trabalho é uma marca também do homem generificado na estrutura das relações sociais. Outra dimensão que está atrelada ao trabalho refere-se ao significado e à relação da estrutura corpórea dos homens, o trabalho, portanto, aparece atrelado à força física. Portanto, esse entrevistado expressa uma preocupação com a imagem de um “velho gagá”, que possivelmente o afastaria do campo do trabalho. Gomes (2007) pontua que, pelo fato de o trabalho se constituir também uma função atribuída socialmente ao homem, a possibilidade de não se conseguir progresso no espaço laborativo ou a perda do emprego pode gerar tensões não somente econômicas, mas também de identidades. O autor acentua também que as atividades laborativas são tema de preocupações masculinas, e a busca por serviços de saúde, nesse caso, fica em um plano mais afastado.

A fala do entrevistado reflete, de acordo com Romeu (2007), um pensamento voltado para a ideia de que a identidade de ser homem se ancora na sustentabilidade/materialidade fornecida pelo trabalho, para atingir o seu destino, manter-se na criminalidade “custa caro”, associada a drogas, mulheres, festas, conforme mencionado em outros momentos. A associação entre ser provedor e ser homem que esse entrevistado traz, corrobora os dados que fazem coro com as conclusões de outros estudos acerca do papel do trabalho na construção da identidade masculina (neste caso trabalho = manter-se na criminalidade). Sua fala

¹³ Como se trata de uma pesquisa ficcional, não foi objetivo verificar a veracidade da informação, nem tampouco fazer denúncia sobre os fatos que foram apresentados pelos entrevistados.

também aponta que o “trabalho” é uma maneira de resistir e de alguma forma negociar o não envolvimento com praticas que são proibidas dentro do sistema prisional.

Outros entrevistados respondem à questão sobre cuidados com a própria saúde de maneira mais concisa, quase sempre enfatizando a falta de oportunidade para cuidarem da saúde devido às condições de reclusão e de precariedade de recursos em que se encontram:

Nada. Não tem como fazer nada.

Aqui dentro não tem muito recurso. Não tem como prevenir.

Não tem muito o que fazer.

Observa-se que há uma predominância do modelo biomédico de atenção à saúde para esses entrevistados. Conforme se tem discutido, grande parte das pessoas associa que ter saúde significa não estar doente: não se sentir doente, não ter aparência de doente e não necessitar de usar medicamentos. Esse modelo é apoiado, incorporado, praticado e fortalecido pelo contexto social, pelas indústrias farmacêuticas, pelas tecnologias médicas, por funcionários da área de saúde e por grande parte da população, inclusive a de baixa renda. No discurso produzido, o “fazer nada” vai ao encontro de afirmações que sustentam que a população mais pobre exige do Estado um modelo biomédico de atenção à saúde, centrada na base hospitalar, pois acredita-se que esse sistema é a única opção para se conservar ou recuperar a saúde. Isso pode ser traduzido nas expressões “aqui é difícil” ou “não tem como fazer nada”.

Nesse tópico do cuidado, foi feita a indagação sobre “o uso de preservativos nas relações sexuais”. Essa pergunta foi criada posterior ao roteiro de entrevista, pois eram constantemente mencionadas as expressões “vivia muito louco, drogas, mulherada”, apontando para marcações identitárias de masculinidades. Sobre essa perspectiva do cuidado, a fala do entrevistado abaixo chama a atenção:

Nunca usei preservativo, aquilo ali é muito ruim, não é bom, não. É a mesma coisa que chupar bala com papel.

Pesquisadora: Já teve alguma doença?

Tive gonorréia (...). Tomei uma medicação indicada por um “dono de uma farmácia lá do bairro”. Não procurei o médico, não, fiquei com vergonha,

aquilo é feio, doía na hora de urinar, tava com um pus e um cheiro ruim, fiquei com medo de perder meu órgão (*risos*). Tomei esses remédios e nada. Meu vizinho trabalha num posto de saúde, ele é agente de saúde, aí ele marcou uma consulta pra mim, aí tive que ir no médico, tomei os remédios que ele passou e aí sarou. Ele me falou que deveria usar preservativos, até me deu, mas eu nunca usei.

Nessa acepção, seu discurso tangencia a recusa de ir ao médico mesmo quando uma doença já está instalada, e acaba também remetendo a sentimentos como vergonha e medo. E, ao procurar o médico, recebe um cuidado prescrito, definindo o modo de ser para esse homem, quando salienta: “ele me falou que deveria usar preservativos, até me deu, mas eu nunca usei.” Com essas prescrições, basta se dedicar com afinco a controlar riscos provenientes de hábitos e comportamentos pouco saudáveis. Castiel (2012) comenta que riscos se constituem como imagens negativas. Para lidar com essa situação, os caminhos usuais preconizados pelas autoridades sanitárias apontam para práticas e ações de autocontrole e autocuidado: previne os riscos e aumenta a longevidade. Assim, utopia da saúde perfeita implica em controlar meticulosamente os riscos. Para o autor, é importante mencionar que muitas elaborações sobre o risco se debatem com a questão da articulação entre “realidade” e “percepção” do risco. Portanto, seria necessário que tais reflexões explorassem as conexões entre ambas e como tais conexões são produzidas.

Outro sentido é “fiquei com medo de perder meu órgão”. Conforme Figueiredo (2008), ao se referir ao pênis, destaca o aspecto natural do masculino, que constitui a base nuclear de sua identificação de gênero. Por essa característica, supostamente inata e imutável, o homem se reconhece sexualmente. Tal particularidade simboliza a virilidade e a autoafirmação esperadas de um homem. O autor esclarece que não é possível ignorar os significados da experiência corporal na interpretação cultural de gênero, fazendo com que tal experiência assuma um papel central para a construção das masculinidades e das feminilidades. Portanto, perder o órgão o aproximaria do universo feminino. Ora, “[...] se falta esse atributo, o homem vê sua masculinidade ameaçada, correndo o risco de ser identificado com o feminino [...]” (FIGUEIREDO, 2008, p.151).

O mesmo autor comenta que as características corporais permitem identificá-los antecipadamente como fazendo parte de um determinado universo, ou seja, do sexo masculino. É como se eles sentissem que desde sempre são homens, pois

possuem pênis ao nascer. Como órgão, isso é o suficiente para torná-los homens. Assim, ao naturalizar o processo, ignoram que, no campo social, atributos diversos vão sendo incorporados e modelam subjetividades aos modos de vida que os identificaram como homens. Tal atitude naturalizada considera que o corpo já traz a marca registrada que os marcam como homens, sem atentarem para o fato de que é no uso social do corpo, no corpo e com o corpo que se operam as práticas socioculturais definidoras da forma como os homens devem e podem se comportar, afirma Figueiredo (2008).

Quando indagado sobre a busca por assistência à saúde na prisão, um entrevistado relata:

Só no tratamento da hanseníase. Descobri em janeiro de 2010, “tava” num presídio.

Pesquisadora: Como desconfiou que era hanseníase?

Via na televisão os sintomas e aí, um dia, bati o meu cotovelo com toda força numa quina da parede, não senti nada, achei estranho, porque era pra ser uma dor e tanto.

Pesquisadora: Explica melhor como isso aconteceu.

Quando fui pra lá, não tinha colchão lá, aí comprei um colchão de um preso que era morador de rua. Ele era conhecido como “peladeira”, só que eu não sabia de nada, só queria um colchão para deitar e dormir. Só via que a cabeça dele era toda esquisita, cheia de “zica” (doença, principalmente na pele) um tanto de pereba (*risos*). Aí o colchão “tava” cheio de bactérias. Paguei pelo colchão e pela jega (cama, só a alvenaria) (...).

Pesquisadora: Não havia cama para todos?

/xi... tinha 8 jegas pra 24 pessoas, e 1 boi (vaso sanitário), “tava” superlotado, quem podia pagar, pagava. Nem tinha terminado de pagar, fui transferido pra cá.¹⁴

Esse fragmento de entrevista diz das condições precárias das prisões, das negociações locais para se usufruir dos poucos recursos disponíveis e da relação que estabelecem com a desconfiança de uma doença. Apesar de achar graça na situação, sua fala aponta objetivamente para a precariedade do sistema prisional e sua desorganização. Damas (2011) relata que a precariedade, a superlotação e a insalubridade das prisões brasileiras criam um ambiente favorável à proliferação de epidemias e ao contágio de doenças. A esses fatores estruturais, soma-se a má-

¹⁴ Como se trata de uma pesquisa ficcional, não foi objetivo verificar a legitimidade da informação. Em alguns casos, o “pagar” não está associado diretamente a dinheiro, muita vezes está associado a trocas de objetos e/ou favores.

alimentação dos presos, o sedentarismo, o uso de drogas e a precariedade higiênica, que fazem com que o indivíduo que ingressa na prisão facilmente seja acometido por doenças.

Ressalta-se também nessa entrevista que o entrevistado usa termos modulados por seu ambiente, e tal entendimento exige que se tenha certo domínio de códigos, siglas e gírias. Ademais, a fala do preso está enquadrada pelas condições sociais de sua produção, refletindo a sua realidade. Nesse excerto produzido na entrevista com esse entrevistado e em outras, pode-se visualizar a linguagem em uso.

Considerando o período anterior da prisão, o discurso produzido sobre a busca por assistência à saúde, as seguintes falas são produzidas, mostrando, mais uma vez, o distanciamento do cuidado com a saúde:

Só pensava em crime, usar drogas, aquela farra, mulherada, bebedeira.

Não costumava cuidar da minha vida. Vivia a cada dia como se fosse o último, só diversão, mulherada, drogas, curtição, amizades. Pensava que ia morrer, aquele era o último dia, por isso, vivia loucamente.

Os relatos acima apontam o que se vem demonstrando ao longo da pesquisa sobre masculinidade. Muitos se referem aos padrões de masculinidades socialmente construídos para afirmarem suas crenças acerca dos homens. Esse momento é visto quando se reportam a atividades ou características que julgam ser apropriadas para assinalar os homens. Por exemplo, ao se referirem a violência, virilidade, incosequência. Outra fala que compõe o modelo de masculinidades para esses entrevistados é sobre a sexualidade. Suas falas sugerem práticas sexuais com várias mulheres. Figueiredo (2008) menciona que existe uma vinculação da identidade masculina a um certo padrão de comportamento sexual e que este seja pautado na heterossexualidade.

Em contraste com o relato acima, outro entrevistado, mesmo em situação de emergência não buscou assistência mais adequada.

(...) fui baleado com 3 tiros: 2 na perna direita e 1 na esquerda – ainda alojado (*mostra*). Não fui ao hospital, porque tinha que fazer ocorrência, senão ficava preso, eu já tinha 8 mandados de prisão. Aí eu procurei uma colega que estudava veterinária e ela ficou com medo e não tirou as balas, eu mesmo que tirei (...). Veja bem, igual um bicho. Bicho que vai no veterinário. No mundo do crime, a gente vira bicho.

Ele fala das práticas de cuidado possíveis num universo de submundo, como prática discursiva, ele revela cenas de cuidado em condições de sobrevivência limítrofes. Como se vê em todo o trabalho, a questão da violência e das práticas marginalizadas estão sempre em pauta, fazendo conexões com as histórias de vida de cada um, em maior ou menor medida. Os segmentos mais excluídos da população mostram uma relação de proximidade com a violência, e a violência se apoia na maior parte das situações, em relatos apresentados até o momento.

5.3.3 Sobre a perspectiva de mudança na oferta de saúde nas prisões

Uma das questões formuladas durante as entrevistas se interessava pela produção discursiva sobre a mudança local, buscando-se cenários imaginados para se empreender melhores práticas de saúde. Portanto, os presos foram indagados: “O que você acha que precisaria mudar aqui na penitenciária para melhorar a sua saúde?” Segue a seguinte resposta:

Pra melhorar a minha saúde, é só o meu alvará chegar, manter bom comportamento, ser homem com a direção. Sair dos vícios....

Pesquisadora: O que é ser homem com a direção?

Respeitar as pessoas. O preso acha que o funcionário que condenou ele. Ele tem que respeitar, reconhecer que “tá” errado e que “tá” cumprindo pena – vai na humildade. Nunca fui no castigo¹⁵, porque sempre fui homem com a direção. Ele tem que reconhecer que é bandido na rua, aqui ele é um preso.

Sua fala remete a um sentido que o faz se afirmar enquanto pessoa digna, baseada em atitudes e condutas consideradas necessárias para que seja reconhecido perante os outros. Figueiredo (2008) afirma que a autoridade moral dos homens é marcada pela ética do respeito mútuo, e, para ser afirmado, deve ser, sobretudo, conquistado e merecido. Além disso, ele deve reiteradamente colocar à prova tal prestígio por meio de atitudes, como honestidade, respeito, e nesse caso, “ser homem com a direção”.

¹⁵ Expressões do tipo castigo, CD, recolhido, são comumente utilizadas pelos presos para se referirem ao Regulamento Disciplinar Penitenciário do Estado de Minas Gerais. Mais detalhes podem ser encontrados na Resolução nº 742/2004, Minas Gerais.

No seu discurso, a palavra *condenado* tem uma conotação ideológica, do ponto de vista da moral, já que palavra é comumente associada a mau, nocivo, portanto um perigo para a sociedade. Também é importante observar que o fato de o preso se expressar requerendo, queixando ou denunciando já é um indicador de produção de cuidado. Além disso, seu discurso ainda pontua um reflexo de muitas vozes: no mínimo a dele mesmo, enquanto indivíduo encarcerado e desejoso da liberdade. Contudo, afirma que ter saúde é estar fora dali. Como as penas são altas, conforme apresentado anteriormente, tenta de alguma forma negociar sua permanência da melhor forma possível lá dentro.

Outro entrevistado sugere outras práticas de cuidados que poderiam ser eficazes, mas, pela especificidade do local, são inviáveis. Então sugere:

Melhores profissionais, equipamentos, vontade política. Um profissional de educação física. Aqui se eu arrumo uma corda para pular, o agente toma, me “caneta”, diz que vou fazer uma *teresa*¹⁶, aí vou pra CD; se eu faço um pesinho na cela (colocar água na garrafa pet), fala que é arma, aí fica difícil.

Nessa acepção, aponta-se a inventividade para se criar práticas promocionais que atendam. No entanto, pela especificidade do local, alguns projetos não se materializam: uma corda, por exemplo, pode se tornar um dispositivo de fuga, ou usado para tirar a própria vida, ou de outros, uma arma, ou simplesmente uma corda para pular. Uma garrafa pet com água pode ser tornar um punhal, que aberto pode cortar, uma arma ou apenas um peso para praticar exercício. Sua fala remete à impossibilidade de se negociar possibilidades, mas também à marcação polissêmica e multifuncional dos artefatos para se exercitar.

A outra sugestão dada por outro entrevistado é :

Melhorar a alimentação, dar recursos para o hospital e funcionários, dar exercício físico para os presos. Eles precisam de se exercitar, ser estimulados, dar informação para a pessoa não ficar sedentária. No banho de sol, alguns jogam futebol, mas na real é ficar na cela deitado, vendo televisão.

Sua fala remete a uma preocupação com sua saúde e inclusive com a saúde de outros homens que ali trabalham (... dá recursos para os funcionários...). Aponta que esse ambiente não é bom nem para quem ali trabalha.

¹⁶ Trata-se de um termo utilizado pelos presos para se referirem a um dispositivo de fuga, onde são amarradas várias cordas que podem ser inclusive lençóis e toalhas e arremessadas para fora do pavilhão para empreenderem fuga.

Outro momento remete a um discurso que assinala possibilidades e práticas sobre prevenção e promoção a partir do momento que incorporam a alimentação, a atividade física, o cuidado com o corpo e com a mente. Na perspectiva da promoção da saúde, apontam ações que sugerem o aparecimento do componente autonomia.

O próximo capítulo trará uma conclusão que optou-se por ser provisória e parcial, uma vez que o tema escolhido e o material produzido remete a discussões amplamente ricas.

6 CONCLUSÃO

Esta dissertação foi construída a partir de idas e vindas, até a escrita final. Portanto, é produto de um esforço teórico e prático que teve como desdobramentos gerados em termos de conhecimento e, porque não, de denúncia, esclarecendo que esse espaço do qual se iniciou a pesquisa é um lugar novo quanto a práticas e saberes, constituindo-se em verdadeiras fontes de pesquisa ainda pouco exploradas.

Constatou-se isso no momento das revisões da temática sobre Saúde no Sistema Prisional, quando se observou que a literatura é escassa, além disso, nota-se que a maioria dos trabalhos produzidos partem de abordagem quantitativa ou de revisão de literatura e das doenças sexualmente transmissíveis (Aids e hepatites virais), tuberculose e doença mental. Observa-se, ainda, que nessas produções, gênero aparece como sinônimo de mulher. Tal constatação é de extrema importância, pois só reforça as desigualdades de gênero, e, nessas relações de desigualdade entre homens e mulheres, e as diferenças de poder e de acesso aos recursos, traz como consequências dessas desigualdades impactos negativos em suas vidas, em suas saúdes. Tal observação foi de grande relevância, pois grande parte da descrição do homem produzida pelos presos remete a um homem generificado por modelos hegemônicos de masculinidades, marcado pela violência, avesso às práticas de cuidados e possuidor de um corpo doente ou predisposto à doença.

Em relação ao objeto de investigação, no qual se pretendia identificar as produções discursivas a respeito de saúde/doença expressos pelos homens presos, foi possível, a partir dos seus repertórios, encontrar certa polissemia entremeada nos modos de compreender a saúde, e como essas construções trazem ressonâncias aos modos de lidar com os próprios cuidados. No que tange à promoção da saúde, as análises levam à reflexão sobre os discursos de sustentação centrados no saber biomédico e na perspectiva de saúde como ausência de doença, bem como apresentam discursos sobre autonomia, que escapam à dimensão institucional e institucionalizada da prisão. Tal fato é importante, pois a impressão é que a pessoa que está presa só cumpre pena e como estratégia de resistência também produz cuidados.

Uma limitação que, num primeiro momento, poderia causar restrições à pesquisa e contrariar as expectativas foi a impossibilidade de se usar o gravador para coletar os dados. Entre as perdas e ganhos, optou-se pelo ganho, haja vista que foi produzido um material rico e com qualidade nas informações. Haja vista que o uso do gravador pressupõe uma construção da informação e sem o seu uso, o discurso fluiu melhor.

Outro momento que deve ser mencionado não como ponto de limitação, mas como de posicionamento é sobre mulher e uma mulher que é psicóloga em um ambiente masculino. Ressalte-se que naquela unidade prisional grande parte do trabalho que faz parte da ressocialização do preso são realizados por mulheres (assistentes sociais, psicólogas, enfermeiras e advogadas). Isso requer um posicionamento, pois, às vezes, o único contato que o preso tem com mulher é através dessas profissionais. Portanto, seguindo tal posicionamento enquanto mulher e pesquisadora constantemente era preciso lembrar o papel ali desempenhado. Na mesma direção, o posicionamento também frente aos agentes penitenciários masculinos, que vê a mulher como “a boazinha, que conversa com preso”.

Outra observação que merece destaque na realização do trabalho foi que os presos respondem cotidianamente a perguntas sobre praticamente todos os setores de sua vida, incluindo a prática criminal e as rotinas na prisão. Portanto, a presença enquanto pesquisadora precisou a todo o momento ser reiterada sobre o que se pretendia com aquela pesquisa, para não gerar desconfiças sobre as informações prestadas e o seu destino.

A pesquisa apontou também que naquele ambiente existem outros homens envolvidos naquele cenário. Entre eles os agentes de segurança penitenciários, diretores, juízes, policiais militares, advogados e outros técnicos que em outro momento poderia ser estudados.

Com isso, este trabalho nasce como fio condutor para novos conhecimentos sobre a saúde de homens presos e suas interfaces. Assim, a intenção é a de contribuir, sem a pretensão de se esgotar o tema, pois acredita-se que os resultados poderão expandir as discussões, tanto na área da saúde quanto na área da segurança pública.

Portanto, se é necessário se fazer uma conclusão, que seja provisória e parcial.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar. Modelos de determinação social das doenças crônicas não transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 865-884, 2004. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000400009&script. Acesso em 04 nov. 2012.

ALMEIDA, Miguel Vale de. Gênero, Masculinidade e Poder: Revendo um caso do sul de Portugal. **Anuário Antropológico/95**, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, p.161-189. 1996. Disponível em: miguelvaledalmeida.net/wp.../2008/.../genero-masculinidade-e-poder.p. Acesso: em 03 out. 2013.

AKERMAN, Marco. **Saúde e desenvolvimento local: princípios, conceitos, práticas e cooperação técnica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

AQUINO, Estela Maria Leão de. Saúde do homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade? **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2005, vol.10, n.1, pp. 19-22. ISSN 1413-8123. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232005000100004&script. Acesso em 06 mai. 2013.

ASSIS, Rafael Damaceno de. A realidade atual do Sistema Penitenciário Brasileiro. **Revista CEJ**. Brasília, Ano XI, n. 39, p. 74-78, out./dez. 2007, pp. 74-78. Disponível em: <http://www.cjf.jus.br/revista/numero39/artigo09.pdf>. Acesso em 12 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Departamento Penitenciário Nacional**. Brasília: 2009. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJ.> >. Acesso em: 09 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Resolução 14**, de 11 de novembro de 1994. Dispõe sobre as Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil. Disponível em: portal.mj.gov.br/services/.../FileDownload.EZTSvc.asp?...3AD2... Acesso em 02. Jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Resolução 05**, de 19 de julho de 1999. Dispõe sobre as Diretrizes Básicas de Política Criminal e Penitenciária, e dá outras providências. Disponível em: portal.mj.gov.br/services/.../FileDownload.EZTSvc.asp?...6D4B. Acesso em 12 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Resolução 07**, de 14 de abril de 2003. Dispõe sobre as Diretrizes Básicas para as Ações de Saúde nos Sistemas Penitenciários. Disponível em: portal.mj.gov.br/sedh/ct/conanda/resolucoes/resolucoes.htm. Acesso em 12 jan. 2013.

BRASIL, Ministério da Justiça. **Resolução 16**, de 17 de dezembro de 2003. Dispõe sobre as Diretrizes Básicas de Política Criminal quanto à prevenção do delito, administração da justiça criminal e execução das penas e das medidas de segurança. Disponível em: portal.mj.gov.br/.../MJE9614C8CITEMIDD4BA0295587E40C6A2C6F7. Acesso em: 12 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Resolução 03**, de 23 de setembro de 2005. Dispõe sobre as Diretrizes para elaboração de projetos e construção de unidades penais no Brasil. Disponível em: portal.mj.gov.br/.../MJE9614C8CITEMIDD4BA0295587E40C6A2C6F7. Acesso em 12 jan. 2013.

BRASIL. **Código de Processo Penal**. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em 15 jul. 2012.

BRASIL. **Lei nº 10.792**, de 1 de dezembro de 2003. Altera a Lei nº 7.210, de 11 de junho de 1984 - Lei de Execução Penal e o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 - Código de Processo Penal e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm. Acesso em: 18 de ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes)**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas: Brasília: 2008. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/download.htm>. Acesso em: 09 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1777**, de 09 de setembro de 2003. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. 2.ed. Brasília: MS, 2005, p.23-45. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/download.htm>. Acesso em 04 jul. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://www.saude.gov.br/download.htm>. Acesso em: 14 jul. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Plano de Ação Nacional 2009-2011 da**

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Lei nº 7.210, de 02 jul. 1984. Lei de Execução Penal. **Coletânea de Legislação e Jurisprudência, Legislação Federal e Marginália**, São Paulo, v. 50, p.658-662, jul. 1986. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm. Acesso em 15 mai. 2012.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988. 168p. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em 15 mai. 2012.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em 20 set. 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196 de 1996**. Estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília. Disponível em: conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/reso196.doc. Acesso em 03 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**. Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá. Brasília, Ministério da Saúde. 2001.

BRASIL Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.679**, de 12 de agosto de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2013/pri1679_12_08_2013.html. Acesso: em 03 mai. 2013.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):163-177, 2000. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf. Acesso em 17 fev.2012.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao Conceito de Promoção da saúde. P.15-38. In: CZERESNIA, Dina, FREITAS, Carlos Magalhães (Orgs). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.

CARVALHO, Bruna. Crise no Complexo de Pedrinhas, em São Luís, não é caso isolado. Intervenção federal enfrenta obstáculos jurídicos e políticos. **Carta Capital**, 07 jan. 2014. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/sociedade>. Acesso em 010 jan. 2014.

CARVALHO, Sérgio Resende de. **Saúde coletiva e promoção à saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança**. 2002. 184f. Tese. (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000284868>. Acesso em 09 jan. 2012.

CARVALHO, Sérgio Resende de; GASTALDO, Denise. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(Sup 2):2029-2040, 2008.

CARVALHO, Sergio Resende de. As contradições da promoção da saúde em relação a produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(3):669-678, 2004. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000300018...sci. Acesso em 19 mai. 2012.

CARRARA, Sérgio; RUSSO, Jane; FARO, Livi. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19 [3]: 659-678, 2009. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000300006&script... Acesso em 26 mar. 2013.

CASTIEL, Luis David. **A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 204 p. ISBN 85-85676-70-1. Disponível em SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

CASTIEL, Luis David. Identidades sob risco ou risco como identidade? A saúde dos jovens e a vida contemporânea. **R. Inter. Interdisc. INTERthesis**, Florianópolis, v.4, p. 02-16, jul./dez. 2007. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/download>. Acesso em 24 mar.2013.

CASTIEL, Luis David. Utopia/atopia - alma ata, saúde pública e o “cazaquistão”. **R. Inter. Interdisc. INTERthesis**, Florianópolis, v.9, p. 02-16, jul./dez. 2012. Disponível em: [tps://periodicos.ufsc.br/index.../interthesis/.../1807-1384.2012v9n2p62](https://periodicos.ufsc.br/index.../interthesis/.../1807-1384.2012v9n2p62). Acesso em 24 mar.2013.

CASTIEL, Luis David. Dêdalo e Dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 79-96.

CASTIEL, Luis David; SILVA, Paulo Roberto. A noção de “estilo de vida” em promoção de saúde: um exercício crítico de sensibilidade epistemológica. In: GAGRICHEVSKY, Marcos (Org.) **A Saúde em debate na Educação Física**. Blumenau: Nova Letra, 2006. Cap.3. p. 67-92.

COELHO, Sandra Maria Pinheiro de Freitas; CARLOTO, Cássia Maria. Os sentidos da masculinidade nas relações de gêneros e a violência afetivo-conjugal. **Revista Textos e Contextos**, Porto Alegre v. 6, n. 2, jul./dez. 2007. Disponível em revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/download/.../3254. Acesso: em 12 dez. 2013.

CONNEL, Robert W. **La organización social de La masculinidade**. Biblioteca Virtual de Ciencias Sociales. 1997. Disponível em: www.cch.unam.mx/.../www.../La_Organizacion_Soc. Acesso: em 01 fev. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP nº 009**, 29 de junho de 2010. Regulamenta a atuação do psicólogo no sistema prisional. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/>. Acesso em: 19 de set. 2012.

COUTO, Márcia Thereza et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.14, n.33, p.257-70, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso: em 07 jul. 2012.

CRUZ, Fernanda. Ministro diz que prefere a morte a cumprir pena no Brasil "Eu tenho é que melhorar o meu sistema". **Carta Capital**, 13 nov. 2012. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/sociedade>. Acesso: em 01 jan. 2014.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (Org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 39-54.

CZERESNIA, Dina. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, mar/Abr. 2004. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000200012&script... Acesso: em 03 mai. 2013.

DAMAS, Fernando Balvedi. **Saúde Mental no Sistema Prisional: as prisões catarinenses na perspectiva da saúde coletiva**. 2011. 260f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Disponível em: <http://www.bu.ufsc.br/boletimBibliograficov4052012.pdf>. Acesso: em 22 nov. 2012.

DARSIE, Camilo; ZAGO, Luiz Felipe. Onde andarรก o homem de Marlboro? corpo-currículo, gênero e saúde em imagens de fumantes. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2012. ISSN 2179-510X. Disponível em: www.fazendogenero.ufsc.br/.../1382022758_. Acesso: em 05 fev. 2014.

DEUTSCHE, Welle. Prisões brasileiras têm um 'Carandiru' a cada três anos: Para especialistas, 20 anos após massacre de 111 detentos, sistema carcerário piorou e continua barril de pólvora. **Carta Capital**, 17 abr 2013. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/sociedade>. Acesso em 01 jan. 2014.

DIAS, Camila Caldeira Nunes. **Da pulverização ao monopólio da violência: expansão e consolidação do Primeiro comando da Capital (PCC) no sistema carcerário paulista**. 2011. 386 f. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo. Programa de Pós-graduação em Sociologia. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-13062012-164151/. Acesso em 03 set.2013.

DOTTI, René Ariel. **Bases e alternativas para o sistema de penas**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1998.

FERREIRA, Marcos Santos. **Agite antes de usar... A promoção da saúde em programas brasileiros de promoção da atividade física: o caso do Agita**. 2008. 252f. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4421/2/313.pdf>. Acesso em 06 out.2013.

FERREIRA, Marcos, Santos; CASTIEL, Luis David; CARDOSO, Maria Helena Cabral de Almeida. Promoção da Saúde: entre o conservadorismo e a mudança. In: **XV Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e II Congresso Internacional de Ciências do Esporte**, 2007, Recife. Política Científica e Produção do Conhecimento em Educação Física, 2007. p. 1-7. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700018. Acesso: em 18 jan. 2013.

FERREIRA NETO, João Leite et al. Apontamentos sobre Promoção da Saúde e Biopoder. **Saúde e Soc**. v.18. n. 3, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n3/10.pdf>. Acesso em 02 jun. 2012.

FERREIRA NETO, João Leite; KIND, Luciana. **Promoção da saúde: práticas grupais na estratégia saúde da família**. Belo Horizonte: ITEC, 2011.

FIALHO, Fabrício Mendes. **Uma crítica ao conceito de masculinidade hegemônica**. Instituto de Ciências Sociais Universidade de Lisboa. Disponível em:

www.ics.ul.pt/publicacoes/workingpapers/wp2006/wp2006_9.pdf. Acesso: em 03 set. 2013.

FIGUEIREDO, Wagner dos Santos. **Masculinidades e Cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária**. 2008. 295f. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-15122008-155615/pt-br.php>. Acesso em: 12 jan.2013.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade: O uso dos prazeres**. 8.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FOUCAULT, Michel. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau, 1996.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Trad. Roberto Machado. 19.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**. 22.ed. Petrópolis: Vozes, 2000

FRAGA, Alex Branco. Promoção da vida ativa: nova ordem físico-sanitária na educação dos corpos contemporâneos. In: BARGUICHESKY, Marcos; PALMA Alexandre; ESTEVÃO, Adriana (Orgs). **A saúde em debate na educação física – volume 2**. Cap. 5. p.100-113. Blumenau: Nova Letra, 2006.

GOIS, Swyanne Macêdo et. al. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(5):1235-1246, 2012. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000500017&script. Acesso: em 08 mai. 2012.

GOMES, Romeu. **A saúde do Homem em Foco**. São Paulo: Unesp, 2010. 92p.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad. Saúde Pública**. 2006, vol.22, n.5, pp. 901-911. ISSN 0102-311X. Acesso em 18 jul. 2013.

GOMES, Romeu et al. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com

ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p.565-574, mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso: em 05 jul. 2012.

LALONDE, Marc. **A new perspective on the health of Canadians. A working document**. Minister of National Health and Welfare. 1981. 77p. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2012.

LYRA, Jorge. **Homens, feminismo e direitos reprodutivos no Brasil: uma análise de gênero no campo das políticas públicas (2003-2006)**. 2008. 262f. Tese (Doutorado) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2008fonseca-jlcl.pdf>. Acesso em: 03 out. 2013.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge. Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, v. 16, n3, set/dez. 2008. Disponível em www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2008000300005&script. Acesso em 18 fev. 2013.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge; AZEVEDO, Mariana; NOCA, Noemi. Reflexões irônicas sobre gestão pública dos homens na saúde: entre a disciplina e a positividade do risco. In MEDRADO, Benedito. (Org.) **Homens e masculinidades: práticas de intimidade e políticas públicas**. Recife: Instituto PAPAI, 2010. Disponível em: www.papai.org.br/masculinidades2010/. Acesso em 09 out. 2013.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge; VALENTE, Marcio; AZEVEDO, Mariana; NOCA, Jessica. A construção de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. In: Zeidi Araújo Trindade; Maria Cristina Smith Menandro; Célia Regina Rangel Nascimento. (Org.). **Masculinidades e Práticas de Saúde**. Vitória/ES: GM Editora, 2011, v. 1, p. 27-36.

MINAS GERAIS. **Secretaria de Estado de Defesa Social**. Subsecretaria de Administração Prisional. Disponível em: <https://www.seds.mg.gov.br>. Acesso: em 02 ago. 2012.

MIRABETE, Júlio Fabbrini. **Execução Penal**. 10.ed. São Paulo: Atlas, 2002, p. 24.

MONT'ALVERNE NETO, Rosana de. **Correspondências do Cárcere: Um estudo sobre a linguagem de prisioneiros**. 2009. 162 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-graduação em Educação. Disponível em www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/FAEC-84PJD5. Acesso em 09 ago. 2012.

MÜLLER, Rita Flores. **Violência, vulnerabilidade e risco na política nacional de atenção integral à saúde do homem**. v.3, n2, jul/dez. 2012. Disponível em: revistaepos.org/?p=844. Acesso: em 02 out. 2013.

NASCIMENTO, Pedro. Homens e saúde: diversos sentidos em campo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10 (1):18-34, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100006. Acesso: em 05 dez. 2012.

NEGRELLI, Andréia Maria. **Suicídio no Sistema Carcerário: Análise a partir do perfil biopsicossocial do preso nas instituições prisionais do Rio Grande do Sul**. 2006. 103f. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Direito. Disponível em: www.dominiopublico.gov.br/download/teste/arqs/cp034016.pdf. Acesso em: 19 nov. 2012.

NOCA, Noemi Jéssica Macedo Santos. **Produções discursivas sobre saúde e masculinidades em um serviço público de atenção à saúde dos homens**. 2011. 134f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco - Programa de Pós-graduação em Psicologia. Disponível em: www.ufpe.br/.../noca%20noemi%20jssica%20macedo%20santos.pdf. Acesso em: 08 out. 2013.

QUIRINO, Túlio Romério Lopes. **A produção de cuidados no cotidiano de um serviço de atenção à saúde do homem**. 2012. 167f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco - Programa de Pós-graduação em Psicologia. Disponível em: www.ufpe.br/pospsicologia/.../quirino%20tlio%20romrio%20lopes.pdf. Acesso em: 12 out. 2013.

PACHECO, Pedro José. **Práticas psicológicas o sistema penitenciário de regime fechado**. 2002. 184 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul – Instituto De Psicologia Programa De Pós-Graduação Em Psicologia Social e Institucional. Disponível em: www.urisantiago.br/.../detalhe.php?...Sistema%20reprodutor...%20Pr%E... Acesso em: 18 out.2012.

PINHEIRO, Odette de Godoy. Entrevista: uma prática discursiva. In: SPINK, M. J. (org.) **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999.

RODRIGUES, Alex. Brasil é denunciado à OEA por más condições de presídio em Porto Alegre. **Carta Capital**, 10 jan. 2013. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/sociedade>. Acesso em 01 jan. 2014.

RONDINA, Regina de Cássia; GORAYEB, Ricardo; BOTELHO, Clóvis. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v.33, n.5, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v33n5/v33n5a16.pdf>. Acesso: em 19 dez. 2013.

ROSE, Nikolas. Inventando nossos eus. In: SILVA, Tomaz Tadeu. (Org.). **Nunca fomos humanos – nos rastros do sujeito**. Cap. 4, p. 137-204. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.5, mai. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso: em 09 jul. 2012.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, v.2, n.16. 1989. Disponível em: <http://wesleycarvalho.com.br/wp-content/uploads/G%C3%AAnero-Joan-Scott.pdf>. Acesso: em 02 dez. 2012.

SILVA, Kênia Lara. **Promoção da Saúde em espaços sociais da vida cotidiana**. 2009. 182f. UFMG Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem. Disponível em: www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/. Acesso em 05 mai. 2012.

SOUZA, Edinilsa Ramos de. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.1. 2005. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000100012&script. Acesso: em 03 fev. 2013.

SPINK, Mary Jane; FREZZA, Rose Mary. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3.ed. Cap. 1, p. 17-39. São Paulo: Cortez, 2004.

SPINK; Mary Jane Paris; LIMA, Helena. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, Mary Jane Paris. (Org.) **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2004. Cap. 4, p. 93-122.

SPINK, Mary Jane; MEDRADO, Benedito. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, Mary Jane (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2004. Cap. 2, p. 41-62.

SPINK, Mary Jane. Ser Fumante em um Mundo Antitabaco: reflexões sobre riscos e exclusão social. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.3, p.481-496, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/02.pdf>. Acesso: em 12 fev. 2014.

STROPA, André; ALMEIDA, Alexander Moreira. Saúde e Espiritualidade. In: SALGADO, Mauro Ivan; Freire, Gilson (Orgs.). **Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina**. 2008. Cap. 20, p. 427-443. Belo Horizonte: Inede.

TAGLIAMENTO, Grazielle. **Com a palavra, o prover: uma análise das masculinidades produzidas em contextos familiares nos quais a mãe é a provedora**. 2007. 121f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal De Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Psicologia. Disponível em: <http://www.cfh.ufsc.br/~ppgp/Grazielle%20Tagliamento.pdf>. Acesso em 13 out. 2013.

TORRÃO FILHO, Amílcar. Uma questão de gênero: onde o masculino e o feminino se cruzam. **Cadernos Pagu**, v.24, jan/jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a07.pdf>. Acesso: em 03 fev. 2013.

APÊNDICE A – CARTA DE APRESENTAÇÃO



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA

Belo Horizonte, 30 de outubro de 2012.

Senhor Superintendente de Atendimento ao Preso (SAPE) da Secretaria de Estado de Defesa Social,

Dr. Helil Bruzadelle Pereira da Silva.

Comunico-lhe que Andréia Resende dos Reis, portadora da Cédula de Identidade RG nº MG7785368, CPF nº 3116161607, residente à Rua Faisão, nº 235, bairro Flávio Marques Lisboa, na cidade de Belo Horizonte, fone (031)86149006, é aluna regularmente matriculada no curso de Pós-graduação em Psicologia da PUC Minas.

Essa aluna realiza projeto para curso de Mestrado, intitulado “A saúde de homens presos: promoção da saúde, relações de poder e produção de autonomia”, sob a orientação da professora Luciana Kind do Nascimento. Consideramos que se trata de bom projeto e que o desenvolvimento do mesmo trará contribuições para os sujeitos implicados na pesquisa, para a comunidade acadêmica interessada no assunto e, sem dúvida, para a área do setor público em que se insere.

Certa de que o Senhor reconhecerá o valor do projeto e aprovará o andamento da pesquisa, coloco-me à disposição para informações que possam ser necessárias.

Atenciosamente,

Profª. Ilka Franco Ferrari

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Programa de Pós-graduação em Psicologia.
Av. Itaú, 525 - Prédio Redentoristas – 1º subsolo - Bairro Dom Cabral
CEP: 30 535-012 – Belo Horizonte – MG
Telefone: (031) 3319-4568 / 3319-4922
E-mail – { [HYPERLINK "mailto:ppgpsi@pucminas.br"](mailto:ppgpsi@pucminas.br) }

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA

Roteiro de Entrevista

- 1 – Qual a sua idade?
- 2 – Há quanto tempo está preso?
- 3 – O que você acha que é saúde?
- 4 – Você se considera com boa saúde?
- 5 – O que você faz para cuidar da sua saúde?
- 6 – Antes da prisão, você costumava procurar assistência à saúde? Onde costumava procurar assistência à saúde? Em que ocasião buscava esse tipo de atendimento?
- 7 – Na prisão, você costuma cuidar da saúde? Em que ocasião procura assistência à saúde?
- 8 – Faz ou já fez uso de algum medicamento? Se sim, qual? Para qual doença?
- 9 – O que você acha que é preciso para você ter mais saúde?
- 10 – Você acha que de modo geral as pessoas presas aqui tem boa saúde?
- 11 – Quem você considera que procura mais assistência médica: homem ou mulher? Por quê?
- 12 – O que você acha que precisaria mudar aqui na penitenciária para melhorar a sua saúde?
- 13 – Há algo mais que queira falar sobre os assuntos abordados?

Agradecimentos.

Programa de Pós-graduação em Psicologia.
Av. Itaú, 525 - Prédio Redentoristas - 1º subsolo - Bairro Dom Cabral
CEP: 30 535-012 - Belo Horizonte - MG
Telefone: (031) 3319-4568 / 3319-4922
E-mail - { [HYPERLINK "mailto:ppgpsl@pucminas.br"](mailto:ppgpsl@pucminas.br) }

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Pró-Reitoria de Pesquisa e de Pós-graduação
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Prezado senhor,

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “A SAÚDE DE HOMENS PRESOS: *promoção da saúde, relações de poder e produção de autonomia*” cujo objetivo principal é analisar como os presos que se encontram no regime fechado de execução da pena privativa de liberdade expressam suas percepções em relação ao cuidado com a sua saúde no cotidiano, identificando-se discursos e/ou práticas de promoção de saúde nesse contexto.

A pesquisa é realizada por mim, Andreia Resende dos Reis, psicóloga e enfermeira, mestranda no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Universidade de Minas Gerais. Sua participação é voluntária, não envolvendo qualquer benefício direto ou custos para você. Sendo sua colaboração importante e necessária para o andamento da pesquisa.

Para sua participação no estudo pede-se que conceda uma entrevista à pesquisadora, que será registrada para facilitar o processo de análise.

A você, será garantido o anonimato e o sigilo das informações que expuser durante a entrevista. As informações a seu respeito serão utilizadas exclusivamente para fins científicos e seus dados, quando expostos, não contarão com detalhes que permitam identificá-lo.

Caso aceite participar, em qualquer momento você poderá solicitar informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, bem como desistir dela e não permitir a utilização de seus dados, sem que haja nenhum prejuízo para você.

Os arquivos gerados por esta pesquisa ficarão arquivados sob responsabilidade da pesquisadora por um período de 5 (cinco) anos, após o qual serão destruídos.

Este estudo tramitou no Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Este se localiza na Av. Dom José Gaspar, 500 - Prédio 43 sala 107, CEP 30.535-610 – Belo Horizonte – Minas Gerais e é coordenado pela Prof^a Cristiana Leite Carvalho, que poderá ser contatada em caso de questões éticas, pelo

Av. Dom José Gaspar, 500 - Fone: 3319-4517 - Fax: 3319-4517
CEP 30535.610 - Belo Horizonte - Minas Gerais- Brasil
e-mail: cep.proppg@pucminas.br

Cristiana Leite Carvalho, que poderá ser contatada em caso de questões éticas, pelo endereço acima citado ou telefone (31) 3319-4517 ou e-mail cep.proppg@pucminas.br. Contato realizado por telefone ou e-mail só poderão ser efetuados por familiares ou funcionários da unidade prisional.

CONSENTIMENTO:

Eu, como entrevistado, afirmo que fui devidamente orientado sobre o objetivo e finalidade da pesquisa, bem como da utilização dos dados exclusivamente para fins científicos e sua divulgação posterior, sendo que meu nome será mantido em sigilo.

Nome do entrevistado: _____

Assinatura: _____

Data: __ / __ / __.

Pesquisadora: Andreia Resende dos Reis

Assinatura: _____

Data: __ / __ / __.

APÊNDICE D – SÍNTESE DAS PRINCIPAIS REFERÊNCIAS TEÓRICAS

Tema	Contribuição	Principais autores
Prisões e Presos	Ressocialização, prisões, panóptico	Dotti (1998) Foucault (1999, 2000), Mirabete (2002), Assis (2007)
Gênero	Modelos de Gênero, construção de gênero, poder	Scott (1989)
Homens e masculinidades	Masculinidades como construção cultural, várias masculinidades, masculinidade hegemônica	Medrado (2008), Lyra, (2008), Connell (1997), Almeida (1996)
Homem e saúde	Saúde do homem	Aquino (2005), Gomes (2006), Figueiredo (2008), Medrado (2008), Lyra (2008), Carrara (2009), Schraiber (2010),
Promoção Da Saúde	Autonomia, risco, promoção da saúde	Carvalho (2002), Buss (2003), Czeresnia (2004), Almeida Filho (2004), Ferreira Netto e Kind (2009, 2011), Silva (2009), Castiel (2012)
Fundamentos construcionistas	Construcionismo	Spink e Frezza (2004),
Práticas discursivas e produção de sentidos	Práticas discursivas	Spink e Medrado (2004)

ANEXO A – COMPROVANTE DE ENVIO - PLATAFORMA BRASIL

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE MINAS GERAIS -
PUCMG

**COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A SAÚDE DE HOMENS PRESOS: promoção da saúde, relações de poder e produção de autonomia

Pesquisador: Andreia Resende dos Reis
Versão: 1

CAAE: 08782212.7.0000.5137

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - PUCMG

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 043455/2012

Endereço: Av. Dom José Gaspar, 500 - Prédio 03, sala 228
Bairro: Coração Eucarístico **CEP:** 30.535-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3319-4517 **Fax:** (31)3319-4517 **E-mail:** cep.proppg@pucminas.br

ANEXO B – CIRCULAR/SAPE - ORIENTAÇÕES



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PRISIONAL
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENDIMENTO AO PRESO

CIRCULAR/SAPE 048/2012

Belo Horizonte, 03 de Maio de 2012.

Para: Diretores Gerais / Diretores de Atendimento / Diretores Administrativos / Diretores de Segurança das Unidades Prisionais.

Prezados Diretores

Tendo em vista a grande demanda de solicitações referentes à autorização de projetos/pesquisa de cunho científicos, que tem como objetivo, proporcionar conhecimentos e estudos sobre os fenômenos que abrangem o Sistema Prisional de Minas Gerais, segue as orientações/diretrizes referentes à entrada e permanência de estudantes/pesquisadores vinculados a Instituição de Nível Superior – MEC, em Unidade Prisional:

PARA ANÁLISE E DEFERIMENTO:

1. Envio do projeto de cunho científico (vinculado a Instituição de Nível Superior- MEC) para análise e deferimento da equipe técnica da Diretoria competente a área de interesse.
2. Envio de carta de apresentação com papel timbrado da Instituição de Ensino contendo: nomes completos dos pesquisadores, nome do orientador/supervisor e assinatura e carimbo do responsável pela instituição de ensino (coordenador e ou diretor).

OBS: A presente pesquisa não pode ser facultada como estágio.

APÓS DEFERIMENTO:

Responsabilidade do Pesquisador/Instituição de Ensino:

3. Submeter-se ao cadastro de antecedentes e vínculo familiar, realizado na unidade prisional.
4. Submeter-se aos procedimentos de segurança (Revista e Retenção de Pertences de acordo com o Procedimento Operacional Padrão- POP) para entrada na Unidade Prisional.
5. Atentar-se para o cumprimento do horário:
 - Pré-estabelecer os dias e horários de entrada e permanência do pesquisador com a Direção da Unidade Prisional.
 - O prazo de atraso para a entrada do pesquisador fica estabelecido de 30 minutos de tolerância.

Superintendência de Atendimento ao Preso - Endereço: Rodovia Prefeito Américo Gianetti S/Nº - 4º Andar Serra Verde -
Cidade Administrativa - Belo Horizonte - MG - Telefones: (31) 3915-5639



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PRISIONAL
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENDIMENTO AO PRESO**

- No caso de não comparecimento ao dia definido, o pesquisador deve comunicar sua falta e fica a critério da direção a marcação de outro data.
6. Atentar-se para a adequação de comportamentos:
- Frente a Postura:
- Evitar contatos desnecessários com os presos, bem como a recusa e o repasse de informações.
 - É expressamente proibido a entrega e doação de pertences do pesquisador ao preso.
7. Atentar-se para a adequação do vestuário:
- Homens: Não é permitido - Boné, Regata, Bermuda, Chinelo, Óculos escuro, outros pertences de uso pessoal como celular e demais aparelhos digitais.
 - Mulheres: Não é permitido roupa curta, decotadas, regata, salto, e outros pertences de uso pessoal como brincos e adereços pontiagudos e grandes, celular e demais aparelhos digitais.
 - Para Homens e Mulheres: Não é permitido – roupas nas cores, Preto, Vermelho, Cinza, Bege e Camuflado.
8. Em relação ao acesso aos Prontuários Padronizados de Saúde dos Presos - PGPS, estes somente serão disponibilizado mediante autorização do diretor e autorização por escrito do preso selecionado para o estudo e com ciência do Juiz.
9. É expressamente proibido: Gravações de Imagens e Voz.
10. Seguir as orientações da Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisa envolvendo seres humanos: “São sigilosos os dados dos prontuários, bem como, a identificação do preso e ou do funcionário e da unidade prisional, por isso esses devem ser resguardados”.
11. Verificar as normas vigentes em relação aos procedimentos das informações coletadas bem como a divulgação dos dados/resultados em meio de comunicações.
12. Em caso de desistência e ou substituição do pesquisador, a Instituição de Ensino, deve encaminhar nova carta de apresentação e o mesmo deve se submeter aos trâmites apresentados no item 3.

Responsabilidade da Direção/Unidade Prisional:

13. Registrar/Verificar no Sistema Prodemge: o cadastro de antecedentes e vínculo familiar. Ficando a cargo da Direção os procedimentos legais frente a este item.
14. Comunicar ao pesquisador com antecedência sempre que possível sobre alteração de data e horário da realização da pesquisa.



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PRISIONAL
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENDIMENTO AO PRESO**

15. Disponibilizar, sempre que possível, um agente de segurança para acompanhar os pesquisadores as respectivas áreas da Unidade Prisional a ser pesquisada.
16. Zelar pelo pertence retido do pesquisador bem como fazer todas as orientações de rotina.
17. Comunicar por escrito, sempre que possível, as Superintendências, das ocorrências de não cumprimento das orientações/diretrizes desta circular.

Na oportunidade, reiteramos nossos protestos de estima consideração.

Atenciosamente;

Helli Bruzadelli Pereira da Silva
Superintendência de Atendimento ao Preso

André Luiz Teixeira Mourão
Superintendência de Segurança Prisional

Murilo Andrade de Oliveira
Subsecretaria de Administração Prisional

ANEXO C – MEMO/SAPE - AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PRISIONAL
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENDIMENTO AO PRESO
DIRETORIA DE SAÚDE E ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL

Memo/SAPE/DSP-009/2013-FF

Belo Horizonte, 08 de janeiro de 2013.

Para: **Luiz Carlos Danunzio**
Diretor Geral do Complexo Penitenciário Nelson Hungria

Assunto: autorização para pesquisa

Senhor Diretor,

Em resposta a solicitação de autorização da pesquisa de mestrado, intitulada, A SAÚDE DE HOMENS PRESOS: promoção da saúde, relações de poder e produção de autonomia, advinda da coordenação do curso de Pós – Graduação *STRICTO SENSU* em Psicologia da Universidade Católica de Minas Gerais - PUC, que será realizada no Complexo Penitenciário Nelson Hungria em Contagem, informamos que a mesma poderá ser realizada mediante ao cumprimento das orientações/diretrizes referentes à entrada e permanência de estudantes/pesquisadores em Unidade Prisional - CIRCULAR/SAPE 048/12 (anexo).

Pesquisadora:

Andréia Resende dos Reis – RG: MG7785368

Orientadora:

Profa Ilka Franco Ferrari

Fica a cargo da Coordenação da Instituição de Ensino Superior fazer o contato com a direção da Unidade Prisional que será pesquisada para realizar o agendamento da pesquisa.

Superintendência de Atendimento ao Preso
Diretoria de Saúde e Atendimento Psicossocial
Endereço: Cidade Administrativa do Estado de Minas Gerais
Rodovia Prefeito Américo Gianetti, s/n - Edifício Minas - 4º andar - Belo Horizonte - MG
Telefones: (31) 3915-5616/5650 - e-mail: saso@defesasocial.mg.gov.br




GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PRISIONAL
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENDIMENTO AO PRESO
DIRETORIA DE SAÚDE E ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL

Ressalta-se que é de responsabilidade da Direção da Unidade Prisional a ser pesquisada repassar todas as orientações pertinentes ao pesquisador, além do monitoramento do cumprimento destas.

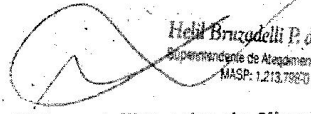
A Diretoria de Saúde e Psicossocial – DSP/SAPE está à disposição para maiores esclarecimentos (31) 3915 5657 - Fabiana.

Aproveitamos a oportunidade para reiterar nossos protestos de distinta consideração

Atenciosamente


Fabiana Fernandes da Silva
Assessora Técnica da Diretoria de
Saúde e Atendimento Psico-Social
MASP: 1241542-2

Jobert Gabriel de Sousa
Diretor de Saúde e Atendimento Psicossocial


Helil Bruzadelli P. da Silva
Superintendente de Atendimento ao Preso
MASP: 1.213.7987-0

Helil Bruzadelli Pereira da Silva
Superintendente de Atendimento ao Preso

Superintendência de Atendimento ao Preso
Diretoria de Saúde e Atendimento Psicossocial
Endereço: Cidade Administrativa do Estado de Minas Gerais
Rodovia Prefeito Américo Gianetti, s/n – Edifício Minas – 4º andar – Belo Horizonte – MG
Telefones: (31) 3915-5616/5650 – e-mail: sase@defesasocial.mg.gov.br

ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE MINAS GERAIS -
PUCMG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A SAÚDE DE HOMENS PRESOS: promoção da saúde, relações de poder e produção de autonomia.

Pesquisador: Andreia Resende dos Reis

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 14184113.6.0000.5137

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - PUCMG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 292.494

Data da Relatoria: 24/05/2013

Apresentação do Projeto:

Estudo qualitativo que busca analisar como os presos, que se encontram no regime fechado de execução da pena privativa de liberdade, expressam suas percepções em relação ao cuidado com a sua saúde no cotidiano e a partir daí identificar as práticas e os discursos relacionados com a promoção de saúde no sujeito apenado. Espera-se que este estudo possa "trazer mais subsídios para o conhecimento do trabalho efetivamente desenvolvido no campo da saúde e da justiça; contribuir para criação de novas metodologias de intervenção neste campo; discutir o redimensionamento da formação acadêmica dos profissionais de saúde e equipe multiprofissional". O estudo será realizado no Complexo Penitenciário Nelson Hungria. São critérios de inclusão de sujeito: concordância e assinatura do TCLE; tempo superior a um ano de pena a cumprir; e de exclusão: pena inferior a um ano. O instrumento de coleta será uma entrevista semi-dirigida, que será analisada pelo método de "Análise de conteúdo".

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Analisar como os presos que se encontram no regime fechado de execução da pena privativa de liberdade expressam suas percepções em relação ao cuidado com a sua saúde no cotidiano, identificando se práticas e/ou discursos de promoção de saúde nesse contexto.

Endereço: Av. Dom José Gaspar, 500 - Prédio 03, sala 228
Bairro: Coração Eucarístico **CEP:** 30.535-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3319-4517 **Fax:** (31)3319-4517 **E-mail:** cep.proppg@pucminas.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE MINAS GERAIS -
PUCMG



Continuação do Parecer: 292.494

Específicos: Identificar os sentidos a respeito de saúde/doença expressos pelos presos que se encontram no regime fechado de execução da pena privativa de liberdade; Analisar como estes presos, através de suas práticas e/ou discursos, percebem sua saúde; Investigar a relação entre promoção da saúde, relações de poder e produção de autonomia para o cuidado com a saúde na percepção destes presos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCO: O estudo não oferece riscos uma vez que, caso se sinta desconfortável, o respondente poderá deixar de responder a questão.

BENEFÍCIO: Trazer mais subsídios para o conhecimento do trabalho efetivamente desenvolvido no campo da saúde e da justiça; Contribuir para criação de novas metodologias de intervenção neste campo; Discutir o redimensionamento da formação acadêmica dos profissionais de saúde e equipe multiprofissional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

ndn.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto, Autorização da Instituição Prisional, TCLE, questões da entrevista semi-dirigida - estão coerentes e atendem os preceitos éticos.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Dom José Gaspar, 500 - Prédio 03, sala 228
Bairro: Coração Eucarístico CEP: 30.535-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3319-4517 Fax: (31)3319-4517 E-mail: cep.proppg@pucminas.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE MINAS GERAIS -
PUCMG



Continuação do Parecer: 292.494

BELO HORIZONTE, 04 de Junho de 2013

Assinador por:
CRISTIANA LEITE CARVALHO
(Coordenador)

Endereço: Av. Dom José Gaspar, 500 - Prédio 03, sala 228
Bairro: Coração Eucarístico CEP: 30.535-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3319-4517 Fax: (31)3319-4517 E-mail: cep.proppg@pucminas.br