

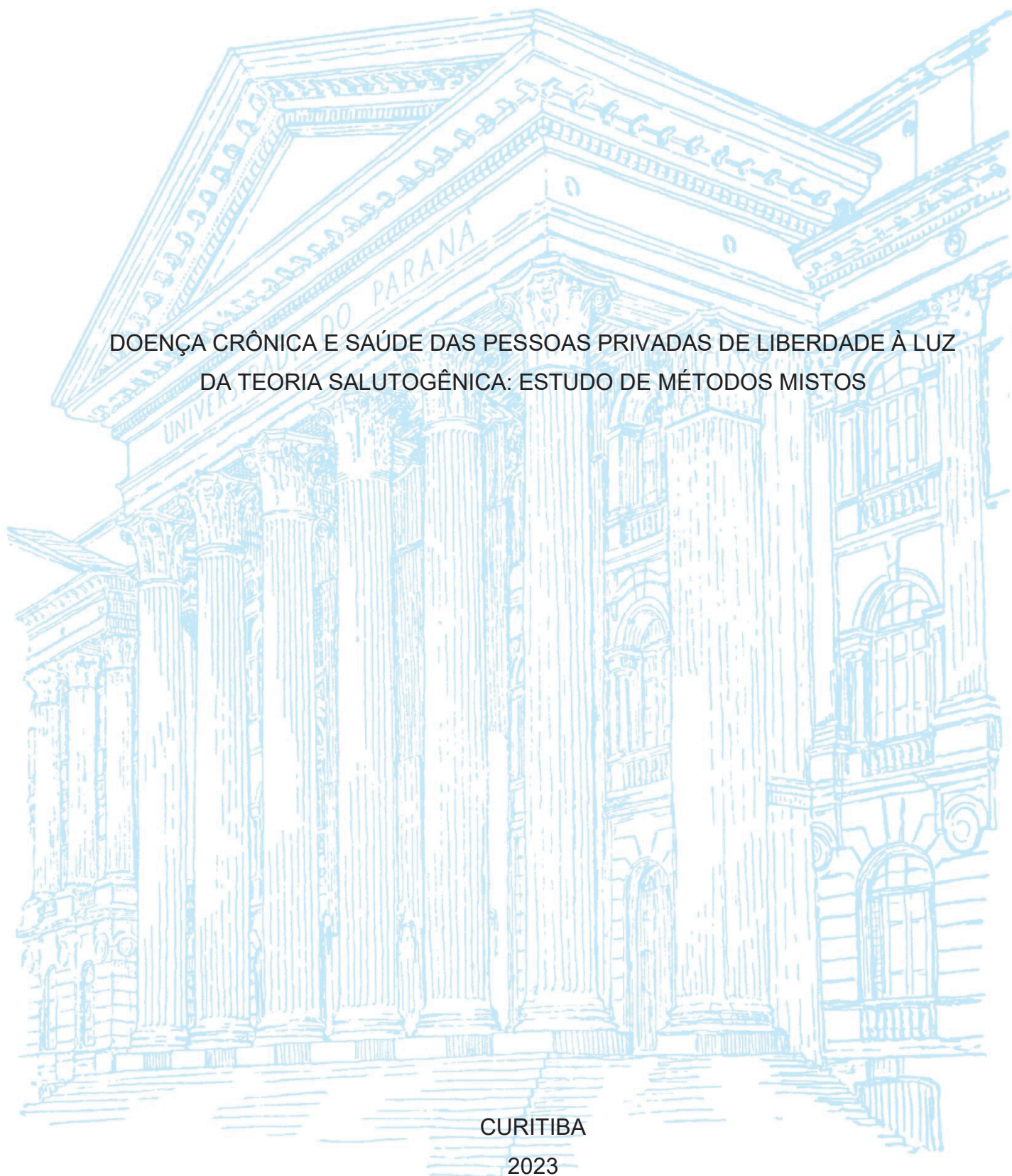
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARTA COSSETIN COSTA

DOENÇA CRÔNICA E SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE À LUZ
DA TEORIA SALUTOGÊNICA: ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS

CURITIBA

2023



MARTA COSSETIN COSTA

DOENÇA CRÔNICA E SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE À LUZ
DA TEORIA SALUTOGÊNICA: ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS

Tese apresentada à banca de defesa do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Prática Profissional de Enfermagem

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas de Educação, Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Mantovani

Coorientação: Prof.^a Dr.^a Fernanda Moura D'Almeida Miranda

CURITIBA

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

Costa, Marta Cossetin

Doença crônica e saúde das pessoas privadas de liberdade à luz da teoria salutogênica [recurso eletrônico]: estudo de métodos mistos / Marta Cossetin Costa – Curitiba, 2023.

1 recurso online : PDF

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2023.

Orientador: Profa. Dra. Maria de Fátima Mantovani

Coorientador: Profa. Dra. Fernanda Moura D'Almeida Miranda

1. Doença crônica. 2. Prisões. 3. Prisioneiros. 4. Saúde do adulto. 5. Senso de coerência. I. Mantovani, Maria de Fátima. II. Miranda, Fernanda Moura D'Almeida. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 616.044

TERMO DE APROVAÇÃO

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de **MARTA COSSETIN COSTA** intitulada: **DOENÇA CRÔNICA E SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE À LUZ DA TEORIA SALUTOGÊNICA: ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS**, sob orientação da Profa. Dra. MARIA DE FÁTIMA MANTOVANI, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de doutora está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 22 de Maio de 2023.

Assinatura Eletrônica
22/05/2023 17:13:35.0
MARIA DE FÁTIMA MANTOVANI
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
22/05/2023 14:31:56.0
IVONETE TERESINHA SCHULTER BUSS HEIDEMANN
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA)

Assinatura Eletrônica
23/05/2023 12:06:28.0
DAIANA KLOH KHALAF
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
22/05/2023 14:08:37.0
AIDA MARIS PERES
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
14/06/2023 19:43:04.0
FELISMINA ROSA PARREIRA MENDES
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE DE ÉVORA)

Assinatura Eletrônica
23/05/2023 10:45:23.0
FERNANDA MOURA D'ALMEIDA MIRANDA
Coorientador(a) (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)



À minha família, com amor.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Dra. Maria de Fátima Mantovani, por aceitar percorrer este caminho ao meu lado, guia científico e humano em todos os momentos, seu cuidado e sensibilidade foram meu suporte nos momentos mais difíceis. Meu modelo de ser humano e enfermeira pesquisadora, fortalecedora dos meus recursos para os melhores resultados possíveis. À minha coorientadora, Professora Dra. Fernanda Moura D'Almeida Miranda pela dedicação, encorajamento e sensibilidade. Professoras, agradeço por terem confiado no meu trabalho, suas orientações foram fundamentais na elaboração desta tese, e em minha jornada de construir-me pesquisadora.

À Professora Felismina Rosa Parreira Mendes por me receber na Universidade de Évora, no período de doutorado sanduíche de curta duração, com acolhida sensível e cuidadosa e por suas preciosas contribuições na construção desta tese. E a Universidade de Évora por me proporcionar espaço acadêmico para a realização do período de doutorado sanduíche.

Às professoras Dra. Ivonete Teresinha Schuller Buss Heidemann, Dra. Daiana Kloh Khalaf, Dra. Aida Maris Peres, Dra. Felismina Rosa Parreira Mendes, Dra. Claudia Geovana da Silva Pires e Dra. Luciana Kalinke pelo aceite e participação em minha banca de defesa e auxílio no resultado final desta pesquisa.

À Universidade Estadual do Oeste do Paraná, ao curso de Graduação em Enfermagem, e ao Programa de Pós-Graduação em Educação e seus docentes, que possibilitaram minha formação em Enfermagem e Mestrado em Educação. E à Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, seus docentes, e em especial ao Grupo de estudo multiprofissional em saúde do adulto (GEMSA) da UFPR, pelo acolhimento, troca de conhecimentos, aprendizados e experiências. A luta de todos vocês para a manutenção de um ensino público, gratuito e de qualidade me oportunizou estar aqui.

Aos colegas de caminhada acadêmica, Robson Giovani Paes e Vanessa Piccinin Paz, que foram acolhimento em todos os momentos, formamos uma equipe para a pesquisa e para a vida.

À minha família, por serem meus maiores incentivadores. Ao meu marido Fabio, por compreender as minhas ausências nos momentos dedicados à pesquisa; agradeço o cuidado, amor, dedicação a mim e nossa família. Obrigada por viver

comigo este sonho e acreditar em mim, este título também é seu! Ao meu filho Pedro, por dividir o tempo de dedicação com o Doutorado, você é minha razão de viver, minha mais perfeita produção.

Às mulheres fortes da minha vida, que são exemplos diários de luta e resistência, minha mãe Alvair, minha irmã Márcia, e minhas sobrinhas Lidiane e Ana Laura. Ao meu padrasto Jandir, aos sogros Maria e José, aos(às) cunhados(as) Cláudio, Ezeli e Isac que foram rede apoio para que este doutorado pudesse se concretizar, obrigada por serem presença em minha vida.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Ministério da Saúde (MS) por intermédio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) e do Departamento de Promoção da Saúde (DEPROS), por meio da chamada pública número 27/2020 intitulada “Pesquisa em doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco associados”, pelo apoio financeiro ao subprojeto desta tese.

À Secretária de Segurança Pública e Departamento Penitenciário do estado do Paraná, pela autorização do campo de pesquisa e colaboração com este projeto de pesquisa.

Às pessoas privadas de liberdade que participaram desta pesquisa, pelo tempo dedicado, empenho e envolvimento, em especial nas atividades da fase de intervenção, apesar do viver na prisão.

*Do rio que tudo arrasta
Se diz que é violento
Ninguém diz violentas
Às margens que o cerceiam.
(Bertold Brecht).*

RESUMO

Introdução: As pessoas privadas de liberdade sofrem mudanças em seus hábitos e costumes que podem influenciar em suas vidas e saúde, possuindo direitos a cuidados equivalentes aos da comunidade. **Objetivo:** Apreender a situação de saúde das pessoas privadas de liberdade de um complexo penitenciário brasileiro. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de métodos mistos, com abordagens qualitativa e quantitativas, com pessoas privadas de liberdade do complexo penitenciário, composto de quatro unidades penais, entre abril de 2021 a julho de 2022. Foram três etapas: na primeira, os participantes pertenciam às quatro unidades penais e, na segunda e terceira etapas, apenas uma unidade. Os instrumentos utilizados foram: questionário semiestruturado e senso de coerência; instrumento de dados clínicos e perguntas abertas, de consulta de enfermagem; de literacia em saúde e de conhecimento em hipertensão arterial. A pesquisa obedeceu aos critérios éticos vigentes no Brasil. A análise estatística foi realizada no ambiente R 4.1.1, por meio de análise descritiva e testes de associação ($p < 0,05$). O referencial teórico que sustentou as análises foi a Teoria Salutogênica. **Resultados:** Na primeira etapa participaram 326 pessoas privadas de liberdade, 90,8% do sexo masculino, 53,4% jovens, com idade entre 18 e 29 anos, 43,3% solteiros, 55,8% com escolaridade inferior a nove anos, 61,3% realizavam alguma atividade na unidade penal, 63,2% eram fumantes ou ex-fumantes, 28,2% ingeriam bebida alcoólica e 60,4% usuários ou ex-usuários de drogas ilícitas, 71,2% praticavam atividades físicas, 86,1% avaliaram positivamente o estado de saúde e 52,5% relatou alguma doença crônica. As doenças que prevaleceram foram: as respiratórias, gastrointestinais, psíquicas, cardiovasculares e osteomusculares. Em relação ao senso de coerência, prevaleceu o moderado (65,9%), associado com a idade (p -valor: 0,011) e realização de atividades na unidade penal (p -valor: 0,005), e o fraco foi prevalente em pessoas com transtornos mentais (p -valor: 0,001) e doenças infectocontagiosas (p -valor: 0,018). Na segunda e terceira etapas, participaram da intervenção 38 homens; destes, 73,3% com idade entre 30 e 44 anos, 46,7% casados, 56,7% pais de 1 a 3 filhos, 73,3% com escolaridade inferior a 12 anos de estudo, 46,7% com renda familiar prévia a privação de liberdade entre 1 a 2 salários mínimos, 63,3% a hipertensão foi diagnosticada nas unidades penais. As intervenções de enfermagem repercutiram na literacia em saúde e no conhecimento em da doença; contudo, o senso de coerência não apresentou mudanças. As categorias da análise qualitativa foram: saúde, bem-estar e qualidade de vida na prisão; recursos generalizados de resistência e ausência de recursos; (Des)esperanças com a vida e o futuro e (Des)cuidados com a saúde. **Considerações finais:** Ações de intervenções de enfermagem fortaleceram literacia em saúde e o conhecimento da doença. O impacto social relaciona-se ao referencial teórico salutogênico, que permitiu uma nova perspectiva de cuidado às pessoas privadas de liberdade, contribuindo para a formulação de políticas de saúde, e nas condições de vida e saúde delas. A pesquisa possui potencial para replicabilidade devido ao caminho metodológico percorrido e os resultados encontrados, que refletem a realidade local, necessitando de novas pesquisas em outras regiões brasileiras.

Palavras-chave: pessoas privadas de liberdade; saúde do adulto; doença crônica; prisão; senso de coerência; salutogênese.

ABSTRACT

Introduction: People deprived of liberty suffer changes in habits that influence their lives and health, having the same care rights that the community has. Objective: Apprehending the health situation of people deprived of liberty in the city of Foz do Iguaçu – Paraná. Method: This research has mixed methods with qualitative and quantitative approaches, carried out between April 2021 and July 2022, with people deprived of liberty who reside in a penitentiary complex composed of four penal units. The research was divided into three stages: on the first, the participants belonged to four penal units and, in the second and third stages, they corresponded to only one unit. The instruments used were: semi-structured questionnaire and sense of coherence; nursing consultation clinical data instrument and subjective questions; health literacy and knowledge on arterial hypertension. The research complied with the ethical criteria force in Brazil. Statistical analysis was performed in the R 4.1.1 sector through descriptive analysis and association tests ($p < 0.05$). The theoretical literature that supported the analyzes was based on the Salutogenic Theory. Results: 326 people deprived of their liberty participated in the first stage, 90.8% male, 53.4% young people aged between 18 and 29 years, 43.3% single, 55.8% with less than nine years of schooling, 61.3% participated in some activity in the penal unit, 63.2% smokers or former smokers, 28.2% drank alcohol and 60.4% were users or former users of illicit drugs. Furthermore, 71.2% of the participants practiced physical activities and 86.1% positively evaluated their health status, but 52.5% reported some chronic illness. Reports of diseases prevailed: respiratory, gastrointestinal, psychic, cardiovascular and musculoskeletal. Regarding the sense of coherence, moderate (65.9%) associated with age (p -value: 0.011) and with carrying out activities in the penal unit prevailed (p -value: 0.005); weak was prevalent in people with mental disorders (p -value: 0.001) and infectious diseases (p -value: 0.018). In the second and third stages, 38 men participated in the intervention, among them 73.3% aged between 30 and 44 years, 46.7% married, 56.7% were fathers up to three children, 73.3% had less education than 12 years of study, 46.7% had family income prior to deprivation of liberty of one or two minimum wages, 63.3% with hypertension diagnosed in penal units. Nursing interventions had repercussions on health literacy and knowledge of the disease; however, the sense of coherence did not change. The qualitative analysis categories were: health, well-being and quality of life in prison; generalized resources of resistance and lack of resources; (Dis)hope for life and the future and (Dis)care for health. Final considerations: Nursing intervention actions strengthened health literacy and knowledge of the disease. The social impact is related to the salutogenic theoretical framework, which allowed a new perspective of care for people deprived of liberty, contributing to the formulation of health policies and the life and health conditions of the participants. The research has the potential for replicability due to the methodological path followed and the results found, as it reflects the local reality, requiring, however, further research in other Brazilian regions.

Keywords: prisoners; adult health; chronic disease; prison; sense of coherence; salutogenesis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – A SAÚDE NO RIO DA VIDA.....	54
Figura 2 – GUARDA CHUVA SALUTOGÊNICO (SALUTOGENIC UMBRELLA).....	55
Figura 3 – A PERSPECTIVA SALUTOGÊNICA NA ESTRUTURA DA LS.....	61
Figura 4 – TAMANHO DE AMOSTRA COM DIFERENTES ERROS E ESTIMATIVAS DE FREQUÊNCIA.....	71
Figura 5 - CÁLCULO AMOSTRAL PRIMEIRA FASE QUANTITATIVA.	72
Figura 6– FLUXOGRAMA DE RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES.	74
Figura 7 – FLUXOGRAMA DE RECRUTAMENTO PARA O DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.	75
Figura 8 – FLUXOGRAMA DE RECRUTAMENTO PARA A ETAPA QUALITATIVA, SEGUNDA.....	75
Figura 9 – FLUXOGRAMA PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	83
Figura 10 – NUVEM DE PALAVRAS MAIS FREQUENTES NA TOTALIDADE DO CORPUS DAS ENTREVISTAS COM AS PPL NVIVO®.	112
Figura 11 - ANÁLISE AUTOMATIZADA DE SENTIMENTOS CODIFICADO POR FRASES NVIVO®.	113
Figura 12 – ANÁLISE AUTOMATIZADA DE SENTIMENTOS CODIFICADA POR CASOS NVIVO®.	114
Figura 13 - SENTIMENTOS COMPARADOS POR PARTICIPANTES DA PESQUISA NVIVO®.....	114
Figura 14 – SENTIMENTOS COMPARADOS POR NÚMERO DE REFERÊNCIA POR QUESTÕES ABERTAS NVIVO®.	116
Figura 15 – REFERÊNCIAS DE CODIFICAÇÃO COMPARADO PELO NÚMERO DE REFERÊNCIAS CODIFICADAS NVIVO®.....	117
Figura 16 – NUVEM DE PALAVRAS MAIS FREQUENTES NA CATEGORIA CONCEITO DE SAÚDE NVIVO®.	119
Figura 17 – NUVEM DE PALAVRAS MAIS FREQUENTES NA CATEGORIA CONCEITO QUALIDADE DE VIDA NVIVO®.....	121
Figura 18 – NUVEM DE PALAVRAS MAIS FREQUENTES NA CATEGORIA FATORES QUE AUXILIAM NA MANUTENÇÃO DA SAÚDE NA PRISÃO NVIVO®.	125

Figura 19 – CONSULTA DE PESQUISA DE TEXTO DE ENTREVISTAS COM PPL NA CATEGORIA FATORES QUE AUXILIAM A MANUTENÇÃO DA SAÚDE, PALAVRA PROFISSIONAIS COM USO DE SINÔNIMOS NVIVO®.....	126
Figura 20 – CONSULTA DE PESQUISA DE TEXTO DE ENTREVISTAS COM PPL NA CATEGORIA FATORES QUE AUXILIAM A MANUTENÇÃO DA SAÚDE NA PRISÃO, PALAVRA MEDICAÇÃO COM USO DE SINÔNIMOS NVIVO®.....	126
Figura 21 – CONSULTA DE PESQUISA DE TEXTO DE ENTREVISTAS COM PPL NA CATEGORIA FATORES QUE AUXILIAM A MANUTENÇÃO DA SAÚDE NA PRISÃO, PALAVRA TRABALHO NVIVO®.	127
Figura 22 – CONSULTA DE PESQUISA DE TEXTO DE ENTREVISTAS COM PPL NA CATEGORIA FATORES QUE AUXILIAM A MANUTENÇÃO DA SAÚDE NA PRISÃO, PALAVRAS: ALIMENTAÇÃO, DROGAS, BEBIDA ALCÓOLICA, COM SINÔNIMOS NVIVO®.	129
Figura 23– CONSULTA DE PESQUISA DE TEXTO DE ENTREVISTAS COM PPL COM A PALAVRA ROTINA NVIVO®.....	130
Figura 24 – NUVEM DE PALAVRAS MAIS FREQUENTES DE ENTREVISTAS COM PPL NA CATEGORIA FATORES QUE DIFICULTA A MANUTENÇÃO DA SAÚDE NA PRISÃO NVIVO®.	133
Figura 25 – CONSULTA DE PESQUISA DE TEXTO DE ENTREVISTAS COM PPL NA CATEGORIA FATORES QUE DIFICULTAM A MANUTENÇÃO DA SAÚDE COM A PALAVRA ALIMENTAÇÃO NVIVO®.	134
Figura 26 – CONSULTA DE PESQUISA DE TEXTO DE ENTREVISTAS COM PPL NA CATEGORIA FATORES QUE DIFICULTAM A MANUTENÇÃO DA SAÚDE COM A PALAVRA ATIVIDADE FÍSICA NVIVO®.	135
Figura 27 – CONSULTA DE PESQUISA DE TEXTO NA CATEGORIA FATORES QUE DIFICULTAM A MANUTENÇÃO DA SAÚDE COM A PALAVRA ATENDIMENTO NVIVO®.....	138
Figura 28 – CONSULTA DE PESQUISA DE TEXTO DE ENTREVISTAS COM PPL NA CATEGORIA FATORES QUE DIFICULTAM A MANUTENÇÃO DA SAÚDE COM A PALAVRA FAMÍLIA NVIVO®.....	139
Figura 29 – NUVEM DE PALAVRAS MAIS FREQUENTES DE ENTREVISTAS COM PPL NA SUBCATEGORIA ESPERANÇAS NVIVO®.....	142
Figura 30– CONSULTA DE PESQUISA DE TEXTO DE ENTREVISTAS COM PPL COM A PALAVRA “FUTURO” NVIVO®.....	143

Figura 31– CONSULTA DE PESQUISA DE TEXTO DE ENTREVISTAS COM PPL COM A PALAVRA “VIDA” NVIVO®.....	144
Figura 32 – NUVEM DE PALAVRAS MAIS FREQUENTES DE ENTREVISTAS COM PPL NA SUBCATEGORIA DESESPERANÇAS NVIVO®.....	146
Figura 33 – CONSULTA DE PESQUISA DE TEXTO DE ENTREVISTAS COM PPL COM A PALAVRA “FUTURO” NVIVO®.....	147
Figura 34 – CONSULTA DE PESQUISA DE TEXTO DE ENTREVISTAS COM PPL COM A PALAVRA “VIDA” NVIVO®.....	148
Figura 35 – NUVEM DE PALAVRAS MAIS FREQUENTES DE ENTREVISTAS COM PPL NA SUBCATEGORIA “A BUSCA PELA MANUTENÇÃO DA SAÚDE ANTES DA PRISÃO” NVIVO®.....	150
Figura 36 – CONSULTA DE PESQUISA DE TEXTO DE ENTREVISTAS COM PPL COM A PALAVRA “SAÚDE” NVIVO®.....	151
Figura 37 – NUVEM DE PALAVRAS MAIS FREQUENTES DE ENTREVISTAS COM PPL NA SUBCATEGORIA MANUTENÇÃO DA SAÚDE NA PRISÃO NVIVO®.	153
Figura 38 – CONSULTA DE PESQUISA DE TEXTO DE ENTREVISTAS COM PPL COM A PALAVRA “SAÚDE” NVIVO®.....	154
Figura 39 – CONSULTA DE PESQUISA DE TEXTO DE ENTREVISTAS COM PPL COM A PALAVRA “INFORMAÇÃO” NVIVO®.....	156
Figura 40 – NUVEM DE PALAVRAS MAIS FREQUENTES DE ENTREVISTAS COM PPL NAS IMPRESSÕES DA I INTERVENÇÃO - EDUCAÇÃO EM SAÚDE 1 NVIVO®.	168
Figura 41 – NUVEM DE PALAVRAS MAIS FREQUENTES DE ENTREVISTAS COM PPL DAS SUGESTÕES DA I INTERVENÇÃO – EDUCAÇÃO EM SAÚDE NVIVO®.	169
Figura 42 – NUVEM DE PALAVRAS MAIS FREQUENTES DE ENTREVISTAS COM PPL NAS IMPRESSÕES DA II INTERVENÇÃO - EDUCAÇÃO EM SAÚDE NVIVO®.	170
Figura 43 – NUVEM DE PALAVRAS MAIS FREQUENTES DE ENTREVISTAS COM PPL NAS IMPRESSÕES DA III INTERVENÇÃO - EDUCAÇÃO EM SAÚDE NVIVO®.	172
Figura 44 – NUVEM DE PALAVRAS MAIS FREQUENTES NOS RELATOS DAS PPL COM HAS NA ANÁLISE GERAL DA INTERVENÇÃO – EDUCAÇÃO EM SAÚDE NVIVO®.....	173

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – DOENÇAS AUTORRELATADAS PELAS PPL DA PFF-UP.	89
Gráfico 2 – DOENÇAS AUTORRELATADAS PELAS PPL DA CPLN.....	89
Gráfico 3 – DOENÇAS AUTORRELATADAS PELAS PPL DA PEF I.	90
Gráfico 4 – DOENÇAS AUTORRELATADAS PELAS PPL DA PEF II.	91
Gráfico 5 – GRÁFICO DE BARRAS PARA AS PERGUNTAS DO COMPONENTE COMPREENSÃO	97
Gráfico 6 – GRÁFICO DE BARRAS PARA AS PERGUNTAS DO COMPONENTE MANUSEIO.	98
Gráfico 7 – GRÁFICO DE BARRAS PARA AS PERGUNTAS DO COMPONENTE SIGNIFICADO.	99
Gráfico 8 – RESULTADOS DA CODIFICAÇÃO AUTOMÁTICA DE SENTIMENTOS POR FRASES NVIVO®.....	113
Gráfico 9 – DISTRIBUIÇÃO DA QUANTIDADE DE FONTES QUE CONTRIBUÍRAM PARA CADA UM DOS TEMAS DA CATEGORIA “CONCEITO DE SAÚDE”. NVIVO®.	120
Gráfico 10 – DISTRIBUIÇÃO DA QUANTIDADE DE FONTES QUE CONTRIBUÍRAM PARA CADA UM DOS TEMAS DA CATEGORIA “CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA”. NVIVO®.	123
Gráfico 11 – COMPARATIVO DO PESO E IMC DAS PPL COM HAS NOS TEMPOS 0, 1 E 2.....	159
Gráfico 12 – COMPARATIVO DA CA DAS PPL COM HAS NOS TEMPOS 0, 1 E 2.....	160
Gráfico 13 – COMPARATIVO DA VARIÁVEL PA DAS PPL COM HAS NOS TEMPOS 0, 1 E 2.....	160
Gráfico 14 – COMPARATIVO DOS SCORES DOS QUESTIONÁRIOS SOC NAS PPL COM HAS PARA OS TEMPOS 0, 1 E 2 RESPECTIVAMENTE.	162
Gráfico 15 – COMPARATIVO DOS ESCORES DO HLAT NAS PPL COM HAS PARA OS TEMPOS 0, 1 E 2 RESPECTIVAMENTE.....	163
Gráfico 16 – COMPARATIVO DO QUESTIONÁRIO HK-LS NAS PPL COM HAS PARA OS TEMPOS 0, 1 E 2 RESPECTIVAMENTE.....	166

Gráfico 17 – COMPARATIVO DA PONTUAÇÃO DO QUESTIONÁRIO HK-LS NAS PPL COM HAS PARA OS TEMPOS 0, 1 E 2 RESPECTIVAMENTE EM RELAÇÃO A CADA SUBDIMENSÃO.....	166
--	-----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – NOTAÇÃO E SIGNIFICADO EM MÉTODOS MISTOS	66
Quadro 2 - ETAPAS DA PESQUISA.	68
Quadro 3 – UNIDADES PENAIS DE FOZ DO IGUAÇU-PR, BRASIL, E CAPACIDADE DE LOTAÇÃO	69
Quadro 4 – CÁLCULO AMOSTRAL FASE 2 E 3 QUALITATIVA E QUANTITATIVA.	73
Quadro 5 – CATEGORIAS QUE EMERGIRAM NO PROCESSO DE CODIFICAÇÃO NVIVO®.....	117
Quadro 6 – DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS INCORPORADOS.	176
Quadro 7 – RESULTADOS INCORPORADOS DE HABILIDADES DE SOC, LS E HK-LS E PERCEPÇÕES DAS PPL COM HAS.	183

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – NÚMERO AMOSTRAL PROPORCIONAL DE ACORDO COM OS LOCAIS DE COLETA DE	72
Tabela 2 – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PPL.	86
Tabela 3 – DOENÇAS CRÔNICAS AUTORRELATADAS PELAS PPL DE TODAS AS UNIDADES PRISIONAIS E INDIVIDUAIS.....	88
Tabela 4 – LOCAL E TEMPO DO DIAGNÓSTICO E ACESSO AS MEDICAÇÕES DAS PPL COM ALGUM TIPO DE DOENÇA CRÔNICA NAS UNIDADES PRISIONAIS. .	91
Tabela 5 – ASSOCIAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PPL DAS	92
Tabela 6 – HÁBITOS DE VIDA DAS PPL NAS UNIDADES PRISIONAIS.	93
Tabela 7- CONSUMO ALIMENTAR DAS PPL NAS UNIDADES PRISIONAIS.	94
Tabela 8 – SCORE GERAL CATEGORIZADO DAS PERGUNTAS DO QUESTIONÁRIO SOC-29.....	96
Tabela 9 – SCORE CONFORME OS COMPONENTES DO QUESTIONÁRIO SOC-29.	97
Tabela 10 – SOC CONFORME VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PESSOAS NAS UNIDADES PRISIONAIS.	99
Tabela 11- SOC CONFORME VARIÁVEIS CLÍNICAS DAS PPL NAS UNIDADES PRISIONAIS.....	100
Tabela 12 – SOC CONFORME VARIÁVEIS HÁBITOS DE VIDA DAS PPL.....	102
Tabela 13 – VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS DAS PPL COM HAS.....	103
Tabela 14 – TEMPO DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE E ATIVIDADES DAS PPL COM HAS NA PRISÃO.	104
Tabela 15 – COMORBIDADES NAS PPL COM HAS.	105
Tabela 16 – LOCAL E TEMPO DO DIAGNÓSTICO DA HAS EM PPL E MEDICAÇÕES EM USO.....	105
Tabela 17 – AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE PELAS PPL COM HAS.....	106
Tabela 18 – TABAGISMO RELATADO PELAS PPL COM HAS.....	106
Tabela 19 – USO DE BEBIDA ALCOÓLICA RELATADO PELAS PPL COM HAS.	107
Tabela 20 – DROGADIÇÃO RELATADA PELAS PPL COM HAS.	108
Tabela 21 – INGESTA ALIMENTAR RELATADA PELAS PPL COM HAS.....	108

Tabela 22 – DADOS CLÍNICOS DAS PPL COM HAS NO T0.....	110
Tabela 23 – MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS E CA DAS PPL COM HAS NO T0.111	
Tabela 24 – DADOS CLÍNICOS DAS PPL COM HAS NOS T0, T1, T2.....	159
Tabela 25 – ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS DOS ESCORES DOS COMPONENTES DO SOC NAS PPL COM HAS NOS TEMPOS 0, 1 E 2.	161
Tabela 26 – ESCORES DOS COMPONENTES DO SOC NAS PPL COM HAS NOS TEMPOS 0, 1 E 2.....	161
Tabela 27 – ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS DOS ESCORES DO HLAT NAS PPL COM HAS.....	162
Tabela 28 – TESTE POST-HOC PARA OS TEMPOS EM RELAÇÃO AO ESCORE GERAL DO HLAT NAS PPL COM HAS.	164
Tabela 29 – ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS DOS ESCORES DOS COMPONENTES DO HK-LS NAS PPL COM HAS.....	164
Tabela 30 – TESTE POST-HOC PARA OS TEMPOS EM RELAÇÃO AOS COMPONENTES E GERAL DO HK-LS NAS PPL COM HAS.	165

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

AB	Atenção Básica
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BIS	Busca de Informações em Saúde
CA	Circunferência Abdominal
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CCS	Conhecimento Crítico em Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Tecnológico
CPLN	Cadeia Pública Laudemir Neves
DAP	Doença Arterial Periférica
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DCV	Doença Cardiovascular
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
DEPROS	Departamento de Promoção da Saúde
DM	Diabetes <i>Melittus</i>
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DRC	Doença Renal Crônica
DSS	Determinantes Sociais em Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissíveis
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
EIS	Entendimento das Informações em Saúde
ESP	Equipes de Saúde Prisional
EUA	Estados Unidos da América
ETP	Ethiopian Birrs
GEMSA	Grupo de Estudos Multiprofissional em Saúde do Adulto
GRDs	Déficit Generalizado de Resistência
GRRs	Recursos Generalizados de Resistência
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HK-LS	Hypertension Knowledge Level Scale
HLS-EU-PT	European Health Literacy Survey

HLAT	Eight-Item Health Literacy Assessment Tool
HVE	Hipertrofia de Ventrículo Esquerdo
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística
IC	Insuficiência Cardíaca
ILS-PT	Inquérito em LS em Portugal
INFOPEN	Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias
IS	Interatividade em Saúde
IUHPE	União Internacional para a Promoção e Educação em Saúde
LEP	Lei de Execução Penal
LS	Literacia em Saúde
MEV	Mudanças no estilo de vida
MS	Ministério da saúde
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PEF	Penitenciária Estadual de Foz do Iguaçu
PEF II	Penitenciária Estadual de Foz do Iguaçu II
PFF UP	Penitenciária Feminina de Foz do Iguaçu
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISP	Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de liberdade no Sistema Prisional
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PPL	Pessoas Privadas de Liberdade
PR	Paraná
QV	Qualidade De Vida
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia

SISDEPEN	Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional
STARS	Sociedade de Teoria e Pesquisa em Salutogênese
SOC	Senso de Coerência
SRRs	Recursos de Resistência específicos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFPR	Universidade Federal do Paraná
VACS	Veterans Aging Cohort Estudo
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WG-SAL	Grupo de trabalho sobre salutogênese
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE SÍMBOLOS

©	Copyright
cm	Centímetros
=	Igual
>	Maior
≥	Maior ou igual
®	Marca registrada
<	Menor
≤	Menor ou igual
m	Metros
mmHg	Milímetro de mercúrio
%	Porcentagem
Kg	Quilogramas

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	26
2 INTRODUÇÃO	28
3 OBJETIVOS	35
3.1 OBJETIVO GERAL	35
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
3.3 PRESSUPOSTOS DA PESQUISA	35
3.4 TESE	35
4 REVISÃO DE LITERATURA	36
4.1 SAÚDE NAS PRISÕES	36
4.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE	40
4.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA PERSPECTIVA PARA O CUIDADO NA PRISÃO	44
5 REFERENCIAL TEÓRICO	51
5.1 TEORIA SALUTOGÊNICA	51
5.1.1 Senso de Coerência	56
5.1.2 Recursos Generalizados de Resistência	59
5.1.3 Interface: LS, Salutogênese e Promoção da Saúde	59
6 PERCURSO METODOLÓGICO	65
6.1 TIPO DE ESTUDO	65
6.2 LOCAL DA PESQUISA	69
6.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	70
6.4 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS	73
6.4.1 Instrumentos	78
6.4.1.1 Questionário Semiestruturado – Instrumento de coleta de dados – diagnóstico situacional	78
6.4.1.2 Instrumento da Consulta de Enfermagem	78
6.4.1.3 Protocolo de questionário com perguntas abertas	78
6.4.1.4 Protocolo avaliação da atividade educativa – discussão em grupo	79
6.4.1.5 Protocolo de entrevista com perguntas abertas 2	79
6.4.1.6 Questionário de Orientação para a Vida de Antonovsky	79

6.4.1.7 Escala de Literacia em Saúde - Eight-Item Health Literacy Assessment Tool (HLAT-8).....	80
6.4.1.8 Escala de Conhecimento em HAS - Hypertension Knowledge-Level Scale (HK-LS)	80
6.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO, EXCLUSÃO E DESCONTINUIDADE DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	81
6.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	81
6.7 GARANTIAS ÉTICAS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	83
7 RESULTADOS.....	85
7.1 RESULTADOS: FASE 1 – PESQUISA QUANTITATIVA.....	85
7.1.1 Condições de saúde das PPL	85
7.1.2 SOC em PPL.....	96
7.2 RESULTADOS: FASE 2 – PESQUISA QUANTITATIVA.....	102
7.2.1 Caracterização da população do estudo	102
7.2.2 Resultados dos dados clínicos, SOC, LS e HK-LS antes da intervenção	110
7.3 RESULTADOS FASE 2 PESQUISA QUALITATIVA	112
7.3.1 Saúde e qualidade de vida na prisão.....	118
7.3.1.1 Conceito de saúde.....	118
7.3.1.2 Conceito de qualidade de vida.....	121
7.3.2 Recursos e/ou ausência destes na manutenção da saúde	124
7.3.2.1 Fatores que auxiliam na manutenção da saúde na prisão	124
7.3.2.2 Fatores que dificultam a manutenção da saúde na prisão	1323
7.3.3 (Des)esperanças com a vida e o futuro.....	141
7.3.3.1 Esperanças	142
7.3.3.2 Desesperanças.....	146
7.3.4 (Des)cuidados com a saúde.....	149
7.3.4.1 A busca pela manutenção da saúde antes da prisão	150
7.3.4.2 A busca pela manutenção da saúde na prisão.....	152
7.3.5 Fontes de informação em saúde	155
7.3.5.1 (Des)informações	157
7.3.5.2 Pandemia de Coronavírus.....	157
7.4 RESULTADOS: FASE 3 – INTERVENÇÃO	158
7.4.1 Resultados Quantitativos Fase 3 – Intervenção	158
7.4.2 Resultados Qualitativos Fase 3 Intervenção	167

7.4.2.1 I. Intervenção – educação em saúde.....	167
7.4.2.2 II. Intervenção – educação em saúde.....	169
7.4.2.3 III. Intervenção – educação em saúde 3.....	171
7.4.2.4 IV. Análise geral da intervenção.....	172
7.4.3 Intervenção de enfermagem com PPL com HAS: resultados incorporados ...	174
8 DISCUSSÃO	189
8.1 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: FASE 1 – PESQUISA QUANTITATIVA....	189
8.1.1 Caracterização da população do estudo: condições de saúde das PPL	189
8.1.2 SOC em PPL.....	199
8.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: FASE 2 – PESQUISA QUANTITATIVA: CARACTERIZAÇÃO DAS PPL COM HAS INCLUÍDAS NA INTERVENÇÃO	203
8.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: FASE 2 – PESQUISA QUALITATIVA.....	209
8.4 FASE 3: INTERVENÇÃO E DADOS INCORPORADOS	226
9 LIMITAÇÕES	2355
CONSIDERAÇÕES FINAIS	2366
REFERÊNCIAS.....	2422
APÊNDICES	26161
ANEXOS	295

1 APRESENTAÇÃO

O interesse pelo estudo da saúde no contexto das prisões e, em especial sobre as doenças crônicas e seu manejo em tal cenário, relaciona-se à vivência na prática profissional como integrante da equipe de saúde em uma unidade de saúde prisional. Meu percurso profissional iniciou com atuação no contexto hospitalar e, sob essas demandas, especializei-me em Assistência de Enfermagem nas Urgências e Emergências. Diante de uma aprovação em concurso público, uma nova perspectiva de trabalho e, por conseguinte, de visão de mundo e de vida se fizeram realidade. Assim, desde 2008, atuo como Enfermeira, Servidora Pública do estado do Paraná, junto à Penitenciária Estadual de Foz do Iguaçu.

A vivência cotidiana foi construindo inquietações relativas à situação de saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PPL), considerando que esta é um direito fundamental extensivo a esta população. A tentativa de aquietar minhas apreensões incluiu a discussão dos preceitos legais que amparam a oferta dos serviços de saúde nas instituições prisionais, realizada no contexto de uma Pós-Graduação em Gestão Pública com ênfase em Sistema Único de Saúde (SUS), em 2013.

O estudo da temática de saúde nas prisões teve continuidade no Mestrado em Educação¹, com ingresso em 2015, no qual me aprofundei acerca dos textos legais que asseguram as assistências, saúde e educação nesta conjuntura, com a qual nos apropriamos de achados que inferiram que a assistência à saúde prisional tem como objetivo maior a Melhoria na Qualidade de Vida (QV) das pessoas reclusas, apesar dos limitantes estruturais.

A seleção para o doutorado em Enfermagem, no ano de 2019, possibilitou a continuidade à discussão da temática, ampliando-se neste projeto de pesquisa a busca de dados no contexto das unidades prisionais da cidade de Foz do Iguaçu, no Paraná (PR), em especial dos elementos que direcionam para a elucidação das condições de saúde das pessoas privadas de liberdade, no que se refere às doenças crônicas, e do papel da Enfermagem na promoção de melhores condições de vida e

¹ Dissertação intitulada “Políticas de Educação e Saúde para o atendimento às pessoas privadas de liberdade no Estado do Paraná: o necessário enunciado das assistências ressocializadoras”. Defesa em 20/02/2017.

saúde, objetivando que as grades não os separem também dos cuidados de enfermagem.

A aproximação com o referencial escolhido para a fundamentação desta tese, a Salutogênese, foi-me proporcionada no doutorado em Enfermagem, por meio da disciplina de “Referenciais teóricos em pesquisa em saúde e enfermagem”, junto ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF), da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Ademais, tal fundamento teórico se alinha ao vivenciado nas prisões, singularmente quando postulada a busca pela manutenção da saúde, neste contexto vinculado à privação da liberdade, apesar dos estressores.

Esta pesquisa se vincula ao Grupo de Estudo Multiprofissional em Saúde do Adulto (GEMSA), e insere-se na linha de pesquisa Políticas e Práticas de Educação, Saúde e Enfermagem e ao PPGENF da UFPR. Um subprojeto desta tese foi parcialmente submetido e financiado por edital do Conselho Nacional de Desenvolvimento Tecnológico (CNPQ) e Ministério da Saúde (MS) por intermédio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) e do Departamento de Promoção da Saúde (DEPROS), por meio da chamada pública número 27/2020, intitulada “Pesquisa em doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco associados”.

2 INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo são as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na população privada de liberdade na cidade de Foz do Iguaçu-PR-Brasil, que pretendeu evidenciar as condições de saúde das PPL², apreender as doenças crônicas prevalentes, o processo de diagnóstico, tratamento, literacia, conhecimento, bem como os recursos de enfrentamento e senso de coerência (SOC) quanto aos cuidados com a doença.

As DCNT constituem-se como grandes problemas de saúde pública do Brasil e do mundo (BRASIL, 2019a), são a principal causa de mortalidade e incapacidade prematura na maioria dos países, cujas doenças de maior impacto são as cardiovasculares, o câncer, o diabetes *melittus* (DM) e as respiratórias (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2018a). Acarretam perda de QV, limitações e incapacidades (WHO, 2011).

A mortalidade mundial por DCNT atinge 41 milhões de pessoas anualmente; 74% de todos os óbitos decorrem dessas, resultando na morte de uma pessoa com menos de 70 anos a cada dois segundos. Deste índice, as cardiovasculares respondem por 17,9, o câncer 9,3, as respiratórias 4,1 e o DM 2,0 milhões cada. Nos países de baixa e média renda, as DCNT são responsáveis por 86% das mortes prematuras (WHO, 2022). No Brasil, mostram-se igualmente prevalentes na mortalidade da população, respondendo por 75% do total de mortes, com ênfase para doenças cardiovasculares (28%), neoplasias (18%), doenças respiratórias (7%) e DM (5%) (WHO, 2022).

Em relação ao contexto das prisões, a busca realizada nas bases “Scopus” e “Biblioteca Virtual em Saúde”, em junho de 2020, resultou no total de 30 artigos, 16 e 14, respectivamente aos bancos de dados supramencionados. Do total, foram excluídos 24 artigos (3 repetidos; 5 não tratavam da temática, 4 revisões, 12 tratavam de condições específicas como: nutrição (2), suicídio (1); acesso à atenção primária em saúde pós-liberdade (3); tabagismo (1); QV e atividade física (1); despesas com saúde na prisão (1); equipes de saúde prisional (2); dor crônica (1). Ainda mais,

Diferentes nomenclaturas são utilizadas para nomear os sujeitos que se encontram em cumprimento de pena em instituições prisionais, tais como: preso; recluso; apenado; sentenciado; interno; reeducando e pessoas privadas de liberdade. Neste estudo, optamos por utilizar a nomenclatura pessoas privadas de liberdade.

utilizou-se os descritores: “prison health AND chronic disease”, com resultados limitados aos artigos do período de 2015-2020, nas áreas de Medicina e Enfermagem, nos idiomas português, inglês e espanhol.

Os termos foram utilizados na língua inglesa, em virtude de que, ao usar os termos em português, a busca não apurou artigos científicos. Assim, a busca com os descritores “condições de saúde AND presos AND Brasil” e “*conditions health AND prison AND Brazil*”, resultaram em um estudo, após exclusão dos 27 trabalhos que não tratavam da temática.

Resultante de tal busca, os dados sobre a prevalência das DCNT no contexto prisional, podem ser apreendidos em estudos como o de Voller e colaboradores (VOLLER *et al.*, 2016), realizado em 57 prisões na Itália, no ano de 2016, demonstrando que 67,5% das pessoas presas naquele país apresentavam doenças crônicas; as mais frequentes foram: psiquiátricas (41,3%), digestivas (14,5%), infecciosas (11,5%), cardiovasculares (11,4%), endócrinas, metabólicas e imunes (8,6%) e respiratórias (5,4%).

As doenças cardiovasculares, apesar de apresentarem índices menores na prisão do que na população livre, demonstraram prevalência incomum para uma população de adultos jovens (média de idade de 39,6 anos, atingindo 11,4% desse grupo populacional), diferindo da prevalência na população geral, maior em idosos. Entre as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi a mais recorrente, com 7,1% (VOLLER *et al.*, 2016).

Pesquisa realizada em unidades prisionais de uma região da Suíça, com 1664 PPL, por Moschetti e colaboradores (MOSCHETTI *et al.*, 2015), encontrou índices de doenças cardiovasculares de 6,5%, com prevalência de HAS de 5,5%; entre as endócrinas 5,1%, DM foi responsável por 2,1%. As doenças de maior recorrência foram as infecciosas, com 8,9%; problemas de pele 8,1%; do sistema digestivo 7,6%; e do sistema respiratório 5,5%.

Nos Estados Unidos da América (EUA), estudo realizado por Rosen e colaboradores (ROSEN *et al.*, 2019), com 20.585 pessoas libertadas do sistema prisional, buscou compreender as condições crônicas de saúde, por meio da dispensação de medicamentos, no estado da Carolina do Norte, entre julho de 2015 e junho de 2016; o estudo concluiu que 1 em cada 3 pessoas, n= 6802 (33%) da amostra possuía 1 doença crônica, e n= 2639 (13%) duas ou mais. Apresentou, ainda, prevalência de doenças psiquiátricas n= 3139 (15%) e cardiovascular n= 3129 (15%),

seguidas de neurológicas n= 1518 (7%), pulmonar n= 1232 (6%), DM n= 1020 (4,9 %) e infecciosas n= 553 (3%). Dentre as pessoas estudadas, 73% daquelas com 55 anos ou mais possuíam doença crônica. Já em estudo realizado por Bai e colaboradores (BAI *et al.*, 2015) com 759 PPL na cidade de Nova York, EUA, as doenças recorrentes foram: respiratórias n= 263 (34,1%) e cardiovasculares n= 132 (17,4%).

No contexto brasileiro, Mynaio e Ribeiro (2016) realizaram estudo de autoavaliação de saúde com 1573 PPL do Rio de Janeiro, que demonstrou prevalência de problemas de saúde osteomusculares (58,1%) e respiratórios (48,1%). As doenças do sistema circulatório, cardíaco foram referidas por 23,9% das pessoas, entre elas, a mais frequente foi a HAS, com percentuais de 35,8% entre homens e de 30% entre as mulheres, considerados compatíveis e, até mesmo, abaixo da média nacional; pondere-se, contudo, a média de idade 30,7 e 32,2 anos, respectivamente, para homens e mulheres, com maioria de pessoas muito jovens. Corroborando, deste modo, com a pesquisa de Voller *et al.* (2016).

Em estudo nos EUA, Nowotny e colaboradores (NOWOTNY *et al.*, 2016) refletem sobre a limitação de dados acerca da saúde das PPL. A investigação usou dados de 2004, os melhores disponíveis naquele momento. Assim, realizaram análise de regressão com dados de 1206 PPL do sexo masculino retirados do sistema *Bureau of Justice Statistics*, demonstrando que n= 662 (54,9%) dos presos apresentavam problemas de saúde.

Rosen *et al.* (2019) também destacam a falta de dados de prevalência das doenças crônicas nas PPL nos EUA, implicando dificuldades para o planejamento da assistência a esse grupo populacional. Em consonância, trata-se de ausência informacional também no contexto brasileiro, ao não constar dados acerca das DCNT no Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN) de 2016, tampouco no Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional (SISDEPEN) de 2022, do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) (DEPEN, 2016; SISDEPEN, 2022).

Diante dos dados acerca do adoecimento nas prisões por DCNT, salienta-se que, no mundo, mais de 10,74 milhões de pessoas são mantidas em unidades prisionais em cumprimento de prisão preventiva ou condenadas (WORLD PRISON BRIEF, 2020). O Brasil possui a terceira maior população prisional do mundo, ocupando uma posição inferior apenas aos EUA e China: são 661.915, internos em estabelecimentos penais; e 175.528 em regime domiciliar, resultando no total de

837.443 PPL no país. Relativamente ao número total de PPL no Brasil, estão dispostas em 6729 unidades penais, cuja taxa de aprisionamento (razão entre o número total de PPL e a quantidade populacional por 100 mil habitantes) é de 310,3, sendo que n= 6580 (97,8%) dessas unidades abrigam pessoas do sexo masculino. Pontua-se que o total de vagas é de 470.116, demonstrando que as unidades prisionais estão superlotadas (DEPEN, 2017; SISDEPEN, 2022).

No âmbito do estado do Paraná, são 83.874 PPL em prisões estaduais, das quais 32.700 em unidades penais e 51.045 em regime aberto. Das PPL, n= 22.824 (69,8%) encontram-se em regime fechado; n= 7456 (22,8%) são provisórios; n= 1105 (3,38%) semiaberto; n= 1076 (3,29%) aberto; n= 239 (0,73%) outros como medidas de segurança e tratamento ambulatorial. Já em prisão federal, são 120 PPL em regime fechado, dos quais n= 10 (8,33%) são provisórios, sendo que apresenta uma taxa de aprisionamento de 283.1% e constitui-se da segunda maior população prisional do país, com o total de vagas disponíveis de 25.485 (SISDEPEN, 2022). Na cidade de Foz do Iguaçu-PR, encontra-se a segunda maior população privada de liberdade no estado, com 3168³ PPL (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA - CNJ, 2022).

Em relação à assistência em saúde nas unidades prisionais brasileiras, conforme dados do SISDEPEN (2022), n= 1554 (78%) das unidades contam com módulos de saúde e n= 342 (22%) não os possuem. Em relação ao contexto do estado do Paraná, n= 113 (70%) das unidades possuem módulo de saúde, e as demais n= 34 (30%) não contam com espaços mínimos para atenção básica em saúde (SISDEPEN, 2022). Enfatiza-se que o estado do Paraná possui 225 profissionais da área da saúde atuando no sistema prisional, são eles: 95 auxiliares/técnicos de enfermagem; 37 médicos; 29 enfermeiros; 25 dentistas; 24 psicólogos; 8 psiquiatras; 7 técnicos de odontologia (SISDEPEN, 2022).

O padrão de adoecimento das PPL, que difere da população geral, conforme Voller *et al.* (2016), associa-se a fatores comportamentais e socioeconômicos, tais como uso excessivo de drogas intravenosas, tabaco e álcool, as quais elevam o risco de doenças infecciosas, mentais, cardiovasculares e determinados tipos de câncer.

³ Destaca-se que na época da coleta inicial dos dados (2021) a população prisional em Foz do Iguaçu era de 2335 PPL e possuía quatro unidades penais, são elas: Cadeia Pública Laudemir Neves; Penitenciária Estadual de Foz do Iguaçu; Penitenciária Estadual de Foz do Iguaçu II; Penitenciária Feminina de Foz do Iguaçu (CNJ, 2020). Contudo, em 2022 a Penitenciária Estadual de Foz do Iguaçu teve ampliação do número de vagas e foi inaugurada a Penitenciária Estadual de Foz do Iguaçu IV, o que ampliou o número de vagas e PPL.

Nesta perspectiva, é necessário retomar os determinantes sociais da saúde (DSS), os quais são fatores não médicos que influenciam os resultados de saúde, relacionados as condições de vida das pessoas, são um conjunto de forças e sistemas políticos, econômicos, agendas de desenvolvimento, normas e políticas sociais. Os DSS influem de modo importante nas iniquidades em saúde, que são as diferenças injustas e evitáveis no estado de saúde entre diferentes locais e países. São exemplos de DSS: renda e proteção social; educação; desemprego e precariedade laboral; condições de vida no trabalho; insegurança alimentar; habitação, comodidades básicas e meio ambiente; desenvolvimento na primeira infância; inclusão social e não discriminação; conflito estrutural; e acesso a serviços de saúde acessíveis e de qualidade decente (WHO, 2023).

Corroborando com esta análise, um estudo realizado nas prisões da cidade do México, por Silverman-Retana e colaboradores em 2018, concluiu que a exposição ao ambiente prisional, mensurado pelo tempo de prisão, promove fatores de risco modificáveis para doenças crônicas, relacionados à diminuição da qualidade da dieta e aumento do uso de cigarro, álcool e cocaína (uso de 53,2 %, 23,4% e 24,2%, respectivamente) (SILVERMAN-RETANA *et al.*, 2018).

A saúde nas prisões se relaciona a sua garantia como direito assegurado nos textos legais. Assim, apesar da restrição à liberdade, a intenção da presente tese é apreender como as PPL manejam suas DCNT na prisão. Outrossim, compreende-se que abordar a temática com uso da Teoria Salutogênica pode revelar a busca pela saúde, mesmo com os estressores advindos da condição de privação de liberdade.

O termo Salutogênese deriva do latim *salus* (saúde) e do grego *genesis* (origem), significando a origem da saúde. Portanto, procura explicar o que gera saúde, ao contrário da orientação patogênica que procura as causas das doenças, os déficits e os obstáculos. Assim, representa a introdução de uma mudança do paradigma patogênico, centrado nos fatores de risco para doenças, para o salutogênico, que apresenta pontos fortes e determinantes para a saúde (ERIKSSON; LINDSTROM, 2005a; 2006a; 2011).

Apesar desta visão, Antonovsky afirmou que a salutogênese não é o oposto do modelo patogênico, mas que são abordagens complementares e, assim, não postula abandoná-lo, mas alocar de modo eficiente os recursos intelectuais e materiais existentes, com uso de ambos os modelos (ANTONOVSKY, 1987).

O conceito central do modelo Salutogênico, o senso de coerência (SOC), constitui-se de preditor de saúde, relacionando-se diretamente com a adoção de comportamentos saudáveis (GARZÓN; HEREDIA, 2020). Assevera-se que o SOC é mutável, com possibilidade de ser aprendido e fortalecido com intervenções (ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2011). Logo, a avaliação do senso de coerência é relevante pois possibilita a compreensão de como as pessoas reagem à doença, ao tratamento e ao autocuidado, bem como o modo como utiliza seus recursos para o enfrentamento das tensões (FERREIRA *et al.*, 2015). Ademais, os recursos se constituem de fenômenos que permitem combater os estressores, podendo ser relacionados à pessoa, ao grupo social e ao ambiente (ANTONOVSKY, 1987).

O SOC pode ser fortalecido em pessoas com doenças crônicas por meio da educação em saúde, como apontado em estudo com pessoas portadoras de DM, realizado no Japão em 2018. Apontou-se que, após atividades educacionais, observaram aumento do SOC e, por conseguinte, a redução na carga da doença e hemoglobina glicada (ODAJIMA; SUMI, 2018). Em concordância, em um estudo realizado na Tailândia com pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) observou que, após intervenção de enfermagem por meio de educação em saúde, ocorreu aumento do SOC, melhora no autocuidado, enfrentamento e comportamentos saudáveis (SUWAN *et al.*, 2018).

As atividades educativas em saúde constituem-se de espaço para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas, com vistas a melhorar a QV e saúde das pessoas envolvidas. A educação em saúde constitui-se, assim, como ferramenta fundamental para estimular o autocuidado das pessoas, das famílias e comunidades, uma vez que promove reflexões que podem conduzir mudanças nas atitudes e condutas (ROECKER; NUNES; MARCON, 2013).

O profissional enfermeiro, conforme a Lei do Exercício Profissional, nº 7.498, de 25 de junho de 1986, tem como uma de suas atribuições a educação em saúde (BRASIL, 1986). Para a categoria, é relevante refletir sobre as doenças crônicas nas PPL e incluir diretrizes de cuidados, especialmente vinculado à educação em saúde, no sentido de alfabetizar em saúde e fortalecer o SOC.

A Literacia em Saúde (LS)⁴ permite acessar, processar e compreender as informações de saúde, permitindo às pessoas participação ativa nas decisões relacionadas à saúde (MAGNANI *et al.*, 2018). No contexto das DCNT, as pessoas que apresentam dificuldades para entender e utilizar as informações provavelmente terão dificuldades para gerenciar eficazmente seus problemas de saúde. A percepção ingênua, descontextualizada da realidade e das recomendações dos profissionais de saúde e dos materiais didáticos pode associar-se à procura diminuída dos serviços de saúde para ações de promoção à saúde e prevenção da doença, além de contribuir para o alto índice de hospitalizações prolongadas e onerosas ao sistema de saúde, devido à exacerbação ou complicação das doenças crônicas (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE DE PORTUGAL, 2016).

O caminho que se pretende trilhar na presente investigação busca conhecer as doenças crônicas que acometem as PPL, o modo como elas cuidam de sua saúde e quais recursos utilizam em tal processo, tendo em vista que os modos de vida dos grupos populacionais que produzem determinados padrões de adoecimento e de manutenção da saúde variam na sociedade e entre os indivíduos (GIOVANELLA *et al.*, 2012). Diante deste contexto, emergiram as questões da pesquisa: “quais doenças crônicas e níveis de senso de coerência são encontrados nas PPL?”; e “qual a contribuição da educação em saúde nos níveis de LS, SOC e conhecimento em Hipertensão Arterial (HAS) no contexto de manejo de uma doença crônica não transmissível na prisão?”.

⁴Os termos literacia em saúde e alfabetização em saúde serão utilizados como sinônimos neste projeto de pesquisa.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Apreender a situação de saúde das PPL de um complexo penitenciário brasileiro.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar diagnóstico situacional das variáveis sociodemográficas, hábitos de vida, fatores de risco e das doenças crônicas prevalentes em uma população prisional;
- Mensurar o SOC das PPL;
- Avaliar a LS das PPL em tratamento de HAS;
- Identificar os recursos salutogênicos, estratégias de enfrentamento, utilizados pelas PPL com diagnóstico de HAS.
- Implementar estratégia de educação em saúde para as PPL com diagnóstico de HAS.
- Monitorar possíveis alterações no SOC, LS e conhecimento da doença antes e ao final do acompanhamento.

3.3 PRESSUPOSTOS DA PESQUISA

Os pressupostos desta pesquisa são:

- A população prisional tem como limitantes para o processo de autocuidado, baixos níveis de conhecimento em saúde, LS e SOC.
- Há diferença na LS, conhecimento em saúde e SOC após a atividade de educação em saúde na população hipertensa que participa da ação.

3.4 TESE

- As atividades de educação em saúde com PPL com HAS influenciam no fortalecimento do SOC, LS e conhecimento da HAS.

4 REVISÃO DE LITERATURA

A análise de literatura empreendida constitui-se de uma revisão narrativa, elaborada a partir dos descritores: prisões (*prisons*); saúde nas prisões (*prison health*); condições de saúde (*conditions health*), doenças crônicas (*chronic disease*) e educação em saúde (*Health education*). A revisão buscou: periódicos científicos, legislações nacionais e normativas internacionais. Este capítulo procura discutir as temáticas de saúde nas prisões, DCNT e promoção da saúde.

4.1 SAÚDE NAS PRISÕES

O direito aos cuidados de saúde no contexto prisional pode ser apreendido na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) de 1948, em seu artigo 1º, o qual delimita a igualdade de direitos e liberdade atribuída a todos os seres humanos. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU, 1948). Em relação à saúde, ela é compreendida como “[...] um direito universal e fundamental do ser humano [...]” (MOREIRA, 2012, p. 41) e, no artigo 25º, inclui itens como alimentação, vestuário, habitação e assistência médica e serviços sociais (ONU, 1948). Tal compreensão de saúde como direito humano e o compromisso com a equidade são reiterados nas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde (WHO, 1986, 2000, 2013).

No contexto brasileiro, a Lei de Execução Penal (LEP) de 1984 garante às PPL, no artigo 3º, que “[...] serão assegurados todos os direitos não atingidos pela sentença ou pela lei” (BRASIL, 1984, art. 3). Logo, a pena pode lhe retirar a liberdade, conservando todos os demais direitos. Assim, a saúde constitui-se de assistência garantida na LEP às PPL, podendo ser prestada no estabelecimento penitenciário ou em outro local – caso este não possua condições de fornecer os cuidados. Pontua-se que a LEP se constitui precursora no estabelecimento dos direitos das PPL, representando avanço no campo das políticas sociais nas prisões (LOPES JÚNIOR, 2011). Porém, é preciso considerar que a garantia no plano jurídico não, necessariamente, se efetiva no contexto prisional (LERMEN *et al.*, 2015).

O direito à saúde das PPL é assegurado no texto constitucional brasileiro em seu artigo nº 196, o qual o descreve como “[...] direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988, p. 41); pressupostos tais que se estende a todos os cidadãos brasileiros: inerentes à população prisional (ARRUDA *et al.*, 2013).

Reafirma-se o direito de todos aos serviços e políticas de saúde pública, na Lei nº 8.080, de 1990, ao assegurar a saúde como direito fundamental do ser humano, sendo considerado um dever do Estado nos âmbitos de promoção, prevenção, proteção e recuperação. Essas ações devem fundamentar-se nas diretrizes da Constituição Federal de 1988 e nos princípios do acesso universal, integral, igualitário, com participação da comunidade e direito à informação (BRASIL, 1990).

A primeira legislação que versa especificamente acerca da saúde prisional no Brasil é a Portaria Interministerial nº 1.777, de 2003, que instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), tratando da “[...] inclusão da população penitenciária no Sistema Único de Saúde, garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos” (BRASIL, 2003, p. 10). O objetivo da referida Lei é a atenção integral em saúde; e, os princípios norteadores pautam-se na ética, na justiça, na cidadania, nos direitos humanos, na participação, na equidade, na qualidade e na transparência. Por meio do PNSSP, firmou-se a necessidade de organizar ações e serviços de saúde no sistema penitenciário com base nos princípios e diretrizes do SUS.

A organização da atenção básica nas prisões, conforme a Portaria nº 1.777/2003, acontece nas próprias unidades prisionais e é executada por equipes interdisciplinares de saúde. E os atendimentos nos demais níveis de atenção em saúde devem ser “[...] pactuado e definido no âmbito de cada estado” (BRASIL, 2003, p. 10). Ademais, destaca-se que a entrada da equipe mínima de saúde nas unidades prisionais incluiu ações de prevenção, promoção e assistência, fomentando a necessidade de conectar as unidades prisionais à rede de atenção à saúde (LERMEN *et al.*, 2015).

Alinhada à organização do cuidado em redes de atenção à saúde (RAS), a Portaria Interministerial nº 1 de 2014 instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde das PPL no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do SUS, cujos beneficiários “[...] são as pessoas que se encontram sob custódia do Estado inseridas no sistema prisional ou em cumprimento de medida de segurança” (BRASIL, 2014a, s/p.). Portanto, a adesão à PNAISP, no âmbito do SUS, deve acontecer por “[...] pactuação do Estado e do Distrito Federal com a União” e, ainda, a adesão municipal será de cunho facultativo. Seus princípios norteadores são: o respeito aos direitos humanos e à justiça social; a integralidade; a equidade; a ambiência humanizada; a

corresponsabilidade interfederativa e organização por meio da RAS no território; e a valorização da participação popular e controle social (BRASIL, 2014a).

O objetivo geral da PNAISP é “[...] garantir acesso das PPL no sistema prisional ao cuidado integral no SUS”, que deve ser promovido vinculado à RAS, e cujas “[...] ações de saúde serão ofertadas por serviços e equipes interdisciplinares” (BRASIL, 2014a, s/p.). De acordo com a supramencionada política pública, a oferta da atenção básica deve acontecer por meio de equipes das unidades básicas de saúde (UBS) do território ou por meio de equipes de saúde prisional (ESP), e as demais ações e serviços devem ocorrer por meio da RAS, todas de acordo com as pactuações (BRASIL, 2014a).

A Portaria nº 1 de 2014 avança em relação ao PNSSP de 2003 ao propor a atenção à saúde às PPL na perspectiva da atenção em redes, vinculando a saúde prisional ao território e à saúde pública em geral. Dessa forma, o município em que se localiza a unidade prisional é responsável pela execução da atenção em saúde à população prisional, em gestão integrada. Evidencia-se um alinhamento dessa normativa à orientação da Declaração de Moscou de 2003 (WHO, 2003) que, por sua vez, orientou a integração da saúde prisional à saúde pública.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 representa um avanço na discussão da saúde prisional ao incorporá-la efetivamente como componente da atenção básica (AB), incluindo as equipes multiprofissionais de saúde prisional em seu rol de trabalhadores. Então, a política explicita a integração da unidade prisional com a RAS, pautando os cuidados na PNAB, responsabilizando a equipe de saúde prisional quanto à articulação e cuidado integral às PPL. Assinala-se, desse modo, que a enfermagem integra a equipe de saúde prisional, com previsão de profissionais, enfermeiro e técnico de Enfermagem, em todas as modalidades de equipes propostas na PNAISP de 2014.

As normas para operacionalização da PNAISP no âmbito do SUS foram reorganizadas por meio da Portaria nº 2.298, de setembro de 2021, quanto às equipes de saúde, as quais passaram a ter como modalidades:

a) Essencial – composição mínima de: um médico, um enfermeiro, um cirurgião dentista, um técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem.

b) Ampliada – composição mínima de: um médico, um enfermeiro, um cirurgião dentista, um técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem; e, um profissional selecionado dentre as ocupações: enfermeiro, médico, psicólogo, assistente social,

farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional – podendo ser integralizada por equipe complementar psicossocial de Atenção Primária Prisional, com composição mínima de: um médico psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental, e um profissional selecionado dentre as ocupações: psicólogo, assistente social; ou um enfermeiro e dois profissionais selecionados dentre as ocupações: psicólogo, assistente social. Ainda, pode dispor de profissional complementar de saúde bucal da equipe de atenção primária prisional essencial ou ampliada: um técnico em saúde bucal ou auxiliar em saúde bucal) (BRASIL, 2021).

Neste íterim, os serviços de saúde nas prisões “[...] passam a ser ponto de atenção da RAS do SUS, qualificando também a atenção básica no âmbito prisional como porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde” (BRASIL, 2017, s/p.).

O Brasil possui 357 equipes de saúde prisionais. Dessas, 91 são estaduais e 266 municipais (BRASIL, 2020a). Já o estado do Paraná não possui equipes estaduais cadastradas e tem oito equipes municipais, nas cidades de: Catanduvas, Cruzeiro do Oeste, Ivaiporã, Piraquara, Prudentópolis, Santo Antônio do Sudoeste, São João do Ivaí e Itaperuna (BRASIL, 2020a). Assim, a adesão paranaense por meio da Portaria nº 2.275 de 2014 (BRASIL, 2014b) à PNAISP não garantiu a efetivação política no estado em contexto prisional.

Neste íterim, ao considerar que a prisão consiste em cenário especial para a atenção primária à saúde⁵, deve dispor de cuidados em saúde equivalentes aos dispensados à comunidade em liberdade, cujos objetivos não diferem dos externos à prisão, mas relacionam-se à recuperação, prevenção e promoção da saúde. Portanto, os profissionais de saúde devem buscar minimizar os efeitos negativos da prisão, oportunizando benefícios às PPL. Dentre as condições de saúde recomendadas para assistência, estão a saúde mental, os problemas de dependência, as infecções e a condição de saúde agudas e crônicas (WHO, 2014).

⁵ Considerando a discussão acerca da terminologia ideal para designar o primeiro nível de atenção à saúde e diferentes nomenclaturas identificadas nas fontes: “Atenção Primária”, “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde”, para este estudo iremos utilizá-los como sinônimos, tal como usados no original, uma vez que, conforme Mello, Fontanella e Demarzo (2009), em análise das origens e diferenças conceituais, o uso como sinônimos, na maior parte dos casos, não resulta em problema conceitual. Alinha-se também ao delimitado na Política Nacional de Atenção Básica, a qual considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde como equivalentes (PNAB, 2017).

Conforme a Organização Mundial da Saúde (*World Health Organization - WHO*), tal como o guia *Prisons and health* de 2014, a atenção à saúde nas prisões tem sua importância respaldada no fato de que a saúde em tal contexto repercute na saúde pública em geral, considerando que as PPL retornarão à sociedade; e, caso as condições de saúde não sejam acompanhadas no ambiente prisional, podem representar uma ameaça à saúde da comunidade, na medida em que adicionam cargas de doença em seu interior. Assim sendo, o compromisso da sociedade com a justiça social e a redução das desigualdades em saúde também são questões citadas no guia de saúde nas prisões, uma vez que a maioria das pessoas presas deriva das partes mais pobres da sociedade; logo, a assistência à saúde prisional pode desempenhar um papel importante na redução das desigualdades em saúde (WHO, 2014).

Frente ao exposto, asseverando que os cuidados em saúde nas prisões encontram-se respaldados nos textos legais e normativas internacionais e nacionais e abrangem o manejo das DCNT, tema que será apresentado no próximo subcapítulo.

4.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE

As DCNT, no Brasil, respondem por 54,7% do total de óbitos, sendo que as principais DCNT são as doenças cardiovasculares, os cânceres, as doenças respiratórias crônicas e o DM (BRASIL, 2021). O aumento no número de casos de doenças crônicas, com destaque para a HAS, atrela-se ao processo de transição demográfica e epidemiológica acelerado no Brasil (BRASIL, 2021). Contudo, no cenário prisional brasileiro, esses dados não estão disponíveis e o relatório Infopen (2017) e Sisdepen (2022) – que traçam o panorama das prisões no Brasil –, uma vez que não abordam as doenças crônicas ao discutir as condições de saúde das PPL.

A compreensão de doença crônica que norteia este estudo é de que

[...] compõem o conjunto de condições crônicas [...] relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leveduras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura (BRASIL, 2013, p. 5).

As doenças crônicas, além de alto índice na mortalidade, apresentam forte carga de morbidade e são responsáveis por grande número de internações; ainda, estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade e de funções neurológicas. Além disso, interferem na perda significativa da QV conforme seu agravamento (BRASIL, 2013), gerando incapacidades e alto grau de limitação das pessoas doentes em suas atividades de trabalho e de lazer. Apresentam forte associação aos fatores de riscos altamente prevalentes, destacando-se o tabagismo, o consumo abusivo de álcool, o excesso de peso, níveis elevados de colesterol, baixo consumo de frutas e verduras e sedentarismo (BRASIL, 2021).

O sucesso do tratamento muito depende da participação e do envolvimento da pessoa, não apenas seguindo a prescrição medicamentosa, mas vinculada ao autocuidado, ao conhecimento de sua condição de saúde e com as suas práticas, tais como estilos e hábitos de vida mais saudáveis e adesão ao tratamento (BRASIL, 2013).

D'Souza *et al.* (2005) enfatizam que a saúde das PPL é frequentemente avaliada para examinar o predomínio de doenças infecciosas e fatores de risco associados, todavia pouca atenção é dada às condições crônicas (D'SOUZA *et al.*, 2005). Em estudo realizado com 197 PPL no Arizona, EUA, encontraram índices de doenças cardiovasculares de 4,1% (n=8) dentre a população prisional, padrão semelhante ao de amostra de pessoas em liberdade, de 5,1% (n=10). Quanto à HAS, a prevalência foi de 35,9% (n=69), cujo valor, bem como dos fatores de risco – como abuso de álcool e cigarro – foi superior entre as PPL se comparado com a amostra da população livre, mesmo com PPL de idade predominante de 18 a 44 anos, 78,2% (n=78,2%). Ademais, apesar do elevado índice de HAS, somente 19,8% (n= 39) das PPL que relataram diagnóstico utilizavam tratamento medicamentoso (CAMPLAIN *et al.*, 2021).

No contexto brasileiro, dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) obtidos por meio de ligações telefônicas com 27.093 pessoas das capitais brasileiras (BRASIL, 2022) apontam índices de relatos de diagnóstico médico de HAS de 26,3%, DM de 9,1%, e, percentual de tabagismo de 9,1% na população geral. Em relação específica à HAS, ao analisar a distribuição por sexo, mulheres apresentaram índices de 27,1 % e homens 25,4%, considerando frequência da doença aumentou com a idade e o nível de escolaridade.

A hipertensão arterial é uma doença do aparelho circulatório, caracterizada pela elevação sustentada dos níveis pressóricos em valores ≥ 140 e/ou 90 mmHg; em geral, assintomática e influenciada por fatores genéticos e de riscos associados, tais como idade, raça, sexo, história familiar, tabagismo, obesidade, etilismo, sedentarismo, estresse e excesso de sal (MALACHIAS *et al.*, 2016). Considerada um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, consiste em uma doença crônica controlável e um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (BRASIL, 2013). Assevera-se, ainda, a estimativa de que mais de 23 milhões de pessoas serão acometidas e irão a óbito devido às doenças cardiovasculares em 2030 (WHO, 2011).

A elevação da pressão arterial, conforme a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (2010), ocasiona aumento progressivo na mortalidade por doenças cardiovasculares. Dessa forma, é substancial estabelecer o tratamento e o controle dos níveis pressóricos, a fim de evitar as complicações. Contudo, apesar da importância de reduzir a pressão arterial, a Diretriz afirma que apenas 19,6% dos brasileiros mantêm a pressão abaixo de 140/90 mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA – SBC, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO – SBH, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA – SBN, 2010), e na VII Diretriz, a qual utiliza de dados de revisões de literatura, os valores variaram de 10,1% a 35,5% (MALACHIAS *et al.*, 2016).

É fundamental discutir que a prisão precisa oferecer espaço para a identificação e o gerenciamento de doenças crônicas, visto que tal este grupo de pessoas, geralmente marginalizados socialmente, tem interação limitada com o sistema de saúde na comunidade. Assim, é imprescindível fornecer tratamento adequado e educação em saúde e, em especial, trabalhar temáticas como: cessação do tabagismo, melhorias na qualidade da dieta e atividade física (D'SOUZA *et al.*, 2005).

Ao serem constituídas como espaços de garantia constitucional à saúde, as prisões podem representar uma oportunidade privilegiada para triagem de presos e vinculação dos doentes crônicos aos serviços de saúde na unidade e na comunidade após sua liberdade. Wang e colaboradores (WANG *et al.*, 2009) revelaram em seu estudo com 4350 participantes, nos EUA, que pessoas hipertensas com histórico de encarceramento eram menos propensas a buscarem os cuidados de saúde e a adesão à terapia anti-hipertensiva após a liberdade.

Ainda mais, Wang *et al.* (2009) também analisaram 288 pessoas que estiveram presas, no período de três a cinco anos, e concluíram que o encarceramento esteve associado a um risco de hipertensão futura e hipertrofia ventricular esquerda. Verificou-se, ainda, a incidência acumulada de hipertensão arterial de 12% entre jovens de 23 a 35 anos, em comparação aos 7% sem histórico de encarceramento. Sugerem os autores que tais dados possam estar relacionados ao estresse e ao aumento das catecolaminas provocados pelo encarceramento (WANG *et al.*, 2009).

Outrossim, um estudo realizado na Nigéria com 81 PPL, com idades variando de 15 e 62 anos, e 62 participantes de grupo controle na comunidade (com pessoas não presas de classe social baixa), demonstrou que as pressões arteriais sistólicas e diastólicas foram maiores nos presos, bem como aumentaram os números considerando o tempo de encarceramento. Sugere-se, de acordo com o estudo, que esses dados possam se relacionar com o estresse e o uso de substâncias psicoativas (OLUBODUN, 1996).

Corroborando com as pesquisas supramencionadas, Voller *et al.* (2016) delimitam que o uso excessivo de drogas intravenosas, o tabaco e o álcool elevam o risco de doenças crônicas em PPL e, entre elas, as cardiovasculares. Ademais, Silverman-Retana *et al.* (2018) igualmente relacionaram o tempo na prisão com o aumento de risco de uso de cigarro, álcool, cocaína e a oferta de uma dieta de baixa qualidade.

Assim sendo, a prevalência da HAS nas prisões pode ser apreendida em estudos como o executado por Moschetti e colaboradores (MOSCHETTI *et al.*, 2015) com 1664 PPL na Suíça, o qual encontrou taxas de 5,5% (n=92); aproximando-se do estudo de Voller e colaboradores (VOLLER *et al.*, 2016), que encontrou os percentis de 7,1% de HAS nas PPL italianas. No Brasil, Mynaio e Ribeiro (2016), ao estabelecerem pesquisas com 1573 PPL, encontraram predominância de doenças cardiovasculares de 23,9% – 35,8% dos homens, e 30% nas mulheres equivaliam aos diagnósticos de HAS.

Face ao evidenciado, a discussão do adoecimento crônico entre as PPL constitui-se de temática a ser incluída no planejamento das políticas e práticas de saúde, em especial no contexto da promoção da saúde, assunto que será discutido no subcapítulo em sequência.

4.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA PERSPECTIVA PARA O CUIDADO NA PRISÃO

O conceito de promoção da saúde surge da dualidade da teoria da causalidade das doenças, dividindo-se em causas específicas (vinculada aos comportamentos individuais) e causas gerais (resultante das condições de vida e trabalho). O termo foi utilizado pela primeira vez em 1945 por Henry E. Singerist, o qual definiu quatro funções da medicina: promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação; o estudioso afirmou que promover saúde implica em condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura, lazer e descanso, solicitando apoio político, de empresários, educadores e médicos (TERRIS, 1996).

Já a promoção da saúde, movimento moderno, recebeu sua denominação formalmente em 1974, com a publicação do Informe Lalonde pelo governo do Canadá, o qual objetivava enfrentar os custos da saúde. O informe manteve uma perspectiva preventivista, comportamental e com ênfase na pessoa e nas mudanças dos estilos de vida (HEIDEMANN *et al.*, 2006).

O documento, apesar de relacionar a promoção da saúde à prevenção – que se conceitua como proteção à saúde –, ao defini-la como mudança no estilo de vida, gerou múltiplas interpretações: para alguns, foi vista como a totalidade dos serviços; para outros, limitada à prevenção; ainda, existiram aqueles que compreenderam como o campo ao qual a prevenção deveria subordinar-se (TERRIS, 1996).

A partir da “I Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde” em 1986, a Carta de Ottawa e as suas evidências passam a ser referência ao desenvolvimento das concepções de promoção à saúde em todo o mundo, reconhecidas, inclusive, pelas demais conferências internacionais. Assim, delimita um conjunto de valores, enfatizando-se vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e ação conjunta (HEIDEMANN *et al.*, 2006).

A promoção da saúde é definida na Carta de Ottawa (WHO, 1986) como um processo de capacitação da comunidade, visando melhoria na QV e saúde e maior participação no controle desse processo. Trata-se de um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas (WHO, 1986), considerando as causas gerais e específicas para a promoção da saúde (TERRIS, 1996).

Promover saúde relaciona-se a um conjunto de estratégias, as quais podem contribuir para o empoderamento, autonomia das pessoas e comunidades, superando

a visão clássica de mudança de estilos de vida, com vistas a melhoria na QV das pessoas e coletividades. Sua efetivação pode ocorrer por meio de políticas, estratégias, ações e intervenções no meio com o objetivo de atuar sobre os condicionantes e determinantes sociais de saúde, de forma intersetorial e com participação popular, favorecendo escolhas saudáveis por parte das pessoas e coletividades no território onde residem, estudam, trabalham, entre outros (BRASIL, 2020b; 2002). Compreende-se, sob tal definição, que o contexto carcerário se constitui, também, como cenário para a promoção da saúde.

A promoção da saúde, neste contexto, não é de responsabilidade única do setor saúde, mas implica ação intersetorial com finalidade de efetividade e sustentabilidade das ações. A busca é por oportunizar melhores condições de vida às pessoas e comunidades, bem-estar global e não apenas um estilo de vida saudável (BRASIL, 2020b). Pressupõe, desse modo, oportunizar às pessoas condições para que façam escolhas saudáveis, dispondo informações ofertadas por meio de educação em saúde, objetivando melhorar as habilidades para a vida (TERRIS, 1996).

A Carta de Ottawa afirma que a promoção da saúde envolve ações em cinco campos centrais, são eles: elaboração de políticas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço à ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 2002). As estratégias expressas na Carta são principal marco e referência à promoção da saúde no mundo, expressos em conferências internacionais (tais como 1988, 1991, 2000 e 2005) e regionais (1992 e 1993) subsequentes (HEIDEMANN *et al.*, 2006), e outras realizadas até 2016.

A “II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde”, com a declaração de Adelaide de 1988, reafirma as linhas de ação da Carta de Ottawa, com centralidade às políticas públicas saudáveis, considerando que estabelecem o ambiente para que os demais itens possam ser realizados; ainda, propõe a intersetorialidade como estratégia. Destarte, delimita como áreas de ação prioritárias: a saúde da mulher, a alimentação e nutrição, o combate ao consumo de tabaco e álcool e a criação de ambientes favoráveis (WHO, 1988). Ademais, enfatiza que a saúde é um direito humano fundamental e delimita que as iniquidades em saúde derivam das desigualdades sociais. Portanto, com vistas à superação das desigualdades, o documento propõe prioridade elevada aos grupos vulneráveis e desprivilegiados no

acesso de serviços promotores de saúde e à criação de ambientes favoráveis, em especial, no acesso aos cuidados primários (BRASIL, 2002).

A “III Conferência Internacional de Promoção da Saúde”, resultando na declaração de Sundsvall de 1991, pontua a interdependência entre um ambiente favorável e a efetividade da saúde, destacando que todos os setores precisam contribuir com a criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde. Logo, para tal, sugere considerar: a dimensão social; a dimensão política; a dimensão econômica; e a necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores – inclusive no político e no econômico –, buscando atingir a justiça social em saúde. Assim, retoma conceitos como o reforço à ação comunitária, educação e capacitação das pessoas e comunidades para o controle sobre a saúde e o empoderamento das pessoas (WHO, 1991).

Ainda mais, a “IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde”, realizada em Jacarta em 1997, incluiu o setor privado no apoio à promoção da saúde, devendo ocorrer em conjunto com as comunidades, com responsabilidade social. Para tal, o documento compreende necessário aumentar a capacidade comunitária, dar voz às pessoas, a fim de que estas passem a atuar em prol de seus direitos. Assevera-se que foi a primeira Conferência a abordar os determinantes sociais em saúde (DSS), uma vez que a promoção da saúde atua sobre os referidos DSS para reduzir iniquidades em saúde, assegurar direitos humanos e formar capital social, sendo a pobreza a maior ameaça à saúde (WHO, 1997).

Já a declaração elaborada na cidade do México, por intermédio da “V Conferência Internacional de Promoção da Saúde” de 2000, delimita que o nível de saúde é imprescindível ao desenvolvimento social e econômico, à equidade e ao aproveitamento da vida. Então, o documento aponta a promoção da saúde e o desenvolvimento social como dever dos governos a ser compartilhado com a sociedade por meio de parcerias (BRASIL, 2002).

Outrossim, a “VI Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde”, Carta de Bangkok de 2005, conclama as ações e os compromissos para abordar os DSS no mundo globalizado por meio da promoção da saúde. Destaca, desse modo, a necessidade de controle das doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis, considerando as mudanças globais, em especial o aumento das desigualdades, os novos padrões de consumo, mudança ambiental e urbanização, e o aumento das iniquidades. A ênfase é dada à exclusão dos marginalizados no processo de atenção

à saúde, fundamentada em quatro compromissos: desenvolvimento da agenda global, responsabilidade de todos os governos, meta principal da comunidade e da sociedade civil, necessidade para boa administração prática (WHO, 2005). Portanto, resgata e atualiza a discussão sobre o reforço da ação comunitária definido na Carta de Ottawa e propõe políticas e parcerias para capacitar as comunidades, com o intuito de melhorar a saúde, assim como a igualdade na saúde (HEIDEMANN *et al.*, 2006).

A “VII Conferência Internacional de Promoção da Saúde”, realizada em Nairobi em 2009, apresenta a promoção da saúde como estratégia central na agenda do desenvolvimento, com objetivo de melhorar a saúde, a QV e reduzir a pobreza e iniquidades em saúde. Assim, reforça como responsabilidades urgentes: fortalecer a liderança em promoção da saúde e os sistemas de saúde; garantir o financiamento, empoderar as comunidades e pessoas; e aumentar a participação e construir e aplicar conhecimentos acerca da promoção da saúde. O documento elege algumas estratégias de ação para o alcance dessas responsabilidades, a exemplo da garantia do financiamento adequado e do acesso universal, da melhoria das abordagens dos sistemas de saúde e do gerenciamento de seu desempenho. A proposta inclui o enfrentamento das doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis, em especial o fortalecimento no contexto da atenção primária. A Carta do referido encontro, ainda mais, introduz o conceito de alfabetização em saúde (WHO, 2009).

Por sua vez, a “VIII Conferência Internacional de Promoção da Saúde”, realizada em Helsinki em 2013, firma acordo entre governos com promoção da equidade e saúde em todas as políticas, compreendendo que saúde para todos é um objetivo social, atrelado ao desenvolvimento sustentável. Reafirma, destarte, o compromisso com a equidade e com a saúde como direito universal, os quais são encarados como expressão da justiça social – que compreende que políticas equitativas ampliam os níveis de saúde, reduzem a pobreza e promovem inclusão e segurança. Então, a saúde é delimitada como responsável por melhorar a QV, aumentar a capacidade de aprendizagem, fortalecer famílias e comunidades e melhorar a produtividade da força de trabalho. Logo, apresentam pressupostos que confirmam que as iniquidades em saúde são injustas e inaceitáveis (WHO, 2013).

A “IX Conferência Internacional de Promoção da Saúde”, realizada em Xangai no ano de 2016, postula como prioridades para a promoção da saúde: saúde, bem-

estar⁶, felicidade e saúde mental, orientando, também, promover a saúde em todos os setores da sociedade, vinculando-a ao desenvolvimento sustentável e aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). Compreende a promoção da saúde relacionada com a capacitação das pessoas, comunidades e sociedades para o autocuidado com a saúde e QV. O suporte para as ações são os três pilares: boa governança, cidades saudáveis e alfabetização em saúde (WHO, 2016).

No contexto brasileiro a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNAPS) foi instituída em 2006 e ratificou o compromisso do país com a ampliação e qualificação de ações de promoção da saúde no âmbito do SUS. Esta foi aprimorada e atualizada em 2014 e em 2018. Utiliza os fundamentos do próprio SUS, trazendo o conceito ampliado de saúde, o referencial teórico da promoção da saúde e os resultados de suas práticas desde a sua institucionalização; destacando a necessidade de articulação com outras políticas públicas para seu fortalecimento, com vistas à equidade, à melhoria das condições e dos modos de viver e à afirmação do direito à vida e à saúde (PNAPS, 2014).

Nesse sentido, a promoção da saúde implica em considerar a autonomia e a singularidade das pessoas, das coletividades e dos territórios, uma vez que seus modos de viver, dependem não apenas da vontade ou da liberdade individual e comunitária, mas estão condicionadas e determinadas pelos contextos social, econômico, político e cultural em que vivem. Objetiva deste modo promover a equidade, melhoria nas condições de vida, empoderar as pessoas e coletividades, reduzir vulnerabilidades e riscos decorrentes dos DSS (PNAPS, 2018).

No cenário prisional, a promoção da saúde é uma parte importante do trabalho do serviço de saúde – apesar de estar cercada por desafios –, em relação aos valores, como empoderamento, autonomia e autoestima, em função das regras e normatizações desse contexto. No entanto, a prisão é, em muitos casos, a única oportunidade para abordagem das necessidades de saúde de PPL que, com frequência, levaram estilos de vida caóticos antes da prisão (WHO, 2014), considerando que a marginalização das PPL antecede a privação de liberdade e

⁶ O conceito de bem-estar que norteia esta pesquisa, o considera como complexo e relacionado com a capacidade da pessoa de suprir suas necessidades materiais, aspirações espirituais e satisfazer-se com a vida. Envolve, assim, o bem-estar objetivo relacionado aos aspectos sociais e econômicos, e o subjetivo relacionado à experiência de vida de cada pessoa: a satisfação com a vida, os afetos positivos e negativos (SANTOS, 2023; NOGUEIRA, 2002).

relaciona-se aos DSS, inclusive os estilos de vida individuais, como fumar, praticar atividade física, adotar dieta saudável, são condicionados por DSS, tais como, renda, padrões culturais, dentre outros (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

Destaca-se a ênfase dada pelo documento *Prisons and health* (WHO, 2014) sobre a importância da promoção da saúde nas prisões, em especial no que se refere à educação em saúde às PPL. Considera-se a recomendação alinhada à Carta de Ottawa, quando indica a necessidade de oportunizar que as pessoas façam escolhas saudáveis, com acesso a informações que melhorem sua capacidade de aplicar suas eleições e conhecimentos em saúde no cotidiano (WHO, 1986).

O profissional de saúde atua como um facilitador para acesso dos usuários à informação, uma vez que deva intencionar aumentar a autonomia das pessoas e comunidades no processo de tomada de decisões. Contudo, é preciso ponderar que as ações de promoção da saúde incluem abordagens amplas, como mudança em legislações, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais (BRASIL, 2002).

A OMS apresenta a proposta de prisões saudáveis, que busca garantir saúde na prisão com um ambiente saudável, utilizando-se dos serviços de saúde e educação em saúde como ferramentas, incluindo, nesse processo, funcionários, PPL e ambiente carcerário. Assim sendo, as prisões passariam a ser ambientes promotores de saúde – dentro dos limites da lei e limitações impostas pela privação de liberdade –, enfatizando a atuação focada na manutenção da saúde e redução de riscos, para além da punição. Ainda, destaca-se que uma boa saúde na prisão reflete em uma boa saúde pública (WHO, 2007).

Ademais, a promoção da saúde na prisão baseia-se em três elementos-chave: políticas prisionais que promovam a saúde (como exemplo, uma política de não tabagismo); ambiente favorável à saúde; e iniciativas de prevenção de doenças, educação em saúde e outras iniciativas de promoção da saúde que respondam às necessidades de saúde avaliadas dentro de cada presídio. Assim, bem-estar e boa saúde são fundamentais, inclusive para o retorno das PPL à comunidade, em igual ou melhor condição de saúde comparada ao que possuíam ao adentrar na unidade penal, podendo, até mesmo, favorecer na adoção de comportamentos saudáveis (WHO, 2007).

Para muitas pessoas que cumprem privação de liberdade, que levaram estilos de vida caóticos antes da prisão, a promoção de saúde no contexto prisional pode

representar sua única oportunidade de dispor de uma abordagem ordenada para avaliar e atender às necessidades de saúde (WHO, 2007).

No que tange a promoção de saúde, Ross e Harzke (2012) formularam o modelo TECH para descrever etapas que podem ser incorporadas na promover saúde nas prisões, e também para tornar as prisões saudáveis. Logo, TECH refere-se a quatro domínios: T refere-se a testar e tratar doenças infecciosas e fornecer vacinas, se disponível; E diz respeito à modificação ambiental para redução de riscos; já a letra C corresponde ao controle de doenças crônicas; e, por fim, H faz menção à manutenção da saúde e educação em saúde.

Considerando que a promoção da saúde emergiu em resposta a um movimento que buscava renovar a concepção mundial de saúde pública, até então fundamentada no modelo biomédico – uma concepção negativa de saúde, como ausência de doença. Assim, o movimento da promoção da saúde, que remonta ao final do século XX, uma das inovações no campo da saúde pública, tem como finalidade a mobilização e desenvolvimento de recursos de saúde populacional, objetivando que as pessoas vivam com qualidade. Concentrados na Carta de Ottawa (WHO, 1986), seus princípios explicitam o respeito aos direitos humanos e a participação ativa das pessoas como elementos centrais de ação. Neste ínterim, os profissionais de saúde atuam para capacitar as pessoas para que possam fazer melhores escolhas (ERICKSSON; LINDSTROM, 2006b).

Diante dos conceitos de promoção de saúde, emergidos das Cartas internacionais de promoção da saúde e respectivas Conferências, e a proposta de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de suas condições de vida e saúde, surge o conceito de alfabetização em saúde ou LS, do qual nos aproximaremos na próxima seção – que discute o referencial teórico.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo objetiva apresentar o referencial teórico deste estudo, a Teoria Salutogênica, resgatando seus conceitos principais, bem como discute a interlocução desse modelo teórico com a promoção da saúde.

5.1 TEORIA SALUTOGÊNICA

A Teoria Salutogênica⁷ foi elaborada por Aaron Antonovsky (1923-1994), nascido nos EUA, na década de 1920, em contexto de pós Primeira Guerra Mundial (1928) e explosão da Grande Depressão (1929). Filho de imigrantes russos-judeus, seus pais e irmã fugiram da Rússia e se estabeleceram no Brooklyn, Nova York. Seu ambiente social, na infância, foi de convívio com famílias de imigrantes judeus e italianos, prioritariamente de classe baixa. Seu pai era dono de pequena lavanderia, na qual Antonovsky e a família laboravam. Neste contexto, sobreviveram às dificuldades, relacionadas à adaptação cultural e severa crise econômica.

Na década de 1930, Antonovsky foi enviado pelos pais a uma prestigiada escola e, posteriormente, à faculdade. Em sua adolescência, integrou um movimento juvenil judeu, do qual absorveu a ideologia socialista. Iniciou graduações em história e economia, que foram interrompidas por convocação para ingresso no exército, na Segunda Guerra Mundial, concluindo os estudos em 1945. Já na década de 1950, o estudioso concluiu seu doutorado em sociologia na Universidade de Yale, discutindo temáticas como classe social, discriminação, desigualdade, imigração e minorias étnicas (MITTELMARK *et al.*, 2017).

Nos anos de 1960, então, atuou no Instituto de Israel de Pesquisa Social Aplicada, dedicando sua pesquisa aos aspectos sociológicos da saúde e aos aspectos socioculturais da menopausa. A nomeação para professor e chefe do Departamento de Sociologia da Saúde na Universidade de Ciências da Saúde do Ben-Gurion de Negev, em Israel, da qual foi um dos fundadores em 1974, foi o auge de sua atuação profissional (ERIKSSON; LINDSTROM, 2006a).

⁷ As obras dos teóricos que discutem a Teoria Salutogênica encontram-se prioritariamente publicadas no idioma inglês, sendo que a tradução foi realizada pela pesquisadora.

No início de sua carreira, trabalhou com o conceito de classe social e saúde; mais tarde, voltou interesses às relações entre estressores e saúde (ERIKSSON; LINDSTROM, 2006a). A mudança de Antonovsky da Patogênese para a Salutogênese começa a se cristalizar na década de 1960, uma vez que até aquele momento trabalhava com estresse e enfrentamento, com foco em doenças como esclerose múltipla, câncer e doenças cardiovasculares.

Foi durante período sabático em Berkeley, em 1977 e 1978, uma década mais tarde, que Antonovsky passa a cunhar a Salutogênese, culminando em exposição teórica em suas obras clássicas: *Health, Stress and Coping*, de 1979, resultado de seus primeiros 15 anos de estudo, no qual apresentou o Modelo de Saúde Salutogênico, e, nos 15 anos seguintes, *Unraveling the Mystery of Health*, de 1987, no qual aperfeiçoou e refinou a compreensão do modelo, com foco na discussão do SOC⁸ (MITTELMARK *et al.*, 2017).

A Teoria Salutogênica foi apresentada por seu fundador como uma orientação global para enxergar o mundo, assim, a maneira como as pessoas veem sua vida tem uma influência positiva sobre sua saúde. Contudo, sua morte precoce, aos 71 anos, em 1994, significou uma ruptura na liderança de uma nova direção na pesquisa em saúde pública (ERIKSSON; LINDSTROM, 2006a).

O Modelo Salutogênico, então, originou-se de um estudo desenvolvido por Aaron Antonovsky sobre adaptação ao climatério, realizado em Israel, com mulheres de diferentes grupos étnicos. A análise incluía entrevistas com cerca de 1150 mulheres nascidas na Europa central, entre 1914 e 1923; uma das questões relacionava-se ao fato de terem estado ou não nos campos de concentração da Segunda Guerra Mundial. Os achados demonstraram que 51% das mulheres do grupo controle e 29% das mulheres sobreviventes do campo de concentração apresentavam boa saúde e tinham QV (ANTONOVSKY, 1979).

Diante destes achados, Antonovsky questionou sobre como essas mulheres, apesar da experiência do campo de concentração, foram capazes de manter sua saúde. Esta experiência o conduziu ao que denominou de Modelo Salutogênico, o qual publicou formalmente em 1979 (ANTONOVSKY, 1979). O estudioso concluiu que as pesquisas estavam olhando para a direção errada, por meio do modelo patogênico

⁸ Ambos se encontram esgotados, mas com acesso gratuito para downloads no site da STARS (STARS, 2020).

e, assim, se propôs a explicar que os fatores que promovem a saúde são distintos daqueles que modificam o risco para doenças específicas (ERIKSSON; LINDSTROM, 2011).

A questão central do Modelo Salutogênico, então, é compreender como e o porquê de certas pessoas permanecem bem mesmo após terem vivido situações de estresse intenso, e outros não. Logo, a saúde ou a doença dependem da adequada gestão das tensões. Para Antonovsky, a maneira como as pessoas vivem sua vida e a essência de sua existência permitiu a elas que mantivessem boas condições de vida e saúde. Assim, a orientação Salutogênica foca na origem da saúde. Assim, questiona-se por que as pessoas se localizam no polo saudável, do contínuo saúde-doença, ou seja, como permanecem saudáveis apesar dos estressores. Portanto, a saúde ou a doença dependem da adequada gestão das tensões (ANTONOVSKY, 1979).

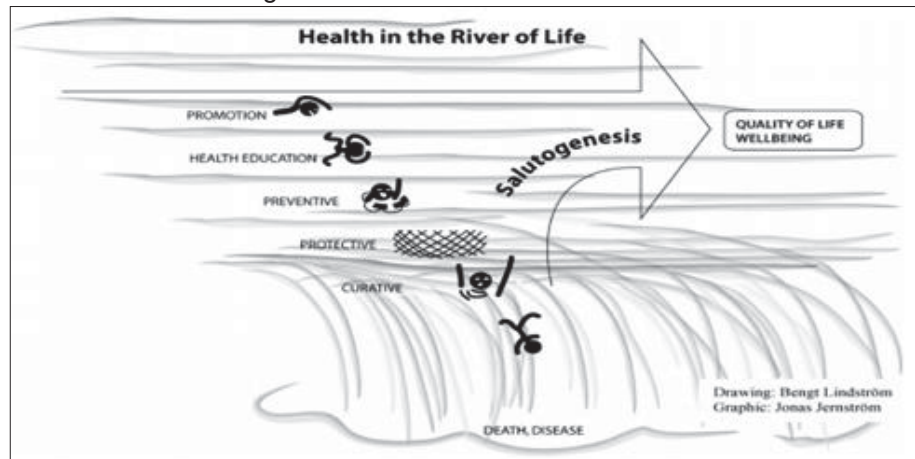
Nesta perspectiva, compreende-se a natureza humana como heterostática, significando que o organismo humano se encontra em estado dinâmico de desequilíbrio; a doença e os estressores internos e externos são a norma, inevitáveis, e não homeostáticos, regulados, equilibrados e ocasionalmente perturbados pela doença, que busca controlar os estressores, fatores de risco (ANTONOVSKY, 1987). O caos e o estresse são vistos como parte da vida e das condições naturais do viver humano (ERIKSSON; LINDSTROM, 2006a).

Lindstrom e Eriksson (2005b) rejeitam a classificação dicotômica saúde-doença, compreendendo-a como um processo contínuo: ao longo da vida, as pessoas se defrontarão com seus dois polos. Assim, evita classificar a pessoa como totalmente saudável ou doente, mas considera que saúde e doença estão integradas num contínuo multidimensional que apresenta dois polos distintos: saúde (ease) e doença (disease), – as pessoas encontram-se em um movimento de progressão ou regressão em relação aos distintos polos do contínuo (LINDSTRÖM; ERIKSSON, 2005b).

A busca, nesta perspectiva, não é determinar se um indivíduo é saudável ou doente, mas compreender o quanto ele se aproxima dos polos do contínuo ease/disease, e quais são os fatores que promovem o movimento em direção ao polo saudável (ANTONOVSKY, 1987; LINDSTRÖM; ERIKSON, 2005b). Para explicar o desenvolvimento da saúde, usa a metáfora do rio, apresentada na Figura 1: o Rio da Vida, elaborada por Eriksson e Lindstrom (2008).

Na metáfora, todos os seres humanos estão no rio, que é o fluxo da vida. Ninguém permanece na margem com segurança; muitos rios estão poluídos, literal e figurativamente. No rio, existem bifurcações que podem levar aos suaves riachos e calma, ou para corredeiras, que representam perigo. De acordo com as características do rio, as pessoas manejam mais ou menos bem. A cachoeira representa a doença, portanto. Ao nascer, as pessoas são jogadas no rio e flutuam de acordo com o fluxo; contudo, alguns nascem perto do lado no qual se pode flutuar à vontade, as oportunidades de vida são boas e há muitos recursos à disposição, como em um estado de bem-estar. Outros nascem perto da cascata, onde a luta pela sobrevivência é mais difícil (ANTONOVSKY, 1987).

Figura 1 - A SAÚDE NO RIO DA VIDA



FONTE: Eriksson e Lindstrom (2008).

Nesta perspectiva, a proposta de Antonovsky para a promoção da saúde é que as pessoas aprendam a nadar, não bastando, então, a construção de pontes; para isso, as pessoas precisam mobilizar os recursos a fim de manter a saúde, apesar dos estressores (ANTONOVSKY, 1987). Destaca-se que a Salutogênese não se relaciona apenas às pessoas, mas a uma interação delas com as estruturas sociais, da relação dos recursos humanos e o contexto de vida. O foco, portanto, é na vida, não na doença ou na morte (LINDSTRÖM; ERIKSSON, 2011).

Os conceitos centrais do modelo são os Recursos Generalizados de Resistência (GRRs) e o SOC. Ainda, pontua-se que Antonovsky, ao criar a Salutogênese e os seus conceitos centrais, apoia-se em muitos outros quadros teóricos (ERIKSSON; LINDSTROM, 2006a). Também, Mittelmark *et al.* (2017) afirmam que Antonovsky considerou os trabalhos de Hans Selye (1956) e Lazarus e

Cohen (1977)⁹ como particularmente inspiradores para a construção do Modelo Salutogênico, tal como considerou outros teóricos: René Dubos, George Engel, Tomas Holmes, Richard Rahe, John Cassel e Melvin Khon. Antonovsky afirma possuir débitos intelectuais a tais teóricos na obra *Unraveling the Mystery of Health*, de 1987 (ANTONOSKY, 1987). Contudo, para Mittelmark *et al.* (2017), apesar de Antonovsky considerar a influência de outros pensadores em sua teoria, relata um sentimento de isolamento ao introduzir o Conceito Salutogênico, uma vez que os demais pesquisadores da época focavam seus estudos na patogênese.

É preciso destacar, contudo, que a Salutogênese é muito mais ampla do que apenas mensurar o SOC: seu quadro teórico inclui outros conceitos relacionados e outras teorias convergentes. As teorias relacionadas por meio da “Salutogenic Umbrella”, de acordo com Eriksson e Lindstrom (2011), incluem conceitos e dimensões que convergem com a abordagem Salutogênica, conforme ilustrado na Figura 2.

Figura 2 – GUARDA CHUVA SALUTOGÊNICO (SALUTOGENIC UMBRELLA)



FONTE: Adaptado de Eriksson e Lindstrom (2011).

⁹ Hans Selye dedicou seus estudos à tentativa de definir o estresse: desenvolveu o Modelo Trifásico de Selye, no qual a síndrome geral de adaptação é composta por três fases: alarme, resistência e exaustão. Ateve-se à dimensão biológica do estresse, que considera inerente a doença (FILGUEIRAS, HIPPERT, 1999). O Modelo Transacional do estresse de Lazarus e Cohen, assim como a Salutogênese, considera a interação entre a pessoa e os estressores externos, e avaliação dos estressores relaciona-se aos recursos que a pessoa possui (MITTELMARK *et al.*, 2017).

5.1.1 Senso de Coerência

O Senso de Coerência é o constructo chave da Teoria Salutogênica, consistindo em uma orientação global, um modo de ver o mundo, que expressa a capacidade de uma pessoa em confiar que em sua existência: (1) os estímulos derivados dos ambientes internos e externos são estruturados, previsíveis e explicáveis; (2) os recursos estão disponíveis para atender às demandas apresentadas por esses estímulos; e (3) essas demandas merecem investimento e engajamento. Logo, a capacidade de perceber a vida e gerenciar os estressores são independentes do que está acontecendo, com uso dos GRRs. Assim, se refere ao modo com que as pessoas acreditam que a vida e os eventos são compreensíveis, gerenciáveis e significativos. Ademais, o SOC é composto por três componentes, são eles: a compreensão, o manejo e o significado (ANTONOVSKY, 1987).

O primeiro componente do SOC, a compreensão, consiste na extensão da percepção que a pessoa tem de um estímulo que o está confrontando, podendo ser tal estímulo proveniente do ambiente interno ou externo, como ordenado, consistente, estruturado e claro. Assim, o estímulo tem sentido cognitivo para a pessoa. Se a percepção, ao contrário, não se mostrar compreensível, o estímulo seria considerado caótico, desordenado, aleatório, acidental e inexplicável; uma pessoa com forte senso de compreensão espera que os estímulos que encontrará ao longo da vida sejam previsíveis; e, se inesperados, no mínimo, ordenados e explicáveis. Apesar de nem sempre serem desejáveis, os estímulos ocorrem e fazem sentido (ANTONOVSKY, 1987).

O segundo componente do SOC, o manuseio, é definido como a extensão em que a pessoa percebe que os recursos se encontram à disposição e são adequados para atender às demandas apresentadas pelos estímulos que o bombardeiam. Estes recursos podem estar na própria pessoa, ou em outras pessoas nas quais sente que pode confiar, tais como: cônjuges, amigos, colegas, Deus, história, líder de partido, profissionais da saúde. Deste modo, reflete a capacidade de uma pessoa em lidar com as situações inesperadas que acontecem ao longo da vida (ANTONOVSKY, 1987).

O terceiro componente do SOC, o significado, consiste no elemento motivacional, relacionando-se ao sentimento de que a vida faz sentido emocionalmente, que vale a pena investir energia em, pelo menos, alguns dos

problemas e demandas colocados pela vida, merecendo compromisso e engajamento. Os desafios da vida são bem-vindos e não um fardo, ainda que a pessoa possa considerar que, em determinadas situações, sua vida poderia ter sido melhor sem tais inconvenientes (ANTONOVSKY, 1987).

A relação entre os componentes do SOC delimita que, apesar de todos serem necessários, existe uma desigual centralidade, parecendo o componente motivacional, o significado, ser o mais crucial. Contudo, o sucesso no enfrentamento depende do SOC como um todo (ANTONOVSKY, 1987). Ele é um recurso que permite que as pessoas gerenciem a tensão por meio da identificação e mobilização dos seus recursos externos e internos, encontrando soluções para a tensão. Assim, explica o motivo das pessoas permanecerem bem e até serem capazes de melhorar sua saúde em situações estressantes (ERIKSSON; LINDSTROM, 2006a).

O SOC forte é um fator significativo para facilitar o movimento em direção à saúde, uma vez que permite que a pessoa acredite que o desafio é compreensível (compreensão), que tem os recursos para lidar com a situação (manuseio) e está motivado, deseja lidar com a situação (significado) (ANTONOVSKY, 1996).

Portanto, o SOC atua como um moderador ou mediador na explicação da saúde, parecendo capaz de atuar como preditor de saúde. Existe, assim, uma relação direta entre SOC e boa saúde, representando, inclusive, menores sintomas e queixas subjetivas. O SOC funciona como um "sexto sentido" para a sobrevivência e gera habilidades de promoção da saúde (ERIKSSON; LINDSTROM, 2006a). Contudo, de acordo com Mittelmark *et al.* (2017), o SOC é moldado, pois é a experiência de vida ao utilizar os recursos para lidar com os estressores que o molda.

Destaca-se que a força do SOC, conforme Antonovsky (1996), é definida por três tipos de experiências de vida: consistência, equilíbrio entre sub e sobrecarga e, participação na tomada de decisões socialmente valorizadas. Assim, a extensão dessas experiências é moldada por sua posição na estrutura social, pela cultura, pelo trabalho, dentre outros, como: gênero, etnia e genética. Todavia, as pessoas possuem algumas escolhas na vida, de acordo com o autor, como participar de um sindicato ou de um grupo terapêutico (ANTONOVSKY, 1996).

Como forma de mensurar a saúde, e, portanto, o SOC, Antonovsky desenvolveu um instrumento que nomeou de Questionário de Orientação para a Vida, mais conhecido como Questionário de Antonovsky, construído por meio de uma pesquisa com 51 participantes israelenses, os quais foram incluídos por dois critérios:

trauma severo anterior, com consequências inevitáveis para sua vida (dentre eles: 18 com incapacidade grave; 11 que perderam uma pessoa amada; 10 em condições econômicas difíceis; 8 que tinham estado em campo de concentração e 4 com recente imigração da União Soviética) e estar bem. Utilizou o pedido norteador “Por favor fale sobre sua vida”, cujo objetivo foi descobrir como as pessoas lidavam com as dificuldades em sua vida. As análises das entrevistas foram realizadas por Antonovsky e outros três colaboradores, que classificaram os participantes em SOC fraco ou forte, em escala de dez itens. Posteriormente, reclassificou em fraco, moderado e forte.

O questionário de Antonovsky possui duas versões, a versão completa com 29 itens e a versão reduzida de 13 itens. Antonovsky classificou o SOC como fraco, moderado e forte. O SOC-29 tem pontuação de 29 a 203, e o SOC-13 de 13 a 91, nos quais pontuações mais altas refletem o SOC mais forte em ambas as escalas (DANTAS; SILVA; CIOL, 2014).

O questionário de Antonovsky possui duas versões, a versão completa com 29 itens e a versão reduzida de 13 itens. A versão SOC-29 é composta de 11 itens de compreensibilidade, 10 de gerenciamento e oito de significado, contendo 13 itens com pontuação inversa. Além da escala com 29 itens, também está disponível a versão SOC-13, a qual possui cinco itens de compreensibilidade, quatro de capacidade de gerenciamento e quatro de significado com itens de pontuação inversa; Antonovsky classificou o SOC como fraco, moderado e forte. O SOC-29 tem pontuação de 29 a 203, e o SOC-13 de 13 a 91, nos quais pontuações mais altas refletem o SOC mais forte em ambas as escalas (DANTAS, 2014).

Eriksson e Lindstrom (2011) destacam que o Questionário SOC vem sendo amplamente testado, pelo menos em cinquenta idiomas e quarenta países. Resultado semelhante foi apresentado por Dantas, Silva e Ciol (2014), ao afirmarem que o SOC-29 e SOC-13 foram traduzidos para 33 idiomas em 32 países com maior prevalência no mundo ocidental, sendo incorporado às variadas condições crônicas, como as doenças cardiovasculares, para mensurar o constructo.

Portanto, a finalidade do Questionário de Antonovsky, SOC, é mensurar como as pessoas veem a vida; como, diante de situações estressantes, identificam, usam e reutilizam seus recursos gerais de resistência para manter e desenvolver sua saúde. Consiste em recurso válido e confiável para mensurar saúde (ERIKSSON; LINDSTROM, 2006a).

5.1.2 Recursos Generalizados de Resistência

Os GRRs são definidos por Antonovsky (1987) como qualquer fenômeno eficaz no combate a uma grande variedade de estressores, relacionam-se à habilidade de uma pessoa, ou coletivo, em lidar com a tensão e evitar ou manejar o estresse – que é inerente à existência humana. Proporcionam ao ser humano um conjunto de experiências de vida consistentes, seja pela participação da pessoa na ação ou por meio da possibilidade de fazer um balanço tal situação (ANTONOVSKY, 1987; 1979).

Tais Recursos Generalizadores vinculam-se à pessoa, ao grupo social e ao ambiente (ANTONOVSKY, 1979). Assim, constituem-se de fatores biológicos, materiais e psicossociais que facilitam que as pessoas percebam suas vidas como consistentes, estruturadas e compreensíveis, sendo que a presença desses recursos melhora as chances do indivíduo em lidar com os desafios da vida, auxiliando na construção de experiências de vida coerentes. Portanto, relacionam-se à habilidade da pessoa para lidar com a tensão e evitar ou manejar o estresse e, são advindos das experiências vividas (ERIKSSON; LINDSTROM, 2006a).

Os Recursos são apresentados por Antonovsky (1987), sendo variáveis, como: recursos materiais (dinheiro, alimentação, moradia), conhecimento e inteligência, autoconhecimento, estratégia de enfrentamento racional e flexível, apoio social, coesão e comprometimento com sua cultura, religião e filosofia, comportamentos saudáveis, estado de saúde atual e, características genéticas e constitucionais. Contudo, o fator-chave para o fundador da teoria não é a disponibilidade de GRRs, mas a capacidade da pessoa em utilizá-los.

O Modelo Salutogênico apresenta, destarte, uma relação recíproca entre GRRs e SOC. Assim, os GRRs ajudam na conformação do SOC da pessoa, ou seja, oportunizam experiências de vida que promovem um SOC forte. Então, um forte SOC auxilia na mobilização dos Recursos para o manejo das tensões (ANTONOVSKY, 1987; ERIKSSON; LINDSTROM, 2006a).

5.1.3 Interface: Literacia em Saúde, Salutogênese e Promoção da Saúde

O conceito LS foi utilizado pela primeira vez nos anos 1970, relacionado à educação em saúde, sofrendo modificações ao longo dos anos. Desse modo, a OMS, em 1998, definiu-a como um “conjunto de competências cognitivas e sociais e a

capacidade dos indivíduos para terem acesso à compreensão e ao uso da informação de forma a promover e manter uma boa saúde” (WHO, 1998, p. 9). Entretanto, o conceito de Kickbusch, Wait e Maag (2006) insere na reflexão o componente social, definindo-a como uma estratégia para capacitar as pessoas a fim maximizar o controle sobre sua saúde, informações e responsabilidades, bem como decidir sobre suas condições de sua vida nos mais diversos contextos, de modo fundamentado.

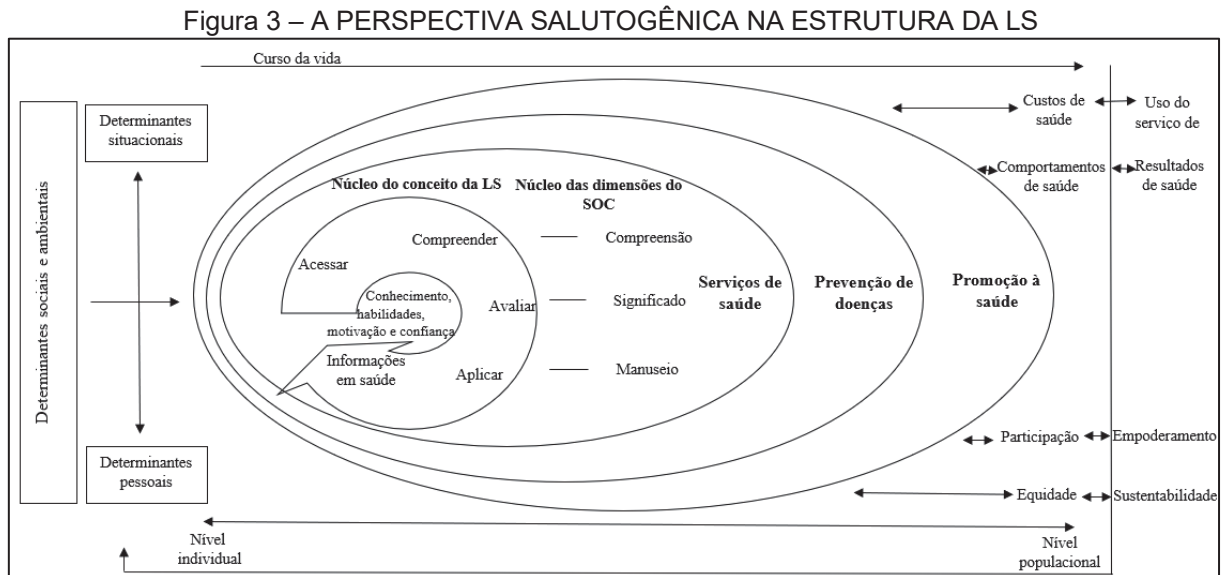
A LS está associada ao conhecimento e às competências das pessoas para atender às complexas demandas de saúde na sociedade moderna (SORENSEN *et al.*, 2012). Compreendida como “[...] capacidade de obter, processar e interpretar informações básicas em saúde para tomar decisões adequadas” (QUEMELO *et al.*, 2017, p. 2), representa elemento imprescindível no processo de sucesso do tratamento das doenças crônicas, pois repercute no acesso e na compreensão de informações sobre os cuidados com a saúde, relacionada com a prevenção de doenças e promoção da saúde (QUEMELO *et al.*, 2017).

Assim, compõe-se de um ciclo do conhecimento em quatro etapas: acesso – que se refere a capacidade de procurar, encontrar e obter serviços de informações em saúde; compreensão da informação em saúde acessada; avaliação das informações em saúde – capacidade de interpretar, filtrar, julgar e avaliar as informações adquiridas; aplicação da informação – capacidade de comunicar e usar a informação para tomada de decisão a fim de manter e/ou melhorar a saúde (SORENSEN *et al.*, 2012).

É preciso ponderar que o processo de obter, acessar e compreender informações de saúde representam um paralelo com a primeira dimensão do SOC, a compreensão; a avaliação das informações, um paralelo com a dimensão significado do SOC; e a aplicação destas, a capacidade de gerenciamento/manuseio do SOC. Portanto, a LS, é um GRRs macrossociocultural, uma vez que abarca todo o conjunto de características que permite que uma pessoa ative habilidades que contribuirão para lidar com os eventos da vida com sucesso e mover-se para o polo saúde do *continuum* (SABOGA-NUNES; BITTLINGMAYER; OKAN, 2019).

A LS elevada contribuirá para que a pessoa se posicione no polo saúde do *continuum* com mais facilidade, o que contribuirá para níveis mais elevados de SOC, uma vez que melhorará as condições de tomada de decisões ao agregar experiências de vida consistentes e estruturadas. Em contrapartida, uma pessoa com níveis baixos de LS enfrentará mal-entendidos, inconsistências, experiências de vida pouco

equilibradas e baixa participação na tomada de decisão, elementos alvos para a promoção da saúde. A Figura 3, em sequência, explicita a perspectiva Salutogênica na estrutura da alfabetização em saúde (SABOGA-NUNES, BITTLINGMAYER E OKAN, 2019).



FONTE: Adaptado de SORENSEN et al. (2012).

A LS em saúde implica um nível de conhecimento, habilidades pessoais e confiança para tomar medidas para melhorar a saúde pessoal e comunitária, mudando estilos e condições de vida pessoais. Ainda, é fundamental para o empoderamento das pessoas, efetivado por meio do acesso às informações e capacidade de manejá-las. Assim, um nível inadequado de LS pode ter implicações nos resultados em saúde, no que se refere à utilização dos serviços e gastos (WHO, 1998).

Ademais, a LS é apontada como elemento essencial para o desenvolvimento e promoção da saúde na “VII Conferência Internacional em Promoção em Saúde”, que recomendou o monitoramento de seus níveis e a disseminação de intervenções relacionadas à alfabetização em saúde. Logo, propôs-se que as intervenções de alfabetização em saúde precisariam considerar as necessidades de saúde, sociais, políticas e culturais, permitindo as comunidades agir respaldadas em conhecimentos (WHO, 2009).

Já a “IX Conferência Internacional em Promoção em Saúde” reiterou o papel da alfabetização em saúde, não apenas como recurso pessoal, mas mobilizador das comunidades para abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais. Enfatizou que o conhecimento e a compreensão são ferramentas potentes para a

promoção da saúde. Desse modo, melhorar a alfabetização em saúde fornece base para o papel ativo das pessoas em sua saúde, das comunidades, tal como em cobrar ações governamentais. O foco especial é dado a atender as necessidades de alfabetização em saúde dos marginalizados, com vistas a reduzir as iniquidades em saúde (WHO, 2016).

Para o alcance da alfabetização em saúde, na IX Conferência (2016) afirmou-se que a educação em saúde se constitui de um dos meios. Esta é compreendida como uma oportunidade intencionalmente construída para experiências de aprendizagem, desenvolvimento de habilidades, motivação e confiança (WHO, 1998). Assim, é concebida para ajudar as pessoas e as comunidades a melhorarem a sua saúde, por meio do acesso ao conhecimento, podendo resultar em mudanças de atitudes favoráveis à saúde (WHO, 2013).

Neste íterim, a Educação em Saúde consiste de “Processo educativo de construção de conhecimentos que visa à apropriação temática pela população” são, portanto, práticas do setor saúde que contribuem para “[...] aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades” (BRASIL, 2009, p. 22).

Nesse sentido, de acordo com Saboga-Nunes, Bittlingmayer e Okan (2019), a LS pode ser compreendida como um GRRs macrossocial no contexto de construção do SOC, quando a análise da saúde ocorre na perspectiva Salutogênica, com o SOC como núcleo central e os GRRs intimamente conectados a ele. A saúde, em tal paradigma, constitui a luta humana contra o caos e impulsiona a pessoa a adquirir e desenvolver características que a habilitará para fazer escolhas que poderão determinar o aumento ou a diminuição, relacionadas às experiências de saúde, as quais podem direcioná-lo ao polo saúde (*ease*). Assim, a LS pode desempenhar um papel de liderança no enfrentamento da pessoa contra o caos, uma vez que pode contribuir com o entendimento.

A Teoria Salutogênica não está reduzida à construção da condição de saúde perfeita, ou um mundo perfeito, mas intenciona uma forma de viver com o potencial de saúde que cada pessoa possui e, ao mesmo tempo, atuar para melhorá-lo. Antonovsky não estava olhando para um estado perfeito de saúde, mas apontando para a condição natural dos seres humanos de combater o caos na vida cotidiana,

administrando os estressores de uma maneira saudável (SABOGA-NUNES; BITTLINGMAYER; OKAN, 2019).

A vida, destarte, é a capacidade de enfrentamento permanente, bem como lidar com os estressores, tais como eventos, pessoas e ambiente. Esses elementos precisam estar organizados para promover saúde e bem-estar. Assim, o mais importante é o que a pessoa acredita ser, encontra sentido em sua vida e, não necessariamente no que uma pessoa é realmente (SABOGA-NUNES; BITTLINGMAYER; OKAN, 2019).

Pontua-se que a LS pode impactar o desenvolvimento humano, na medida em que impacta na tomada de decisões micro, meso e macro, em especial nos níveis de formulação de políticas, tomada de decisão e poder (SABOGA-NUNES; BITTLINGMAYER; OKAN, 2019). Para tanto, o Modelo Salutogênico, apesar de útil para todas as áreas, é particularmente apropriado à promoção da saúde. Esta abordagem teórica é adequada, independente do ponto trabalhado no contínuo saúde-doença, uma vez na abordagem dos determinantes, explora a origem da saúde, em vez da doença. Coaduna com uma visão positiva de saúde física e mental, QV e bem-estar, permitindo, inclusive, a mensuração da saúde por meio do instrumento SOC (ANTONOVSKY, 1996; ERIKSSON; LINDSTROM, 2006a; 2009; 2011).

A Teoria Salutogênica, de acordo com Lindstrom e Ericksson (2006b), poderia ser considerada como um marco teórico para a promoção da saúde, uma vez que se concentra em três aspectos: foco na resolução/descoberta de soluções de problemas; identifica os recursos generalizados de resistência (GRRs), que ajudam as pessoas na direção da saúde positiva; identifica um sentido global e generalizado em pessoas, grupos, populações ou sistemas, que serve como o mecanismo geral ou capacidade para este processo, o SOC.

Antonovsky (1996) levantou a questão de que não existe outro modelo teórico que se apresente como base para a promoção da saúde. Assim, as perspectivas são fundir-se com o modelo hegemônico (preventivista) ou estruturar um programa salutogênico, que fortaleça o SOC das pessoas, ou comunidade, melhorando sua compreensão, manuseio e significado. O modelo teórico da Salutogênese é apresentado pelo autor como uma possibilidade de concentrar-se no que gera saúde na totalidade do contínuo saúde-doença, não apenas na doença e fatores de risco.

Outrossim, Ericksson e Lindstrom (2006a), corroborando com Antonosky (1996), apontam a ausência de base teórica para a promoção da saúde e sugerem o uso da Teoria Salutogênica para tal fim. Inclusive, destacam que, na década de 1980, esse modelo influenciou o desenvolvimento do modelo de promoção da saúde, embora não explicitamente declarado na Carta de Ottawa. Afirmam, então, que as teorias subjacentes à pesquisa da promoção da saúde foram discutidas em um Seminário realizado no Escritório Regional da OMS, em Copenhague, em 1992, Seminário tal que Antonovsky participou apresentando seu constructo, o que teria direcionado o movimento para o foco na saúde, não na doença.

A União Internacional para a Promoção e Educação em Saúde (IUHPE)¹⁰ (2020) reafirma que, dentre as teorias que influenciaram a Carta de Ottawa, encontra-se a Teoria Salutogênica, a qual parte da saúde, pensando os sistemas, os determinantes e o processo de capacitar as pessoas (LINDSTROM; ERICKSSON, 2006b; 2008).

Diante da compreensão de que a atuação por meio da educação em saúde, visando maximizar a LS, pode contribuir com a melhoria nas condições de vida das pessoas e favorecer a tomada de decisões que colaborem na manutenção de sua saúde; o próximo capítulo desta pesquisa discorrerá sobre o percurso metodológico, tendo como base teórica o referencial da Salutogênese.

¹⁰Em 2007, na Assembleia Geral do IUHPE, realizado em Vancouver, Canadá, foi estabelecido o Grupo de trabalho para promover a Salutogênese no contexto da promoção da saúde, denominado Grupo de trabalho sobre Salutogênese (WG-SAL), consistindo em um grupo internacional e interdisciplinar composto por até 20 membros, representando diferentes regiões do mundo e áreas de pesquisa de Salutogênese, eleitos e atuantes por esse grupo por um período de 5 anos. O WG-SAL fundou o STARS no ano de 2017, objetivando ampliar o alcance da Salutogênese, que consiste de uma plataforma transdisciplinar para intercâmbio científico entre pesquisadores no campo da Salutogênese, servindo de ponte entre o WG-SAL e a comunidade científica (IUPHE, 2020).

6 PERCURSO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE ESTUDO

O caminho metodológico desta pesquisa utilizou métodos mistos. Portanto, a investigadora coletou, analisou os dados, integrou os achados e extraiu referências usando abordagens qualitativas e quantitativas neste único estudo ou programa de investigação (TASHAKKORI; CRESWELL, 2007). A escolha justificou-se em virtude de que a abordagem mista, ao abranger dados qualitativos e quantitativos, permite melhor entendimento dos problemas de pesquisa se comparado ao uso isolado de cada uma das abordagens, uma vez que possibilita conhecer a realidade objetiva e subjetiva, resultando em integral compreensão do objeto de estudo (CRESWELL, 2010).

Este tipo de estudo combina métodos, uma filosofia e uma orientação do projeto de pesquisa. Nesse sentido, são características essenciais: coletar e analisar os dados qualitativos e quantitativos de modo persuasivo e rigoroso, tendo como base a questão de pesquisa; mesclar os dados de ambas as abordagens, fazendo um incorporar ou construir o outro, podendo priorizar uma ou ambas as abordagens; e, ainda, usar esses procedimentos em um único estudo ou em múltiplas fases de um estudo. Destaca-se que essa modalidade de investigação precisa estruturar-se em visões de mundo filosóficas ou lentes teóricas (CRESWELL; PLANO CLARK, 2013).

A escolha por desse método pode resultar em abordagens que permitam expandir a compreensão, convergindo ou confirmando resultados por meio de diversas fontes de dados. Apresenta, assim, quatro aspectos importantes a serem considerados: a distribuição de tempo, a atribuição de peso, a combinação dos dados e a teorização. Em relação à distribuição de tempo, a coleta dos dados quantitativos e qualitativos pode ser realizada concomitantemente ou em fases (sequencialmente), cuja escolha relaciona-se às intenções da pesquisadora. No que se refere ao peso, consiste na prioridade atribuída à pesquisa quantitativa ou qualitativa, podendo ser o mesmo ou enfatizar uma das abordagens (CRESWELL, 2010).

Ademais, a combinação dos dados de uma pesquisa de métodos mistos, processo de mixar os dados qualitativos e quantitativos, pode acontecer: conectando (dados qualitativos e quantitativos interligados nas fases da pesquisa), integrando (dados qualitativos e quantitativos são fundidos) ou incorporando (uma das

abordagens apresenta papel principal e a outra serve de apoio) (CRESWELL, 2010). Logo, a teorização serve de guia para as investigações e reflete, implícita ou explicitamente, mencionadas ou não, as teorias, estruturas e palpites norteadores (CRESWELL, 2010). Na presente pesquisa, a Teoria Salutogênica consiste na opção de teorização da análise.

A análise dos fatores supramencionados contribui para a escolha da estratégia de métodos mistos a ser utilizada em uma pesquisa, a qual pode ser: explanatória sequencial, exploratória sequencial, transformativa sequencial, triangulação concomitante, incorporada concomitante e transformativa concomitante. Estas são representadas por um sistema de notação de métodos mistos, tal como se apresenta no Quadro 1 (CRESWELL, 2010).

Quadro 1 - NOTAÇÃO E SIGNIFICADO EM MÉTODOS MISTOS

Notação	Significado
“+”	Coleta de dados simultânea ou concomitante
“→”	Coleta de dados sequencial
“QUAN”	Maior peso atribuído ao estudo quantitativo
“QUAL”	Maior peso atribuído ao estudo qualitativo
“quan”	Menor peso atribuído ao estudo quantitativo
“qual”	Menor peso atribuído ao estudo qualitativo
“QUAN/qual”	Método qualitativo incorporado no método quantitativo
“QUAL/quan”	Método quantitativo incorporado no método qualitativo

FONTE: CRESWELL (2010).

Para esta pesquisa, optou-se pela estratégia explanatória sequencial, útil para explicar e interpretar as relações, caracteriza-se por uma fase inicial de coleta e análise de dados quantitativos; e, em fase sequencial, coleta e analisa os dados qualitativos. Representada pela notação: “QUAN → qual”, atribui maior peso aos dados quantitativos, os quais direcionam a coleta de dados qualitativos (CRESWELL, 2010).

O uso da abordagem quantitativa, realizou-se por meio de estudo transversal e longitudinal com intervenção. A etapa transversal desta pesquisa buscou a descrição instantânea da “[...] situação de saúde de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo, daí produzindo indicadores globais de saúde para o grupo investigado” (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2017, s/p.). Essa modalidade de estudo permite a realização de

diagnósticos comunitários da situação local de saúde, ideais quando o propósito é informar sobre a dimensão e a gravidade dos problemas de saúde aos gestores de serviço e sistemas de saúde, uma vez que contribuem para explicitar as condições de saúde/doença e o acesso aos serviços. São úteis para definir prioridades, avaliar políticas e programas e contribuir na melhoria da vida da população (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2017) – nesta pesquisa, a população concentra-se representada pelas PPL em instituições prisionais.

Já o estudo longitudinal apresenta sequência temporal conhecida entre uma exposição, não exposição ou intervenção terapêutica, objetivando estudar o processo por um período para investigar variações (HOCHMAN *et al.*, 2005). A pesquisa de intervenção é aquela que, no processo de investigação do fenômeno ou objeto, interage com a realidade (ROBAZZI *et al.*, 2018), sendo que o pesquisador introduz elemento para a transformação da condição de saúde das pessoas, ou de grupos de pessoas (ROBAZZI *et al.*, 2017). Na área da saúde, podem avaliar aspectos da condição de saúde, composta de coleta de dados antes e após a intervenção, buscando analisar os resultados obtidos (ROBAZZI *et al.*, 2018). Assim sendo, a presente pesquisa contou com ações educativas, individuais e em grupos de discussão, que compuseram as intervenções.

A abordagem qualitativa, por sua vez, efetiva “[...] compreender as relações, as visões e o julgamento dos diferentes atores sobre a intervenção na qual participam, entendendo que suas vivências e reações fazem parte da construção da intervenção e de seus resultados” (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2019, p. 74).

As etapas da pesquisa, o processo de coleta de dados, bem como as técnicas utilizadas e o período de execução, estão sumarizados no Quadro 2

Quadro 2 - ETAPAS DA PESQUISA.
FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023

Fase	Objetivo	Técnica de Coleta de dados	Cronograma	Nº de participantes
1. Pesquisa Quantitativa	Realizar diagnóstico situacional das variáveis sociodemográficas, hábitos de vida, fatores de risco e das doenças crônicas prevalentes na população prisional de Foz do Iguaçu-PR; Mensurar SOC nas PPLs;	Questionário semiestruturado (Apêndice 6) Questionário SOC (Anexo 1)	Abril de 2021 a agosto de 2021.	326
2. Pesquisa Quantitativa e Qualitativa	Identificar os recursos salutogênicos, estratégias de enfrentamento, utilizados pelas PPL com diagnóstico de HAS;	Consulta de Enfermagem 1: Instrumento de coleta de dados clínicos – segunda fase quantitativa (Apêndice 7). Protocolo de entrevista com perguntas abertas (Apêndice 5). - Questionário SOC (Anexo 1). - Escala de LS (Anexo 2). - Questionário HKLS (Anexo 3)	Fevereiro de 2022.	38
3. Intervenção	Implementar estratégia de educação em saúde para as PPL com diagnóstico de HAS e monitorar possíveis alterações no conhecimento em saúde e SOC;	Consultas de Enfermagem 2, 3 e 5: Grupo de Discussão. Consultas de Enfermagem 4 e 6: - Instrumento de coleta de dados clínicos (Apêndice 5); - Questionário SOC (Anexo 1) - Escala de LS (Anexo 2) - Questionário HKLS (Anexo 3)	Fevereiro de 2022 a julho de 2022.	30

FONTE: A autora (2020).

Neste íterim, o estudo ora apresentado destaca a utilização de métodos mistos com a finalidade de ampliar a compreensão do objeto de estudo: a saúde nas prisões iguaçuenses. A mixagem dos dados qualitativos e quantitativos visa diminuir as lacunas das abordagens isoladas, e o caminho a ser seguido pressupõe a

interlocução dos dados quantitativos que expressem o perfil de adoecimento das PPL unido aos dados qualitativos, a fim de fornecer espaço de fala aos participantes.

6.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada nas unidades prisionais do município de Foz do Iguaçu, localizado no extremo Oeste do Paraná, ao longo da fronteira com o Paraguai e a Argentina: a cidade integra a tríplice fronteira (FOZ DO IGUAÇU, 2020). Sua economia está atrelada ao setor turístico, sendo dependente das visitas ao Parque Nacional do Iguaçu e à Usina Hidrelétrica de Itaipu, bem como as possibilidades de renda se relacionam às fronteiras internacionais (CARDIN, 2011). Caracterizada pela diversidade cultural, compõe-se de aproximadamente 80 nacionalidades, das quais são mais representativas: brasileira, libanesa, chinesa, paraguaia e argentina. Conta com uma população geral de 263.508 habitantes (FOZ DO IGUAÇU, 2020).

A tríplice fronteira e, por conseguinte, Foz do Iguaçu, é conhecida por altas taxas de homicídios, associação ao tráfico de drogas, armas e mercadorias ilícitas (KLEINSCHMITT, AZEVEDO, CARDIN, 2013). Conforme o Atlas da Violência, de 2019, ocupa a sétima posição de cidade mais violenta do país, com cerca de 36 homicídios por 100 mil habitantes. Deste modo, o fluxo elevado de pessoas, capitais e mercadorias, confere-lhe uma dinâmica única (CARDIN, 2011).

Nesse íterim, Foz do Iguaçu possui a segunda maior população prisional do estado, com 2335 PPL, distribuída em quatro unidades prisionais, que se constituem do contexto alvo deste estudo. As quatro unidades penais e sua capacidade de lotação estão descritas no Quadro 3, em sequência:

Quadro 3 – UNIDADES PENAIS DE FOZ DO IGUAÇU-PR, BRASIL, E CAPACIDADE DE LOTAÇÃO

Unidade Penal	Lotação
Penitenciária Estadual de Foz do Iguaçu (PEF)	541
Penitenciária Estadual de Foz do Iguaçu II (PEF II)	1040
Penitenciária Feminina de Foz do Iguaçu (PFF UP)	236
Cadeia Pública Laudemir Neves (CPLN)	518
Total	2335

FONTE: CNJ (2020).

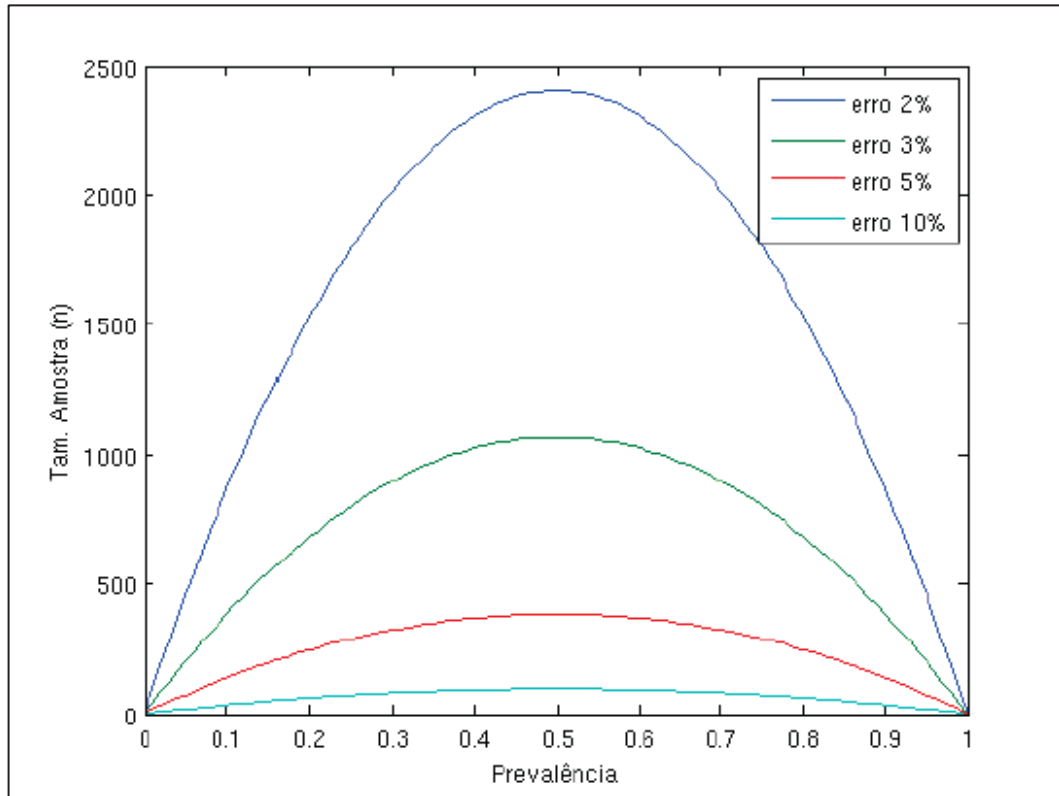
Destaca-se que as unidades PEF, PEF II e CPLN abrigam pessoas do sexo masculino, e a unidade PFF UP abriga pessoas do sexo feminino, todos com idade superior a 18 anos (CNJ, 2020). A escolha das unidades prisionais do extremo oeste foi intencional em virtude de facilidade para o desenvolvimento do estudo, coleta de dados e acompanhamento dos usuários, uma vez que a pesquisadora integra o sistema penal paranaense, atuando na unidade PEF.

6.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo desta pesquisa foram as PPL na cidade de Foz do Iguaçu-PR, nas unidades prisionais PEF, PEF II, PFF UP e CPLN, com realização prevista para o período de janeiro de 2021 a setembro de 2021. Por tratar-se de pesquisa de métodos mistos, de estratégia explanatória sequencial, foi composta de uma primeira fase quantitativa de coleta de dados (realizada de abril a agosto de 2021), uma segunda fase qualitativa e quantitativa e, ainda, uma terceira fase com pesquisa de intervenção (realizada de fevereiro a julho de 2022).

A seleção dos participantes para a etapa quantitativa ocorreu por meio de amostragem, utilizando-se do método de amostragem probabilística, conferindo a cada pessoa da população uma determinada probabilidade conhecida e não nula de ser selecionado, permitindo, assim, realizar inferências sobre a população a partir dos parâmetros estudados na amostra (CORREA, 2003). Ademais, a amostragem estratificada proporcional permitiu considerar o número de PPL em cada uma das quatro unidades prisionais. Para delimitação do tamanho amostral, considerou-se margem de erro de 5%, nível de confiança de 95% e frequência esperada do evento de interesse na população de 50%. A Figura 4 apresenta erros de 2% a 10% para diferentes tamanhos de amostra (eixo y) e estimativas de frequência (eixo x), independente do erro, no cenário em que o número de amostras é maior quando a frequência esperada é de 50%.

Figura 4 – TAMANHO DE AMOSTRA COM DIFERENTES ERROS E ESTIMATIVAS DE FREQUÊNCIA



FONTE: AAC&T Assessoria em pesquisa científica (2020).

A amostra, para representar a população total, foi calculada no software Epi Info 7 (DEAN *et al.*, 2011), resultando em 326 participantes (Figura 5), sendo que o tamanho da amostra em cada unidade penal foi proporcional ao número de PPL nelas¹¹ (93 PEF; 137 PEF II; 30 PFF UP; 66 CPLN): norteado pelo número de PPL constantes nas listagens alfabéticas fornecidas pelas unidades penais em 07 de abril de 2021, ilustrado na Tabela 1.

¹¹ Na data de início da etapa quantitativa fase 1 encontravam reclusas nas unidades penais 2163 PPL, destas: 614 na PEF, 910 na PEF II; 442 na CPLN e 197 na PFF UP. Assim, o cálculo amostral foi executado pelo número de PPL, não pela capacidade instalada que era superior ao número real de presos.

Figura 5 - CÁLCULO AMOSTRAL PRIMEIRA FASE QUANTITATIVA.
FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023.

StatCalc - Sample Size and Power				
Population survey or descriptive study For simple random sampling, leave design effect and clusters equal to 1.				
Population size:	2163	Confidence Level	Cluster Size	Total Sample
Expected frequency:	50 %	80%	153	153
Acceptable Margin of Error:	5 %	90%	240	240
Design effect:	1,0	95%	326	326
Clusters:	1	97%	387	387
		99%	508	508
		99.9%	722	722
		99.99%	891	891

FONTE: AAC&T Assessoria em pesquisa científica (2021).

Tabela 1 – NÚMERO AMOSTRAL PROPORCIONAL DE ACORDO COM OS LOCAIS DE COLETA DE DADOS.
FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023.

Local	População	%	N amostral
PEF	614	28,4%	93
PEF II	910	42,1%	137
CPLN	442	20,4%	66
PFF	197	9,1%	30
Total	2163	100,0%	326

FONTE: AAC&T Assessoria em pesquisa científica (2020).

O processo de amostragem probabilística utilizou o método de amostragem aleatória simples com desfecho em proporções, indicado para estudos nos quais os participantes já se encontram ordenados, tal como nesta pesquisa. Para a seleção dos participantes, foi utilizado sorteio aleatório sem reposição, com uso do software Excel®, a partir das listagens alfabéticas disponíveis nas unidades prisionais (CORREA, 2003). Quando o participante selecionado não se enquadrava nos critérios de inclusão estabelecidos, foi realizado novo sorteio sem reposição.

Para a segunda e terceira etapas da pesquisa, de análise qualitativa, segunda fase quantitativa e intervenção, foi utilizada a amostragem por conveniência, cujo plano amostral utilizou a totalidade de PPL com diagnóstico de HAS que se encontravam em privação de liberdade na unidade PEF. Considerou-se que a abordagem qualitativa compusesse em torno de $\pm 10\%$ da amostra quantitativa (± 33

PPL). Tal estratégia justifica-se nas melhores capacidades estruturais e de recursos humanos nessa UP, itens imprescindíveis para a execução desta etapa.

Quadro 4 - CÁLCULO AMOSTRAL FASE 2 E 3 QUALITATIVA E QUANTITATIVA. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023.

	95% de confiança
	Qualitativo
1% de erro	176
5% de erro	33*
10% de erro	9
15% de erro	4

FONTE: AAC&T Assessoria em pesquisa científica (2021).

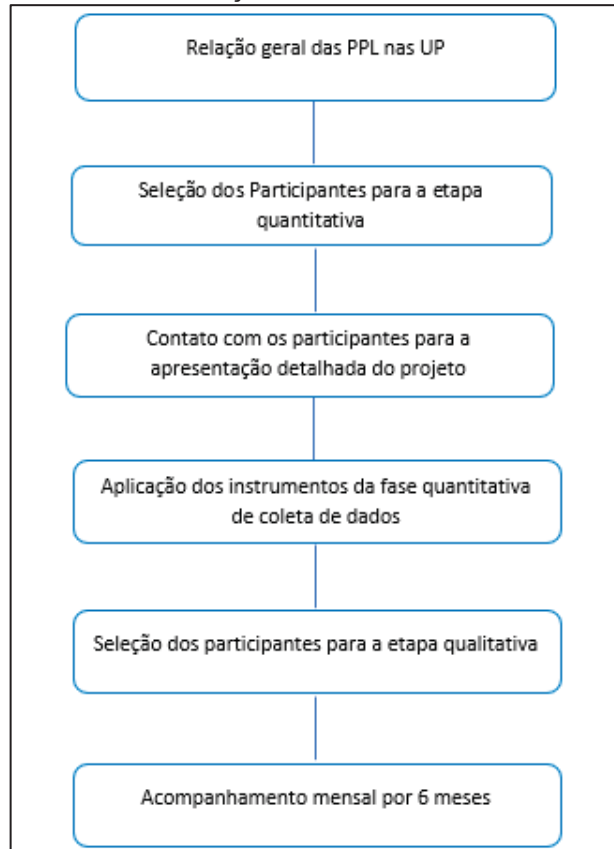
A escolha prévia pelos participantes com HAS para integrar a segunda fase desta pesquisa vincula-se à relevância da HAS no contexto extramuros. No Brasil, atinge 32,5 % da população adulta (36 milhões), contribuindo de modo direto ou indireto para 50% das mortes por doença cardiovascular. Associada com eventos de morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal; e, em associação com DM, as complicações cardíacas, renais e AVE (MALACHIAS *et al.*, 2016).

6.4 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS

O processo de recrutamento dos participantes da pesquisa aconteceu após a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Sequencialmente, a pesquisadora realizou reuniões com as equipes de saúde (médicos, enfermeiros) e gestores (diretores e coordenação regional) das unidades prisionais de Foz do Iguaçu, com objetivo de apresentar a proposta da pesquisa, objetivando a colaboração das equipes e gestores ao longo da investigação. Neste encontro, disponibilizou-se material impresso para divulgação prévia da pesquisa com as PPL, cartaz de divulgação da pesquisa (Apêndice 1).

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora no âmbito das quatro unidades prisionais da regional de Foz do Iguaçu, conforme o roteiro abaixo descrito, e de acordo com a Figura 6, que demonstra o processo resumidamente.

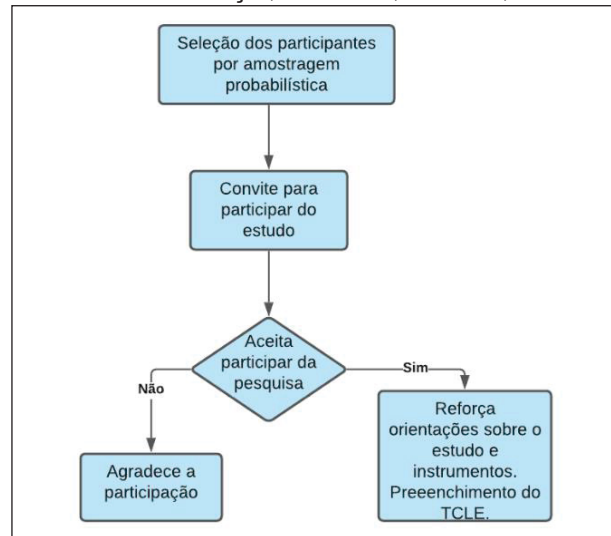
Figura 6– FLUXOGRAMA DE RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES.
FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023.



FONTE: A autora (2020).

Na etapa quantitativa, diagnóstico situacional, a pesquisadora, após levantamento amostral, realizou a abordagem dos participantes, orientando-os sobre a pesquisa e a possibilidade de inclusão ou não em uma segunda fase (para as pessoas reclusas na PEF). Nesta etapa, os participantes foram convidados a participar da pesquisa e, diante do aceite, foram orientados ao manifesto em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE 1) (Apêndice 2), utilizando-se dos seguintes instrumentos: Questionário Semiestruturado (Apêndice 3), e questionários SOC (Anexo 1). Objetivou-se, com essa fase, realizar um diagnóstico situacional das doenças crônicas nas PPL das UPs e níveis de SOC. A Figura 7, apresenta o processo.

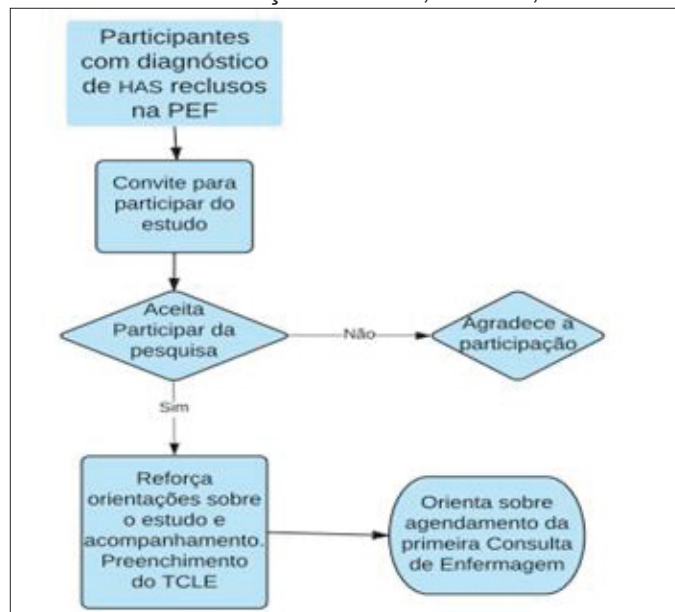
Figura 7 – FLUXOGRAMA DE RECRUTAMENTO PARA O DIAGNÓSTICO SITUACIONAL. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2020).

Diante dos dados coletados nesta fase, os participantes da unidade PEF com diagnóstico de HAS foram convidados para a segunda e a terceira etapas, cujas intervenções foram executadas por meio de consultas de enfermagem mensais, em um período de 6 meses, com seleção descrita na Figura 8. Objetivou-se, então, compreender como as PPL cuidam de sua saúde e inferir se as intervenções de enfermagem interferem nos índices de SOC, LS e conhecimento em HAS no contexto dos cuidados com pessoas com diagnóstico de HAS.

Figura 8 – FLUXOGRAMA DE RECRUTAMENTO PARA A ETAPA QUALITATIVA, SEGUNDA ETAPA QUANTITATIVA E INTERVENÇÃO. FOZ DO IGUAÇU-PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2020).

Na primeira consulta de enfermagem, a pesquisadora realizou a avaliação da PPL, conforme o instrumento de coleta de dados – segunda fase quantitativa (Apêndice 4), aplicação dos questionários SOC (Anexo 1), LS (Anexo 2) e Conhecimento em HAS (Anexo 3). Posteriormente, foi realizado o exame físico céfalo-caudal com ênfase na aferição da pressão arterial, peso, altura, circunferência abdominal, de acordo com o instrumento de coleta de dados clínicos (Apêndice 7) (BRASIL, 2014d). Também foi aplicado o Protocolo de questionário com perguntas abertas (Apêndice 8), fase qualitativa. Diante dos dados, informou-se ao participante acerca dos dados coletados e elaborou-se conjuntamente as metas a serem atingidas, ainda sendo agendadas as datas das próximas atividades.

O segundo, terceiro e quinto mês contaram com consulta de enfermagem por meio de atividades de educação em saúde com grupos de hipertensos; considerou-se os dados coletados na primeira consulta de enfermagem para elaboração do planejamento de atividades. Os roteiros utilizados nas atividades de educação em saúde encontram-se sumarizados nos Apêndices 13 (Roteiro educação em saúde 1), 14 (Roteiro educação em saúde 2) e 15 (Roteiro educação em saúde 3).

Nesta fase, foi utilizada a discussão em grupo, a qual se constitui de reuniões com pequenos grupos de participantes, com número ideal entre 6 e 12 pessoas e com a presença de um animador (no caso, a pesquisadora), podendo variar de uma a diversas sessões (MINAYO, 2004). O estudo contou com três sessões de discussão, abordando o tratamento medicamentoso e não medicamentoso da HAS (alimentação saudável, diminuição do consumo de álcool, prática de atividade física, controle do peso e abandono do tabagismo – adoção de hábitos saudáveis, mudanças no estilo de vida), utilizando como principais suportes teóricos o Caderno de Atenção Básica, nº 37 e nº 35, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014c; 2014d) e as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020).

Os grupos para as atividades de educação em saúde foram definidos com auxílio da equipe de segurança da unidade penal, em virtude de que os diversos perfis criminais demandavam que algumas PPL não entrassem em contato com outras, em especial porque a unidade conta com diferentes grupos criminais/facções. Assim,

delimitaram-se, inicialmente quatro grupos: grupo 1 com 11 participantes; grupo 2 com 9 participantes; grupo 3 e 4 com 7 participantes cada¹².

As discussões de grupo permitem aos participantes discutir diversos aspectos sobre um tópico em específico, em dinâmica interação, útil para iniciar ou reavaliar processos educativos em saúde ao permitir a reflexão dos problemas, podendo contribuir com a construção de saídas em conjunto (animador e participantes) (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996).

Foram utilizados como recursos para condução dos grupos de discussão: apresentações no programa Canva®; vídeo “Não subestime a Hipertensão” (VARELLA, 2018); Dinâmicas: “Jogo de Perguntas e Respostas”, “Jogo Montar o Prato” “Sala de aula invertida com leitura de bulas”; aplicativo Socrative®; e computador com acesso à internet.

As Consultas de Enfermagem do quarto e sexto mês foram realizadas individualmente. Nelas, a pesquisadora, junto do participante, realizou avaliação das metas pactuadas quanto ao cumprimento e dificuldades, coletando novamente os dados clínicos, SOC (Anexo 1), Literacia em saúde (Anexo 2) e Conhecimento em HAS (Anexo 3).

Após as atividades de educação em saúde do segundo e quarto mês, discussão em grupo, foi solicitado aos participantes que desejassem, que preenchessem uma avaliação das atividades de educação em saúde com duas perguntas abertas (Apêndice 9), a fim de executar a avaliação da atividade educativa realizada e sugestões para a próxima atividade de intervenção, com objetivo de nortear as ações futuras. Já no sexto mês, o protocolo de entrevista contou com perguntas abertas 2 (Apêndice 10), tratando de uma avaliação da terceira discussão em grupo e da intervenção. A fim de que os participantes não se sentissem desconfortáveis para emissão de opinião, os formulários não continham quaisquer dados de identificação e eram depositados pelos participantes em uma pasta de modo aleatório.

Para a análise dos dados preenchidos nos formulários, como não possuíam identificação, foram nomeados de Educação em Saúde (ES), e o respectivo número

¹² No segundo mês de atividades, para a primeira atividade de educação em saúde, foram perdidos 4 participantes que foram transferidos para outras unidades penais. E do segundo ao sexto mês perderam-se mais 4 participantes, totalizando 8, todos relacionados a transferência para outras unidades e/ou liberdade.

desta, seguido do termo PPL e número em sequência da ordem em que estavam depositados na pasta, (exemplo: ES1_PPL_...).

6.4.1 Instrumentos

Os instrumentos utilizados nesta pesquisa estão descritos em tópicos na sequência. As variáveis da pesquisa estão explicitadas no Quadro 3 – Variáveis da Pesquisa (Apêndice 11).

6.4.1.1 Questionário Semiestruturado – Instrumento de coleta de dados – diagnóstico situacional

O questionário semiestruturado utilizado como instrumento de coleta de dados na fase de diagnóstico situacional constitui-se de elementos sociodemográfico, ocupacional e de variáveis clínicas e hábitos de vida, baseado na autodeclaração das PPL, elaborado pelos pesquisadores; seu intuito é traçar o perfil de adoecimento da população estudada. O instrumento compõe-se de 19 questões; destas, duas são abertas, nove são fechadas e oito são mistas.

6.4.1.2 Instrumento da Consulta de Enfermagem

O instrumento que norteou as consultas de enfermagem individuais compõe-se de oito variáveis que foram aferidas pela pesquisadora; são elas: peso, altura, IMC, circunferência abdominal, pressão arterial, índice tornozelo-braquial, SOC e LS (instrumentos descritos separadamente).

6.4.1.3 Protocolo de questionário com perguntas abertas

O questionário que norteou a fase qualitativa desta pesquisa é composto por sete questões abertas, que abordam como o participante cuida de sua saúde na prisão, na busca de explicitar os recursos generalizados de resistência utilizados pelas PPL.

Enfatiza-se que a coleta dos dados foi precedida de um teste piloto, com cinco PPL da unidade PEF que foram convidadas e aceitaram participar, com vistas a avaliar

e adequar os instrumentos supramencionados e descritos quanto à inteligibilidade, não havendo alterações nos mesmos.

6.4.1.4 Protocolo avaliação da atividade educativa – discussão em grupo

O questionário é contemplado por duas questões abertas, que objetivam conhecer as impressões dos participantes acerca das atividades desenvolvidas nas discussões em grupo e suas sugestões para as atividades futuras.

6.4.1.5 Protocolo de entrevista com perguntas abertas 2

O questionário compõe-se de duas questões abertas: a primeira objetiva conhecer as impressões dos participantes acerca da atividade 3 desenvolvida na discussão em grupo; e a segunda uma avaliação global da intervenção.

6.4.1.6 Questionário de Orientação para a Vida de Antonovsky

O instrumento de mensuração do SOC, elaborado por Antonovsky (1979), constitui-se de um questionário fechado e sistematizado composto de 29 itens, os quais estão distribuídos conforme os três componentes: 11 itens ocupam-se de investigar o componente da compreensão (itens 1, 3, 5, 10, 12, 15, 17, 19, 21, 24 e 26); dez itens aferem o componente manuseio (itens 2, 6, 9, 13, 18, 20, 23, 25, 27 e 29); e oito itens verificam o componente significado (itens 4, 7, 8, 11, 14, 16, 22 e 28), um questionário de 29 itens, os quais estão distribuídos em 11 itens de compreensibilidade, dez de manuseio e oito de significado (elementos do SOC) (DANTAS, 2007).

O Questionário de Antonovsky pode ser aplicado na modalidade entrevista ou autopreenchimento – que foi a forma utilizada nessa pesquisa. Sendo que as respostas aos itens estão organizadas em uma escala de sete pontos (valores que variam de 1 a 7), no qual o número 1 representa o mais fraco e 7 o mais forte; ainda, existem duas frases âncoras que direcionam o participante na resposta (DANTAS, 2007). No Brasil, a versão do SOC-29 foi adaptada culturalmente por Dantas (2007), em sua tese de livre docência, versão que foi utilizada nesta pesquisa (com autorização da autora em anexo – Anexo 4). Foi considerado para esta pesquisa: SOC

fraco com pontuações de 7 a 72, SOC moderado de 73 a 138 e SOC forte de 139 a 203.

6.4.1.7 Escala de Literacia em Saúde - Eight-Item Health Literacy Assessment Tool (HLAT-8)

O instrumento de LS HLAT-8 foi elaborado e testado na Suíça, originalmente desenvolvida no idioma alemão-suíço por Abel *et al.* (2014), com o objetivo de mensurar as habilidades de promoção de saúde e prevenção de doenças de adultos jovens. O mesmo instrumento foi traduzido e validado para o português do Brasil em 2017, por Quemelo *et al.* (2017).

Assim, é composto por oito questões com respostas em escala do tipo Likert (com pontuação de zero a quatro ou cinco pontos). Quatro fatores estruturais são avaliados, a saber: entendimento das informações em saúde (EIS; questões 1 e 2, pontuações de zero a cinco), busca de informações em saúde (BIS; questões 3 e 4, pontuações de zero a quatro); interatividade em saúde (IS; questões 5 e 6, pontuações de zero a cinco) e conhecimento crítico em saúde (CCS; questões 7 e 8, com pontuações de zero a quatro e zero a cinco, respectivamente). O valor de confiabilidade pelo alfa de *Cronbach* foi de 0,74 na validação para o português do Brasil.

6.4.1.8 Escala de Conhecimento em HAS - Hypertension Knowledge-Level Scale (HK-LS)

A HK-LS foi desenvolvida por pesquisadores turcos e publicada no idioma inglês em 2012, cuja finalidade é avaliar o conhecimento de adultos acima de 18 anos de idade sobre a HAS. Foi traduzida, adaptada transculturalmente e validada no Brasil por Arthur *et al.* (2018). Constitui-se de 22 questões, as quais possuem três opções de resposta: certo, errado e não sei. A pontuação máxima é 22 pontos, nesta 13 itens são corretos (1, 2, 7, 9, 11, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22) e 9 itens são incorretos (3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 14, 17). Afirmações assinaladas corretamente valem 1 ponto e as incorretas e não sei 0 (ARTHUR *et al.*, 2018). Sob tais orientações, foi analisada a escala HK-LS nesta pesquisa.

A escala possui 6 subdimensões, são elas: definição (itens 1 e 2); tratamento médico: (itens 6, 7, 8 e 9); adesão medicamentosa (itens 3, 4, 5 e 12); estilo de vida (itens 10, 11, 13, 16 e 17); dieta (itens 14 e 15); complicações (itens 18, 19, 20, 21 e 22) (ARTHUR *et al.*, 2018).

6.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO, EXCLUSÃO E DESCONTINUIDADE DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

O critério de inclusão era estar recluso nas unidades prisionais da cidade de Foz do Iguaçu-PR há mais de seis meses, possuir prontuário de saúde; e, como critério de exclusão, ser analfabeto. Já os critérios de descontinuidade são: solicitar por escrito ou verbalmente a saída da pesquisa e saída das unidades prisionais (liberdade e/ou transferências para outras regionais), ou óbitos.

6.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados em duas etapas: análise quantitativa e qualitativa, tal como indicado por Creswell e Clark (2013). Na pesquisa de métodos mistos, os dados necessitam ser avaliados separadamente e utilizando métodos adequados para cada uma das abordagens; e, posteriormente, deve-se proceder a mixagem dos dados e resultados. O processo de análise de dados compreendeu: preparo dos dados para análise, exploração dos dados, representação da análise, interpretação da análise e validação da análise e interpretações, conforme proposto por Creswell e Clark (2013).

Para a análise quantitativa, no momento inicial, os dados quantitativos foram transcritos para o Programa Excel®. Na sequência, as características dos participantes foram analisadas de forma descritiva com frequência simples (n) e relativa (%); foi realizada análise descritiva dos dados com estimativa de média, mediana, desvio padrão, percentil 25% e 75% das variáveis quantitativas e frequências simples e relativas das variáveis qualitativas. Foram obtidos escores para as respostas do questionário do SOC, da LS e HKLS separando os componentes. A associação das doenças crônicas foi verificada com o teste de qui-quadrado. Para melhor visualização das análises, foram produzidos gráficos de barras. Todos os

testes foram considerados significativos quando $p < 0,05$ e as análises foram realizadas no ambiente R 4.1.1 (R CORE TEAM, 2021).

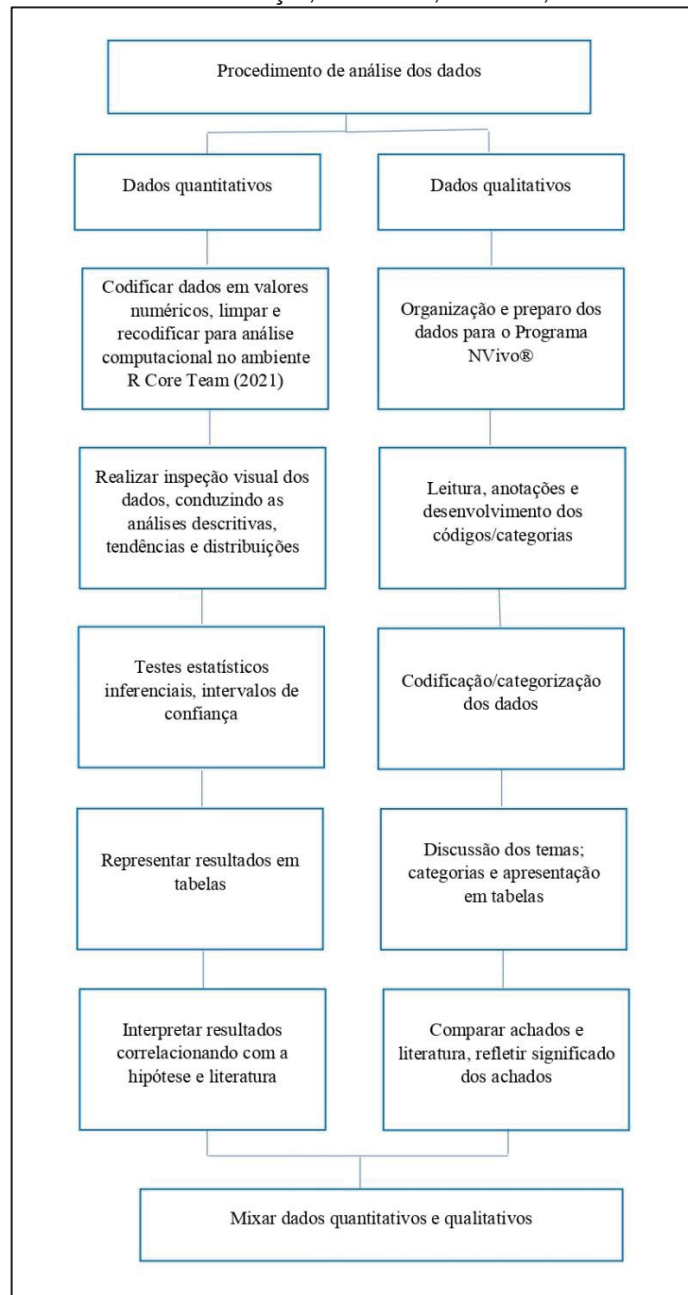
Ademais, para a avaliação das diferenças entre as variáveis quantitativas em relação aos tempos, foram utilizados testes de Friedman e ANOVA de medidas repetidas. Para avaliação das diferenças entre variáveis qualitativas, foi realizado o teste de qui-quadrado ou exato de Fisher e Q de Cochran. Para os testes post-hoc, foram utilizados o teste t pareado e Wilcoxon para as variáveis quantitativas, e o teste de McNemar para as variáveis qualitativas. Para melhor visualização destas análises, foram produzidos gráficos de barras e boxplots. Todos os testes foram considerados significativos quando $p < 0,05$ e as análises foram realizadas no ambiente R (R CORE TEAM, 2021).

Ainda mais, para a análise qualitativa, os dados foram inicialmente transcritos utilizando-se a ferramenta *Transkriptor*® e, posteriormente, foram conferidas e organizadas pela pesquisadora. Na sequência, os dados foram dispostos em uma planilha no Programa Excel® – na qual as linhas correspondiam aos participantes e as colunas às respostas obtidas as questões abertas –, sendo exportada ao Programa NVivo® (versão 12 – release 1.7 para Windows) – com o qual contou-se para armazenamento, organização e análise dos dados.

O NVivo® é o principal software para análise de dados qualitativos, produzido e vendido pela QSR internacional, que vem sendo desenvolvido e atualizado em seus recursos, desde o QSR NUD*IST na década de 1980, consolidou-se com este nome no ano de 2002, na versão NVivo 2®. Para este estudo utilizou-se NVivo® versão 12 - Release 1.7 para Windows (QSR INTERNATIONAL, 2020). Na Figura 9 encontra-se o Fluxograma de Análise dos dados.

Para a mixagem dos dados, diante da estratégia de pesquisa, QUAN → qual, foi atribuído maior peso aos dados quantitativos, os quais direcionaram a coleta de dados qualitativos; logo, optou-se por incorporar os métodos, assim, uma das abordagens, no caso a quantitativa, apresentou papel principal, e a outra, qualitativa, serviu de apoio (CRESWELL, 2010).

Figura 9 – FLUXOGRAMA PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: Creswell e Clark (2013).

6.7 GARANTIAS ÉTICAS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A fim de garantir os aspectos éticos, a pesquisa foi autorizada pelo Departamento Penitenciário do estado do Paraná (Anexos 6, 7, 8, 9); seguidamente, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, e aprovado, com número do parecer: 4.618.359 e CAAE: 42695321.8.0000.0102 (Anexo 10).

O ingresso dos participantes na pesquisa aconteceu somente após assinatura do TCLE (Apêndice 2, 3), no qual constam os riscos, os benefícios e a possibilidade de não participar da pesquisa e/ou desistência dela, bem como a busca pela manutenção da confidencialidade.

Pontua-se a responsabilidade dos pesquisadores em cumprir as determinações da Resolução do CNS Nº 466/2012. A fim de garantir o anonimato e o sigilo dos participantes, os nomes destes foram substituídos por códigos identificadores: P (participante), F ou M (sexo) e X (número arábico em ordem crescente dos participantes entrevistados), por exemplo: "PF_1". Já quanto aos servidores citados nos depoimentos, receberam números arábicos, sequencialmente, como exemplo: "1".

Cabe destacar que ainda que a pesquisadora seja parte do quadro de servidores do sistema penal paranaense e os participantes PPL, estes não foram de nenhum modo coagidos a participar da pesquisa e foram esclarecidos quanto a possibilidade de não participação, o que não resultaria em nenhuma ação em seu desfavor.

7 RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos na pesquisa de acordo com as seguintes fases: Fase 1 – Pesquisa quantitativa; Fase 2 – Pesquisa quantitativa e qualitativa; Fase 3 – Intervenção.

7.1 RESULTADOS: FASE 1 – PESQUISA QUANTITATIVA

Este subcapítulo discute o resultado do diagnóstico situacional das variáveis sociodemográficas, hábitos de vida, fatores de risco e doenças crônicas prevalentes na população prisional de Foz do Iguaçu-PR e SOC das PPL.

7.1.1 Condições de saúde das PPL

A amostra da etapa quantitativa Fase 1 foi de 326 PPL, das quais n= 296 (90,8%) eram do sexo masculino e n= 30 (9,2%) do sexo feminino; n= 174 (53,4%) eram jovens de 18 a 29 anos, e n= 7 (2,2%) participantes possuíam idade superior a 60 anos. A média de idade foi 32,2 anos ($\pm 10,09$), com idade mínima de 18 e máxima de 73. Quanto ao estado civil, n= 141 (43,3%) eram solteiros e, n= 138 (42,3%) casados. Das PPL, n= 191 (58,6%) possuíam de 1 a 3 filhos, sendo que n= 262 (80,4%) coabitava com três ou mais pessoas no domicílio antes da privação da liberdade. Desse modo, os referidos dados apresentam-se na Tabela 2, em sequência.

Tabela 2 – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PPL.
FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023

Variáveis	Todas as Unidades Prisionais		
	N	%	
Idade em anos	18 a 29	174	53,4
	30 a 44	111	34,1
	45 a 59	34	10,4
	≥60	7	2,2
Sexo	Feminino	30	9,3
	Masculino	296	90,8
Estado Conjugal	Solteiro	141	43,3
	Casado ou união consensual	138	42,3
	Viúvo	3	0,9
	Separado ou divorciado	44	13,5
Número de filhos	Nenhum	91	27,9
	1 a 3	191	58,6
	> 3	44	13,5
Renda familiar mensal em salários-mínimos	<1	71	21,8
	1-2	183	56,1
	2-3	42	12,9
	3-4	9	2,8
	4-5	10	3,1
	>5	11	3,4
Escolaridade	<9 anos	182	55,8
	9 a 12 anos	74	22,7
	> 12 anos	69	21,2
	Não informado	1	0,3
Participação em atividades na unidade penal	Não	129	39,6
	Sim	197	60,4
Número de pessoas residentes na casa	1 -2	63	19,3
	3-4	157	48,2
	5-6	86	26,4
	>7	19	5,8
	Não informado	1	0,3

Legenda: N (número de elementos observados); % (percentual).

FONTE: A autora (2023).

Em relação à renda familiar mensal antes da privação de liberdade, n= 254 (77,9%) possuíam renda inferior a dois salários-mínimos, dos quais 21,8% (71) recebiam menos de um salário-mínimo; apenas n= 11 (3,4%) recebiam mais de cinco salários-mínimos. Quanto à escolaridade, n= 182 (55,8%) possuíam menos de nove anos de estudo, sendo que as mulheres apresentaram maior número de anos de estudo se comparadas aos homens: 12 (40,0%) delas possuíam de nove a 12 anos de estudo e n=9 (30,0%) mais de 12 anos, *versus* n= 62 (20,9%) e n= 60 (20,3%), respectivamente, dentre as PPL do sexo masculino.

As PPL do sexo masculino relataram 84 ocupações prévias à privação de liberdade, totalizando 242 narrações, das quais prevaleceram, de acordo com os grandes grupos, pela complexidade das atividades exercidas, conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) (BRASIL, 2010): trabalhadores da produção de bens e serviços industriais 59,5% (n=144); trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados 16,1% (n= 39); trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca 5,4% (n= 13); trabalhadores de manutenção e reparação 4,9% (n=12); técnicos de nível médio 2,9% (n= 7); trabalhadores de serviços administrativos 1,2% (n=3); membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes 1,2% (n= 3); não classificáveis pela CBO 3,7% (n=9); e nenhuma ocupação 4,9% (12).

Já as mulheres relataram 19 ocupações prévias à privação de liberdade, totalizando 30 explanações, nas quais preponderaram, de acordo com os grandes grupos da CBO (2010): trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados 40% (n= 12); trabalhadores da produção de bens e serviços industriais 13,3% (n=4); trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca 3,3% (n= 1); profissionais das ciências e das artes 3,3% (n= 1); não classificáveis pela CBO 33,33% (n=10); e nenhuma ocupação 6,7% (2). As ocupações estão descritas no Apêndice 16.

No que se refere à realização de atividades na unidade penal, n= 200 (61,3%) dos participantes as realizavam, em maior proporção as pessoas do sexo feminino em relação ao masculino (n= 24 - 80,0% *versus* n= 177 - 59,8%). As atividades preponderantes foram trabalho (n=65- 19,9%), estudo (n=53 - 16,3%), práticas religiosas (n=42 - 12,9%) e outras atividades (n=40 - 12,3%).

Ao executarem a autoavaliação do estado de saúde em escala de 5 pontos, a maioria relatou como boa (n= 120 – 36,8%), regular (n= 97 – 29,7%), muito boa (n= 64 – 19,6%), ruim (n= 32 – 9,8%) e muito ruim (n= 13 – 4,0%). Dentre as pessoas que relataram doenças crônicas, n= 111 (64,9%) classificaram seu estado de saúde como regular ou bom.

Ademais, acerca da presença de doenças crônicas, na Tabela 3, observa-se que mais de 50,0% das pessoas, em todas as unidades penais, apresentaram alguma doença crônica – exceto na unidade penal CPLN, cujo percentil foi de 40,9%. As proporções de percentil de adoecimento foram superiores em mulheres em relação aos homens, n= 22 (73,3%) *versus* n= 149 (50,3%). As doenças que prevaleceram

nos autorrelatos foram as respiratórias (n= 74 – 22,7%); gastrointestinais (31 – 9,5%); psíquicas (30 – 9,2%), cardiovasculares (n= 30 – 9,2%) e osteomusculares (n= 15 – 4,6%).

Tabela 3 - DOENÇAS CRÔNICAS AUTORRELATADAS PELAS PPL DE TODAS AS UNIDADES PRISIONAIS E INDIVIDUAIS. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023.

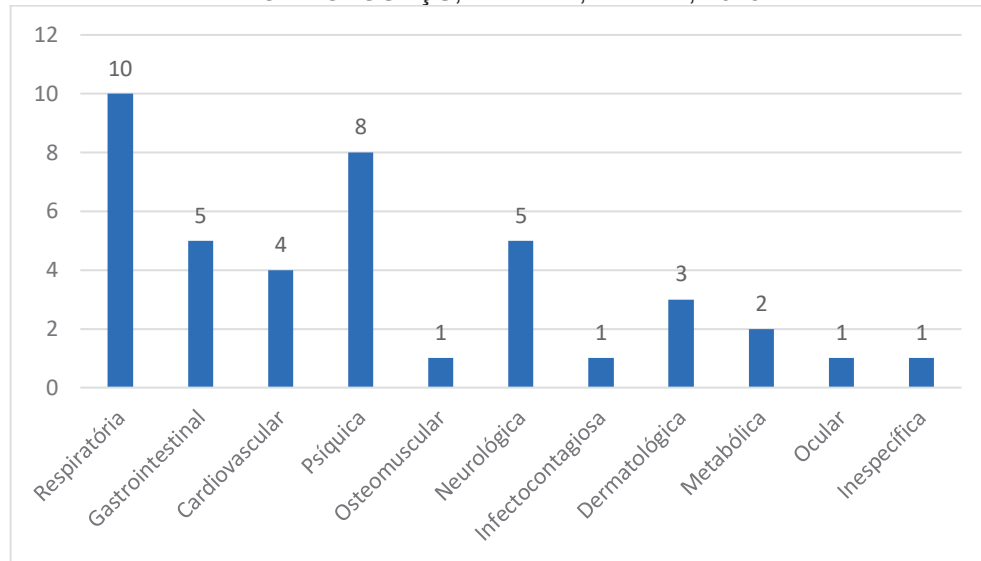
Doença crônica	Total		Unidade Penal							
	n	%	CPLN		PEF I		PEF II		PFF-UP	
			n	%	n	%	n	%	n	%
Presença de doença crônica										
Não	154	47,2	39	59,1	40	43	67	48,9	8	26,7
Sim	171	52,4	27	40,9	52	55,9	70	51,0	22	73,3
Não informado	1	0,3	-	-	1	1	-	-	-	-
Doença crônica por sexo										
Masculino	149	50,3	39	26,2	40	26,8	67	45	-	-
Feminino	22	73,3	-	-	-	-	-	-	22	73,3
Natureza da doença crônica										
Respiratória	74	22,7	14	21,2	19	20,4	31	22,6	10	33,3
Gastrointestinal	31	9,5	7	10,6	12	12,9	7	5,1	5	16,7
Cardiovascular	30	9,2	4	6,0	6	6,4	16	11,7	4	13,3
Psíquica	30	9,2	4	6,0	7	7,5	11	8,0	8	26,7
Geniturinária	4	1,2	3	4,5	1	1,0	-	-	-	-
Osteomuscular	15	4,6	1	1,5	7	7,5	6	4,3	1	3,3
Dor crônica	11	3,4	2	3,0	4	4,3	5	3,6	-	-
Neurológica	11	3,4	2	3,0	1	1,0	3	2,2	5	16,7
Infecção contagiosa	11	3,4	1	1,5	3	3,2	6	4,4	1	3,3
Dermatológica	6	2,5	-	-	1	1,0	2	2,9	3	10
Metabólica	7	2,1	2	3,0	1	1,0	2	1,5	2	6,7
Ocular	6	1,8	-	-	3	3,2	2	1,5	1	3,3
Sistema otológico	3	0,9	1	1,5	1	1,0	1	0,7	-	-
Inespecífica	2	0,6	-	-	-	-	1	0,7	1	3,3
Reumatológica	1	0,3	1	1,5	-	-	-	-	-	-
Câncer	1	0,31	1	1,5	-	-	-	-	-	-

Legenda: N (número de elementos observados); % (percentual).

FONTE: A autora (2023).

Foram 41 relatos de doenças pelas PPL do sexo feminino, são elas: respiratórias n= 10 (33,3%); psíquicas n=8 (26,7%); gastrointestinais e neurológicas n= 5 (16,7%); cardiovasculares n= 4 (13,3%); dermatológicas n= 3 (10%), metabólicas n= 2 (6,7%), ocular, osteomuscular, infecção contagiosa e inespecífica n= 1 (3,3%) cada. Desse modo, dispõem-se as informações no Gráfico 1, em seguida.

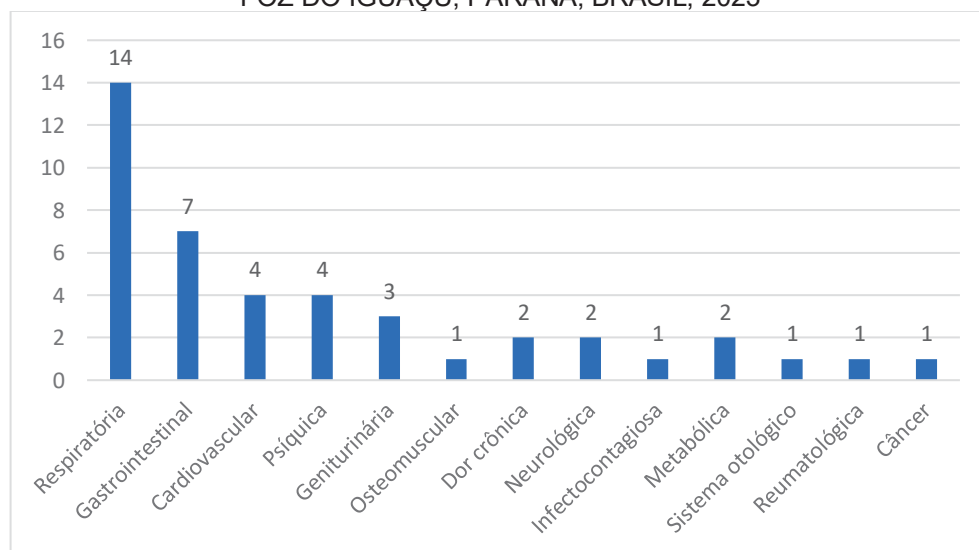
Gráfico 1 – DOENÇAS AUTORRELATADAS PELAS PPL DA PFF-UP.
FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

Foram 43 relatos de doenças na unidade CPLN, sendo: respiratória n= 14 (21,2%); gastrointestinal n= 7 (10,6%); cardiovascular e psíquica n= 4 (6,0%) cada; geniturinária n= 3 (4,5%); dor crônica, metabólica e neurológica n= 2 (3,0%) cada; infectocontagiosa, osteomuscular, sistema otológico, reumatológica e câncer n= 1 (1,5%) cada. Logo, ilustram-se os dados no Gráfico 2:

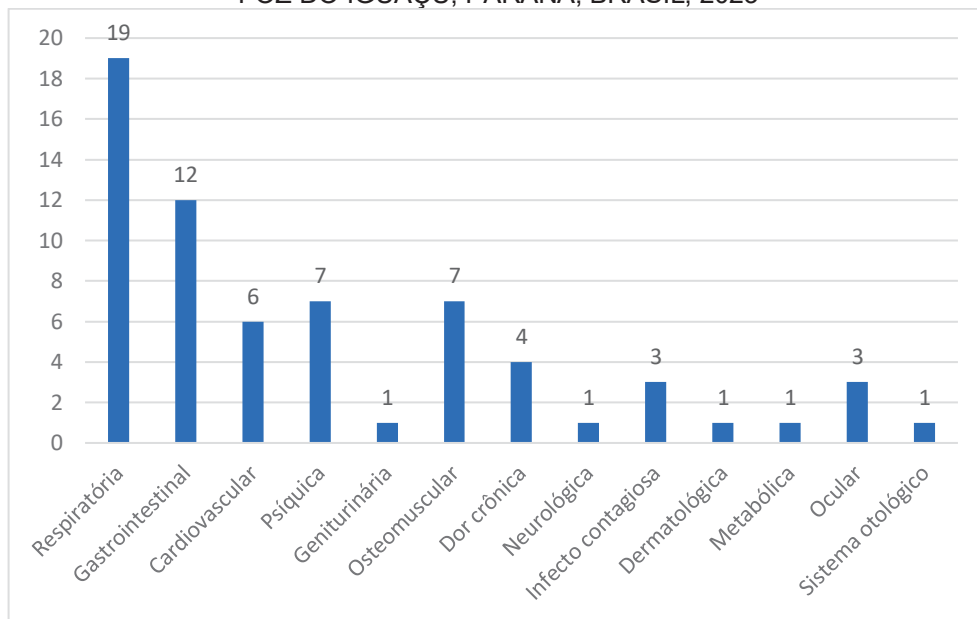
Gráfico 2 – DOENÇAS AUTORRELATADAS PELAS PPL DA CPLN.
FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

Já na unidade PEF I, foram 66 autorrelatos de adoecimento: respiratória n= 19 (20,4%); gastrointestinal n=12 (12,9%); psíquica e osteomuscular n= 7 (7,5%) cada; cardiovascular n=6 (6,4%); dor crônica n= 4 (4,3%); infectocontagiosa, ocular n= 3 (3,2%) cada; geniturinária, neurológica, dermatológica, metabólica e sistema otológico n=1 (1%) cada. Assim, os elementos elencados destacam-se no Gráfico 3, seguidamente.

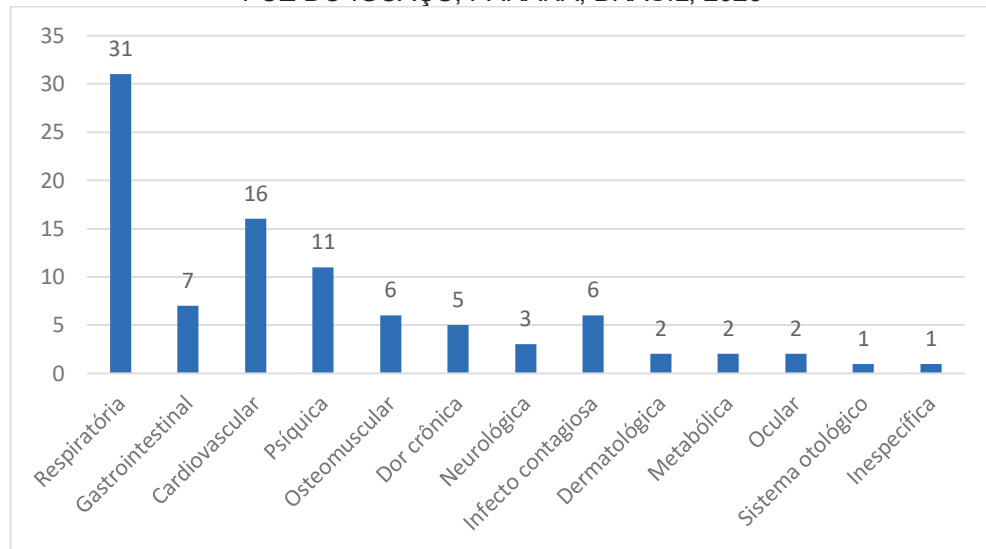
Gráfico 3 – DOENÇAS AUTORRELATADAS PELAS PPL DA PEF I. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

Ainda, na unidade PEF II, foram 93 autorrelatos de doenças, evidenciando-se: respiratória n= (22,6%); cardiovascular n= 16 (11,7%); psíquica n= 11 (8,0%); gastrointestinal n= 7 (5,1%); osteomuscular, infectocontagiosa n= 6 (4,3%) cada; dor crônica n= 5 (3,6%); neurológica n= 3 (2,2%); dermatológica, metabólica e ocular n=2 (1,5%) cada; sistema otológico e inespecífica n= 1 (0,7%) cada. O Gráfico 4, em seguida, apresenta:

Gráfico 4 – DOENÇAS AUTORRELATADAS PELAS PPL DA PEF II. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

Entre as pessoas que relataram DCNT, n= 119 (70,1%) afirmaram fazer uso de medicações, sendo que n= 31 (18,1%) utilizavam monoterapias, n= 5 (3,2%) de 2 a 3 medicações e n= 2 (4%) mais de 3 medicações. No contexto geral dos participantes, n= 115 (35,3%) relataram uso contínuo de terapias medicamentosas e, destes, n= 75 (65,3%) tinham acesso às medicações na unidade penal.

Em relação ao local de diagnóstico das doenças autorrelatadas, a Tabela 4 demonstra que metade das pessoas, n= 97 (56,7%), receberam o diagnóstico na rede pública de saúde extramuros; seguidos de n= 50 (29,2%) na unidade penal; e n= 16 (9,4%) na rede privada de saúde. O tempo de diagnóstico das doenças crônicas que prevaleceu foi entre 1 e 4 anos n= 50 (29,2%), seguido de maior ao período de 10 anos n= 48 (28%).

Tabela 4 – LOCAL E TEMPO DO DIAGNÓSTICO E ACESSO AS MEDICAÇÕES DAS PPL COM ALGUM TIPO DE DOENÇA CRÔNICA NAS UNIDADES PRISIONAIS. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023

Variáveis	n	%	
Local de ocorrência do diagnóstico	Rede privada de saúde extramuros	16	9,4
	Rede pública de saúde extramuros	97	56,7
	Unidade Penal	50	29,2
	Não informado	8	4,7
Tempo de diagnóstico	<1 ano	37	21,6
	1 a 4 anos	50	29,2
	6 a 10 anos	28	16,4

	> 10 anos	48	28,0
	Não informado	8	4,7
Acesso às medicações na unidade penal	Não	36	21,0
	Sim	110	64,3
	Não usa medicações	25	14,6

Legenda: N (número de elementos observados); % (percentual).

FONTE: A autora (2023).

Houve associação significativa na presença de doença crônica entre 18 a 29 anos, ser do sexo feminino, não ter filhos e renda familiar menor que um salário mínimo. Ademais, houve o predomínio de participantes na faixa etária dos 18 aos 44 anos, que representam 83% das pessoas portadoras de doenças crônicas. Em relação ao sexo, o sexo masculino sobressaiu no levantamento quantitativo. Já relativamente ao número de filhos, destaca-se que 60,2% tinham 1 a 3 filhos e acerca da renda familiar, a maioria, 88,3 %, recebia entre menos de um salário-mínimo a três salários mínimos, conforme apresentado na Tabela 5.

Tabela 5 – ASSOCIAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PPL DAS UNIDADES PRISIONAIS E DOENÇA CRÔNICA. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023

Variável	Presença de doença crônica				p-valor*	
	Não		Sim			
	n	%	n	%		
Idade	18 a 29 anos	101	65,6	72	42,1	<0,001
	30 a 44 anos	41	26,6	70	40,9	
	45 a 59 anos	11	7,1	23	13,4	
	≥ 60 anos	1	0,6	6	3,5	
Sexo	Feminino	8	5,2	22	12,9	0,028
	Masculino	146	94,8	149	87,1	
	Solteiro(a)	75	48,7	65	38,0	
Estado Conjugal	Casado(a) ou em união consensual	61	39,6	77	45,0	
	Viúvo(a)	0	0,0	3	1,7	
	Separado ou divorciado (a)	18	11,7	26	15,2	
Número de filhos	0	53	34,4	38	22,2	0,012
	1 a 3	87	56,5	103	60,2	
	> 3	14	9,0	30	17,5	
Renda familiar em salários-mínimos	< 1	33	21,4	38	22,2	0,046
	1-2	95	61,7	87	50,9	
	2-3	16	10,4	26	15,2	
	3-4	6	3,9%	3	1,7%	
	4-5	2	1,3%	8	4,7%	
	>5	2	1,3%	9	5,3%	

Escolaridade	< 9 anos	93	60,4%	88	51,8%	0,290
	9 a 12 anos	31	20,1%	43	25,3%	
	> 12 anos	30	19,5%	39	22,9%	
Número de pessoas residentes na casa	1-3	60	39,1	77	54,5	0,552
	4-6	83	54,1	85	49,7	
	≥ 7	10	6,3	9	5,3	

Legenda: N (número de elementos observados); % (percentual).
P-valor (*Teste de qui-quadrado ou Exato de Fisher quando aplicado).

FONTE: A autora (2023)

No contexto geral das unidades penais, n= 54 (16,6%) das PPL se declararam fumantes e n= 152 (46,6%) relataram ter fumado em algum momento de sua vida. Em relação a bebidas alcoólicas, n= 92 (28,2%) citaram uso prévio. O uso de drogas ilícitas foi informado por n= 53 (16,2%) pessoas da amostra e n= 144 (44,2%) referiram-se como ex-usuários. Dentre as pessoas que declararam alguma doença, n= 60 (34,9%) eram fumantes, n= 114 (67%) usavam bebida alcoólica antes da privação de liberdade e, ainda, n= 52 (30,4%) referiram uso de drogas anteriormente.

Tabela 6 - HÁBITOS DE VIDA DAS PPL NAS UNIDADES PRISIONAIS.
FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023

Hábitos de vida	Total		Unidade Penal							
	n	%	I		II		III		IV	
			n	%	n	%	n	%	n	%
Tabagismo										
Não	120	36,8	20	30,3	29	31,2	58	42,3	13	43,3
Sim	54	16,6	26	39,4	3	3,2	20	14,6	5	16,7
Ex-tabagista	152	46,6	20	30,3	61	65,6	59	43,0	12	40
Consumo de bebida alcoólica										
Não ingere	234	71,8	37	56,0	84	90,3	88	64,2	25	83,3
Ingesta moderada	84	25,8	23	34,9	9	9,7	48	35,0	4	13,3
Ingesta mais que moderada	8	2,4	6	9,0	0	0	1	0,7	1	3,3
Uso de drogas ilícitas										
Não	129	39,6	23	34,8	24	25,8	69	50,4	13	43,3
Sim	53	16,2	22	33,3	6	6,5	21	15,3	4	13,3
Ex – usuário	144	44,2	21	31,8	63	67,7	47	34,3	13	43,3
Prática de atividade física										
Atende a recomendação	232	71,2	48	72,7	77	82,8	101	73,7	6	20,00
Não atende a recomendação	94	28,8	18	27,3	16	17,2	36	26,3	24	80,00

Legenda: N (número de elementos observados); % (percentual).

FONTE: A autora (2023).

Em relação aos hábitos alimentares apreendidos dos relatos das PPL, predominam: arroz e feijão, que são consumidos de 6 a 14 vezes na semana, por n= 313 (96%); pães e massas por n= 305 (93,5%), carnes por n= 111 (33,8%); legumes e verduras por n= 142 (43,5%). A maioria não consome frutas n= 210 (64,4%); alimentos enlatados, com conservantes n= 221 (67,8%); biscoitos, guloseimas e balas n= 232 (71,2%) e outros alimentos n= 308 (94,5%).

A maioria da PPL, n= 311 (96,6%), não recebem alimentação diferenciada na unidade e n= 237 (72,7%) dependem exclusivamente de alimentos fornecidos na unidade penal. Sobre a alimentação, as variáveis “frutas” e “se tem alimentação especial na unidade penal” apresentaram diferença significativa em relação a doença crônica. Nota-se que 40,9% daqueles que consomem mais frutas têm alguma doença crônica e apenas n= 15 (3,4%) pessoas doentes consomem algum alimento especial na unidade penal. A Tabela 7, desse modo, apresenta os hábitos de vida das pessoas nas unidades prisionais.

Tabela 7- CONSUMO ALIMENTAR DAS PPL NAS UNIDADES PRISIONAIS.
FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023

Consumo alimentar	Total		Unidade Penal							
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Frutas										
1 a 2 vezes/sem	101	31,0%	29	43,9%	20	21,5%	35	25,5%	17	56,7%
3 a 5 vezes/sem	4	1,2%	1	1,5%	2	2,1%	1	0,7%	0	0%
6 a 10 vezes/sem	8	2,4%	0	0%	1	1,1%	0	0%	7	23,3%
11 a 14 vezes/sem	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
> 14	3	0,9%	0	0%	0	0%	2	1,4%	1	3,3%
Não consome	210	64,4%	36	54,5%	70	75,3%	99	72,3%	5	16,7%
Legumes e verduras										
1 a 2 vezes/sem	142	43,5%	40	60,6%	14	15,00%	82	59,8%	6	20%
3 a 5 vezes/sem	56	17,2%	9	13,6%	24	25,8%	23	16,8%	0	0%
6 a 10 vezes/sem	74	22,7%	1	1,5%	46	49,5%	8	5,8%	19	63,3%
11 a 14 vezes/sem	3	0,9%	2	3,0%	0	0%	0	0%	1	3,3%
> 14	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Não consome	51	15,6%	14	21,2%	9	9,7%	24	17,5%	4	13,3%
Arroz e feijão										
1 a 2 vezes/sem	6	1,8%	0	0%	4	4,3%	1	0,7%	1	3,3%
3 a 5 vezes/sem	4	1,2%	1	1,5%	0	0%	0	0%	3	10%
6 a 10 vezes/sem	253	77,6%	51	77,3%	73	78,5%	108	78,8%	21	70%
11 a 14 vezes/sem	60	18,4%	13	19,7%	16	17,2%	28	20,4%	3	10%
> 14	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Não consome	3	0,9%	1	1,5%	0	0%	0	0%	2	6,7%

Carnes										
1 a 2 vezes/sem	80	24,5%	17	25,7%	26	27,9%	35	25,5%	2	6,7%
3 a 5 vezes/sem	83	25,5%	19	28,8%	24	25,8%	38	27,7%	2	6,7%
6 a 10 vezes/sem	85	26,0%	9	13,6%	25	26,9%	35	25,5%	19	63,3%
11 a 14 vezes/sem	26	7,8%	5	7,6%	4	4,3%	14	10,2%	3	10%
> 14	0%	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Não consome	49	15,0%	16	24,2%	14	15,0%	15	10,9%	4	13,3%
Pães, massas										
1 a 2 vezes/sem	7	2,1%	2	3,0%	5	5,4%	0	0%	1	3,3%
3 a 5 vezes/sem	5	1,5%	2	3,0%	0	0%	2	1,4%	1	3,3%
6 a 10 vezes/sem	271	83,1%	59	89,4%	73	78,5%	116	84,7%	23	76,7%
11 a 14 vezes/sem	33	10,1%	3	4,5%	12	12,9%	17	12,4%	1	3,3%
> 14	1	0,3%	0	0%	1	1,1%	0	0%	0	0%
Não consome	8	2,4%	0	0%	2	2,1%	2	1,4%	4	13,3%
Alimentos enlatados, com conservantes										
1 a 2 vezes/sem	26	8,0%	3	4,5%	5	5,4%	12	8,7%	1	3,3%
3 a 5 vezes/sem	65	19,9%	1	1,5%	39	41,9%	25	18,2%	0	0%
6 a 10 vezes/sem	14	4,3%	3	4,5%	5	5,4%	5	3,6%	1	3,3%
11 a 14 vezes/sem	1	0,3%	0	0%	0	0%	1	0,7%	0	0%
> 14	3	0,9%	0	0%	0	0%	0	0%	3	10%
Não consome	221	67,8%	59	89,4%	43	46,2%	94	68,6%	25	83,3%
Biscoitos, guloseimas e balas										
1 a 2 vezes/sem	62	19,0%	5	7,6%	21	22,6%	34	24,8%	2	6,7%
3 a 5 vezes/sem	7	2,1%	1	1,5%	3	3,2%	3	3,2%	0	0%
6 a 10 vezes/sem	5	1,5%	2	3,0%	1	1,1%	0	0%	1	3,3%
11 a 14 vezes/sem	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
> 14	21	6,4%	0	0%	6	6,4%	0	0%	15	50%
Não consome	232	71,2%	58	87,9%	62	66,7%	100	73%	12	40%
Outros alimentos consumidos										
1 a 2 vezes/sem	9	2,8%	0	0%	1	1,1%	8	5,8%	0	0%
3 a 5 vezes/sem	2	0,6%	1	1,5%	0	0%	0	0%	1	3,3%
6 a 10 vezes/sem	3	0,9%	1	1,5%	0	0%	0	0%	2	6,7%
11 a 14 vezes/sem	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
> 14	0	0%	0	0%	4	4,3%	0	0%	0	0%
Não consome	308	94,5%	64	96,7%	88	94,6%	129	94,2%	27	90%
Recebe alimentação especial na unidade										
Sim	11	3,4%	1	1,5%	7	7,5%	3	2,2%	7	23,3%
Não	315	96,6%	65	98,5%	86	92,5%	134	97,8%	23	76,7%
Família traz alimentos de casa										
Sim	89	27,3%	8	12,1%	32	34,4%	43	31,4%	6	20%
Não	237	72,7%	58	87,9%	61	65,6%	94	68,6%	24	80%

Alinhamento do Consumo alimentar à recomendação										
Frutas e verduras										
Atende a recomendação	77	23,6	5	7,6	53	57	9	6,2	10	33,3
Não atende a recomendação	249	76,4	61	92,4	40	43	128	93,4	20	66,7
Alimentos in natura ou minimamente processados										
Atende a recomendação	7	2,1	1	1,5	0	0	0	0	6	20
Não atende a recomendação	319	97,9	65	98,5	93	100	137	100	24	80
Alimentos ultraprocessados										
Atende a recomendação	324	99,4	65	98,5	93	100	137	100	29	96,7
Não atende a recomendação	2	0,6	1	1,5	0	0	0	0	1	3,3

Legenda: N (número de elementos observados); % (percentual).

FONTE: A autora (2023).

Quanto à atividade física, n= 232 (71,1%) realizavam 150 minutos/semana de atividades moderadas ou 75 minutos/semana de atividades vigorosas ou mista (moderada/vigorosa). Destaca-se que, ao observar apenas as mulheres, n= 24 (80%) não praticavam atividades físicas.

7.1.2 SOC em PPL

Na etapa de mensuração do SOC participaram as 326 PPL, que responderam 100% das questões do Questionário SOC-29 itens. Delas, n= 215 (65,9%) apresentaram nível moderado, seguido de n= 108 (33,1%) com nível forte e n= 3 (0,9%) fraco. Assim sendo, a Tabela 8 representa o score geral:

Tabela 8 – SCORE GERAL CATEGORIZADO DAS PERGUNTAS DO QUESTIONÁRIO SOC-29. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023

Variável	N	%	
Score categorizado	Fraco	3	0,9%
	Moderado	215	65,9%
	Forte	108	33,1%

FONTE: A autora (2023).

O escore médio geral do questionário foi de 127,9 ($\pm 23,6$); os componentes Compreensão, Manuseio e Significado obtiveram valores médios de 39,7 ($\pm 11,7$), 47,2 ($\pm 9,7$) e 41,0 ($\pm 8,6$), respectivamente, conforme apresentado na Tabela 9, em sequência.

Tabela 9 – SCORE CONFORME OS COMPONENTES DO QUESTIONÁRIO SOC-29.
FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023

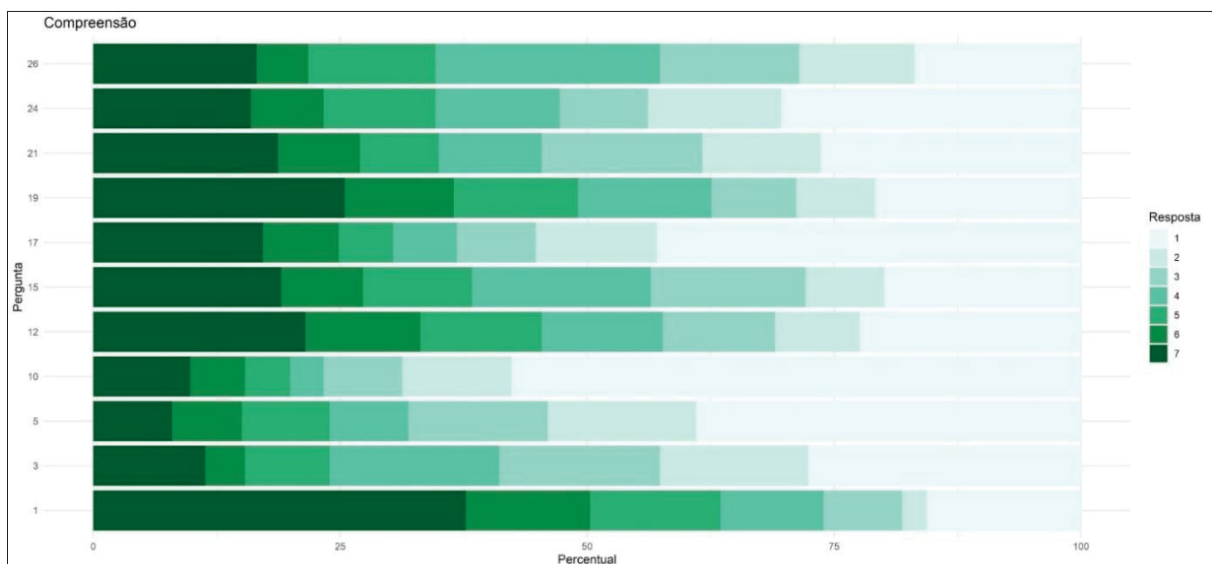
SOC	Componentes															
	Geral				Compreensão				Manuseio				Significado			
	M	MD	DP	IIQ	M	MD	DP	IIQ	M	MD	DP	IIQ	M	MD	DP	IIQ
Score	127,9	127	23,6	30,7	39,7	39	11,7	15	47,2	47	9,7	12	41	42	8,6	11,7

Legenda: M (média); MD (mediana); DP (desvio padrão); IIQ (intervalo interquartil).

FONTE: dados da pesquisa (2023).

Em relação ao componente “compreensão”, as menores pontuações situaram-se na questão 10 – na qual 57,7% pontuaram 1 – e na questão 17 – com 42,9% que obtiveram índices mínimos. Ainda mais, aquelas que tiveram maiores pontuações foram a questão 1 – com 37,7% com índice de 7 – e a questão 19 – com 25,5%, conforme apresenta o Gráfico 5.

Gráfico 5 - GRÁFICO DE BARRAS PARA AS PERGUNTAS DO COMPONENTE COMPREENSÃO.
FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023

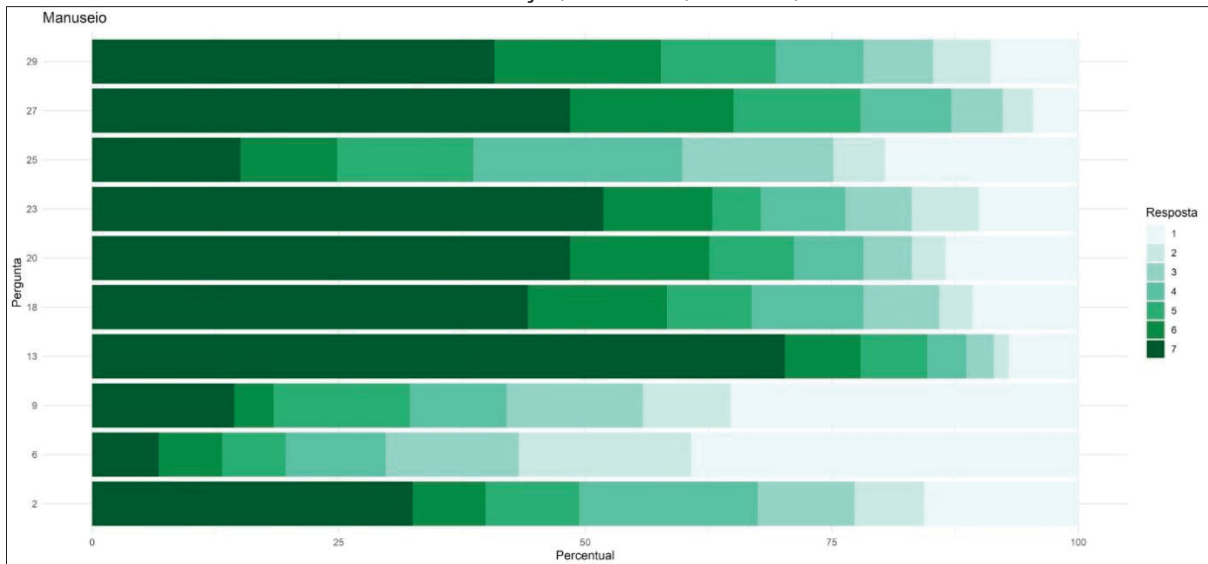


FONTE: A autora (2023).

Quanto ao componente “manuseio”, predominaram índices mínimos nas questões 6 e 9, com 39,3% e 35,3% respectivamente. No que se refere às pontuações

máximas, destacaram-se as questões 23 – com 51,8% –, 20 e 27 – com 48,5% cada, conforme o Gráfico 6, seguidamente.

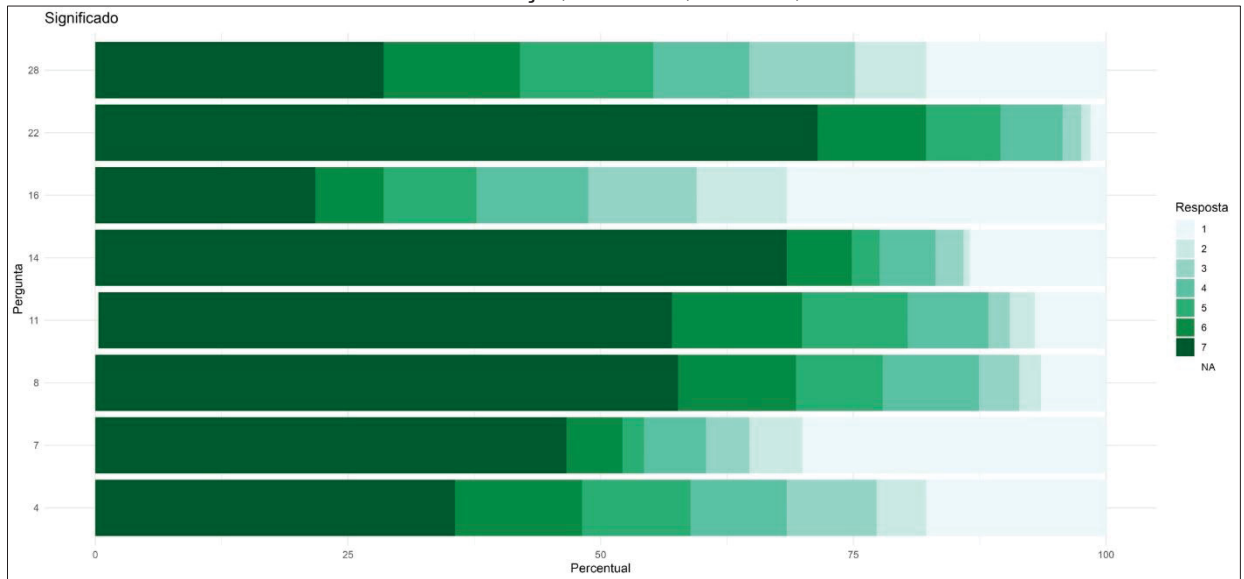
Gráfico 6 – GRÁFICO DE BARRAS PARA AS PERGUNTAS DO COMPONENTE MANUSEIO. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

No componente “significado”, pontuações mínimas foram expressivas na questão 7 – com 30,1% – e na questão 16 – com 31,6%. Ainda mais, as pontuações máximas se destacaram nas questões 22 – com 71,5% – e na 14 – com 68,4%. Assevera-se que este componente foi aquele que obteve maiores percentuais em pontuações máximas. Portanto, o Gráfico 7 exprime os dados supramencionados.

Gráfico 7 – GRÁFICO DE BARRAS PARA AS PERGUNTAS DO COMPONENTE SIGNIFICADO. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

Outrossim, a análise da associação entre os scores do SOC com as características sociodemográficas estão apresentadas na Tabela 10, que se apresenta na sequência.

Tabela 10 – SOC CONFORME VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PESSOAS NAS UNIDADES PRISIONAIS. FOZ DO IGUAÇU, PR, BRASIL. 2021

Variável	SOC						P-valor*	
	Fraco		Moderado		Forte			
	n	col %	n	col %	n	col %		
Idade	18 a 29 anos	3	100,00%	127	59,07%	44	40,74%	0,011
	30 a 44 anos	0	0,00%	63	29,30%	48	44,44%	
	45 a 59 anos	0	0,00%	23	10,70%	11	10,19%	
	60 anos ou mais	0	0,00%	2	0,93%	5	4,63%	
Sexo:	Feminino	0	0,00%	24	11,16%	6	5,56%	0,222
	Masculino	3	100,00%	191	88,84%	102	94,44%	
Estado Conjugual:	Solteiro(a)	2	66,67%	93	43,26%	46	42,59%	0,957
	Casado(a) ou em união consensual	1	33,33%	93	43,26%	44	40,74%	
	Viúvo(a)	0	0,00%	2	0,93%	1	0,93%	
	Separado ou divorciado (a)	0	0,00%	27	12,56%	17	15,74%	
Número de filhos	0	2	66,67%	62	28,84%	27	25,00%	0,216
	1 a 3	1	33,33%	129	60,00%	61	56,48%	
	mais de 3	0	0,00%	24	11,16%	20	18,52%	
Renda familiar	<1 SM	1	33,33%	54	25,12%	16	14,81%	0,223
	1-2 SM	1	33,33%	120	55,81%	62	57,41%	
	2-3 SM	1	33,33%	27	12,56%	14	12,96%	
	3-4 SM	0	0,00%	6	2,79%	3	2,78%	
	4-5 SM	0	0,00%	4	1,86%	6	5,56%	
	Acima de 5 SM	0	0,00%	4	1,86%	7	6,48%	

Escolaridade	<9 anos	1	33,33%	118	54,88%	63	58,88%	0,253
	9 a 12 anos	1	33,33%	56	26,05%	17	15,89%	
	> 12 anos	1	33,33%	41	19,07%	27	25,23%	
Participa de atividades na unidade penal	Não	3	100,00%	94	43,72%	32	29,63%	0,005
	Sim	0	0,00%	121	56,28%	76	70,37%	

Legenda: N (número de elementos observados); % (percentual). P-valor (*Teste de qui-quadrado ou Exato de Fisher quando aplicado); Col% (percentual calculado pelo total da coluna como denominador); SM (Salário-mínimo).

FONTE: A autora (2023).

Ao investigar a associação entre as variáveis sociodemográficas com os níveis do SOC, verificou-se relação positiva com significância estatística entre idade e escore moderado/forte; e atividade na unidade penal com SOC moderado/forte.

Ainda, os participantes com idade inferior a 30 anos (entre 18 e 29 anos) representam o total de 88,4% das pessoas que tem o escore moderado e forte. Relativamente à realização de alguma atividade na unidade penal, a proporção do escore categorizado para pessoas entre 30 e 44 anos representa o total de 85,18% com tem o escore moderado e forte. Das pessoas que praticam alguma atividade na unidade penal 70,37% possuem escore forte.

As variáveis sexo, estado conjugal, número de filhos, renda familiar e escolaridade não demonstraram associação significativa com o SOC sob amostra de PPL analisada. As análises relacionadas às variáveis clínicas são apresentadas na Tabela 11.

Tabela 11- SOC CONFORME VARIÁVEIS CLÍNICAS DAS PPL NAS UNIDADES PRISIONAIS. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023

Variável		SOC						P-valor
		Fraco		Moderado		Forte		
		n	col %	n	col %	n	col %	
Tem alguma doença crônica?	Não	1	33,33%	108	50,47%	45	41,67%	0,291
	Sim	2	66,67%	106	49,53%	63	58,33%	
Respiratória	Não	3	100,00%	161	75,23%	87	80,56%	0,359
	Sim	0	0,00%	53	24,77%	21	19,44%	
Trato urinário	Não	3	100,00%	211	98,60%	107	99,07%	0,918
	Sim	0	0,00%	3	1,40%	1	0,93%	
Trato gastrointestinal	Não	3	100,00%	194	90,65%	97	89,81%	0,828
	Sim	0	0,00%	20	9,35%	11	10,19%	
Cardiovascular	Não	3	100,00%	198	92,52%	94	87,04%	0,236
	Sim	0	0,00%	16	7,48%	14	12,96%	

Osteomuscular	Não	3	100,00%	205	95,79%	102	94,44%	0,801
	Sim	0	0,00%	9	4,21%	6	5,56%	
Dor crônica	Não	3	100,00%	209	97,66%	102	94,44%	0,304
	Sim	0	0,00%	5	2,34%	6	5,56%	
Transtornos mentais	Não	1	33,33%	191	89,25%	103	95,37%	<0,001
	Sim	2	66,67%	23	10,75%	5	4,63%	
Reumatológico	Não	3	100,00%	213	99,53%	108	100,00%	0,771
	Sim	0	0,00%	1	0,47%	0	0,00%	
Neurológico	Não	3	100,00%	207	96,73%	104	96,30%	0,929
	Sim	0	0,00%	7	3,27%	4	3,70%	
Dislipidemia	Não	3	100,00%	212	99,07%	108	100,00%	0,593
	Sim	0	0,00%	2	0,93%	0	0,00%	
Câncer	Não	3	100,00%	214	100,00%	107	99,07%	0,365
	Sim	0	0,00%	0	0,00%	1	0,93%	
Infectocontagiosas	Não	3	100,00%	211	98,60%	100	92,59%	0,018
	Sim	0	0,00%	3	1,40%	8	7,41%	
Metabólica	Não	3	100,00%	211	98,60%	107	99,07%	0,918
	Sim	0	0,00%	3	1,40%	1	0,93%	
Sistema otológico	Não	3	100,00%	212	99,07%	107	99,07%	0,986
	Sim	0	0,00%	2	0,93%	1	0,93%	
Dermatológicas	Não	3	100,00%	210	98,13%	104	96,30%	0,582
	Sim	0	0,00%	4	1,87%	4	3,70%	
Doenças oculares	Não	3	100,00%	208	97,20%	108	100,00%	0,205
	Sim	0	0,00%	6	2,80%	0	0,00%	
Sintomas inespecíficos	Não	3	100,00%	212	99,07%	108	100,00%	0,593
	Sim	0	0,00%	2	0,93%	0	0,00%	
Doenças endócrinas	Não	3	100,00%	213	99,53%	108	100,00%	0,771
	Sim	0	0,00%	1	0,47%	0	0,00%	
Uso de medicações	Não	2	66,67%	142	67,62%	59	56,19%	0,137
	Sim	1	33,33%	68	33,38%	46	43,81%	

Legenda: N (número de elementos observados); % (percentual). P-valor (*Teste de qui-quadrado ou Exato de Fisher quando aplicado); Col% (percentual calculado pelo total da coluna como denominador).

FONTE: A autora (2023).

Em relação às doenças crônicas autorrelatadas associadas aos níveis do SOC, houve significância com o transtorno mental e as doenças infecto contagiosas, $p < 0,001$ e $p = 0,018$, respectivamente. Dentre as três pessoas que apresentaram SOC fraco, duas apresentam transtornos mentais representando 66,67%. Ainda, das pessoas com doenças infectocontagiosas não respiratórias, apenas três e oito pessoas têm o escore moderado e forte, representando o total de 1,40% e 7,41%, respectivamente, tal como evidenciado na Tabela 11.

Quanto aos hábitos de vida, não se destacaram relações significativas com os níveis de SOC, como observado na Tabela 12.

Tabela 12- SOC CONFORME VARIÁVEIS HÁBITOS DE VIDA DAS PPL. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL. 2023

Variável		SOC						P-valor*
		Fraco		Moderado		Forte		
		n	col %	n	col %	n	col %	
Tabagismo	Não	2	66,67%	140	66,04%	77	71,30%	0,829
	Sim	1	33,33%	72	33,96%	31	28,70%	
Alcoolismo	Não	1	33,33%	82	38,32%	33	30,56%	0,388
	Sim	2	66,67%	132	61,68%	75	69,44%	
Drogadicção	Não	2	66,67%	131	60,93%	80	74,07%	0,064
	Sim	1	33,33%	84	39,07%	28	25,93%	
Pratica atividade física?	Não pratica	2	66,67%	63	29,30%	29	26,85%	0,313
	Pratica	1	33,33%	152	70,70%	79	73,15%	

Legenda: N (número de elementos observados); % (percentual). P-valor (*Teste de qui-quadrado ou Exato de Fisher quando aplicado); Col% (percentual calculado pelo total da coluna como denominador).

FONTE: A autora (2023).

7.2 RESULTADOS: FASE 2 – PESQUISA QUANTITATIVA

A etapa Quantitativa, Fase 2, identificou 42 PPL com diagnóstico de HAS na unidade penal PEF; destas, uma recusou a participação no estudo e três foram excluídas em virtude de suas penas serem inferiores a seis meses. Assim, contou com amostra no tempo 0 (T0) de 38 PPL, das quais 30 concluíram os seis meses de acompanhamento no tempo 2 (T2). Ainda, as oito PPL que não concluíram a fase intervenção, foram excluídas em virtude de transferências para outras unidades penais (n=4) e liberdade (n=4).

Os resultados foram subdivididos em caracterização da população do estudo, resultados de dados clínicos, SOC, LS e HKLS antes da intervenção e resultados de dados clínicos, SOC, LS e HKLS após a intervenção.

7.2.1 Caracterização da população do estudo

Totalizaram 30 homens com diagnóstico de HAS, 73,3% com idade entre 30 e 44 anos, 46,7% (14) casados, 56,7% (17) pais de 1 a 3 filhos, 73,3% (22) com escolaridade inferior a 12 anos de estudo, 46,7% (14) cuja renda familiar prévia à privação de liberdade estava entre 1 a 2 salários mínimos, 60% (18) compartilhando suas casas com 3 a 5 pessoas, conforme apresentado na Tabela 13.

Tabela 13 - VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS DAS PPL COM HAS.
FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL. 2023

Variável	n	%	
1) Idade	18 A 29 ANOS	1,00	3,33 %
	30 A 44 ANOS	22,00	73,33 %
	45 A 59 ANOS	6,00	20,00 %
	60 ANOS OU MAIS	1,0	3,3 %
2) Sexo	MASCULINO	30,0	100,0 %
3) Estado Conjugal	CASADO OU EM UNIAO CONSENSUAL	14,0	46,7 %
	SEPARADO OU DIVORCIADO	3,0	10,0 %
	SOLTEIRO	13,0	43,3 %
4) Número de filhos	0	5,0	16,7 %
	1 A 3	17,0	56,7 %
	MAIS DE 3	8,0	26,7 %
5) Renda familiar	<1 SM	1,00	3,33 %
	1-2 SM	14,0	46,7 %
	2-3 SM	6,0	20,0 %
	4-5 SM	4,0	13,3 %
	ACIMA DE 5 SM	3,0	10,0 %
	NAO INFORMADO	2,00	6,7 %
5) Escolaridade	<9 ANOS	10,0	33,3 %
	9 A 12 ANOS	12,00	40,0 %
	> 12 ANOS	8,0	26,7 %
	< 2	5,0	20,0 %
	3 a 5	8,0	60,0 %
	> 6	3,0	20,0 %

FONTE: A autora (2023).

Em relação ao tempo de privação de liberdade, n= 16 (53,3%) estão em unidades penais entre 1 a 2 anos, dos quais n= 21 (70%) participam de atividades na unidade penal, predominando o trabalho com n= 14 (66,7%), seguidos de outras com n= 3 (13,3%) e estudo e práticas religiosas, ambos com n= 2 (9,5%) cada. Sendo assim, apresentam-se os dados na Tabela 14:

Tabela 14 – TEMPO DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE E ATIVIDADES DAS PPL COM HAS NA PRISÃO.

FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL. 2023

Variável	n	%
Tempo de privação de liberdade	MENOS DE 1 ANO	3,0 10,0 %
	1 A 2 ANOS	16,0 53,3 %
	3 A 4 ANOS	6,0 20,0 %
	MAIS DE 4 ANOS	5,0 16,7 %
Participa em atividades na unidade penal	NAO	9,0 30,0 %
	SIM	21,0 70,0 %
Tipo de atividades	ESTUDO	2,0 9,5 %
	Não especificamos - OUTRAS	3,0 13,3 %
	PRÁTICAS RELIGIOSAS	2,0 9,5 %
	TRABALHO	14,0 66,7 %

FONTE: A autora (2023).

Acerca das ocupações anteriores à privação de liberdade, foram 32 atividades profissionais relatadas, preponderando, de acordo com os grandes grupos da CBO (2010): trabalhadores da produção de bens e serviços industriais n=19 (59,4%); trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados n= 10 (31,2%); membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes n= 3 (9,4%); e não informado n=2 (6,2%).

Em relação às comorbidades, além da HAS, foram predominantes nos participantes: n= 5 (16,7%) gastrointestinal; n= 4 (13,3%) metabólicas; n= 3 (10,0%) respiratória; n= 2 (6,7%) psíquicas; n= 1 (3,3%) cardiovascular e oftalmológica cada. Logo, a Tabela 15 exemplifica tais informações.

Tabela 15 – COMORBIDADES NAS PPL COM HAS.
FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL. 2023

Variável		N	%
Cardiovascular	NÃO	29,0	96,7 %
	SIM	1,0	3,3 %
Metabólica	NÃO	26,0	86,7%
	SIM	4,0	13,3 %
Gastrointestinal	NÃO	25,00	83,3 %
	SIM	5,00	16,7 %
Oftalmológica	NÃO	29,0	96,7 %
	SIM	1,0	3,3 %
Psíquica	NÃO	28,0	93,3 %
	SIM	2,0	6,7 %
Respiratória	NÃO	27,0	90,0 %
	SIM	3,0	10,0 %

FONTE: A autora (2023).

Em relação ao local de diagnóstico da Hipertensão Arterial, n= 19 (63,3%) ocorreram em unidades penais, em comparação a n= 9 (30%) na rede pública de saúde extramuros e, ainda, n= 1 (3,3%) na rede privada e não informado, respectivamente. O tempo de diagnóstico predominante foi <1 ano com n= 10 (33,3%), seguido de 1 a 4 com n= 8 (26,7%), 6 a 10 n= 7 (23,3%) e >10 anos n= 5 (16,7%). Em relação à terapia medicamentosa, n= 13 (43,3%) realizam em monoterapias, n= 13 (43,3%) com 2 a 3 medicações e n= 4 (13,3%) mais de 4 medicamentos; os quais, em maioria, n= 18 (60%) eram utilizados apenas uma vez ao dia. Em relação ao acesso às medicações na unidade penal n=30 (100,0%) relataram recebê-las. As informações, então, dispõem-se na Tabela 16, em sequência.

Tabela 16 – LOCAL E TEMPO DO DIAGNÓSTICO DA HAS EM PPL E MEDICAÇÕES EM USO.
FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL. 2023

Variável		n	%
Local do diagnóstico	Rede privada de saúde extramuros	1,0	3,3 %
	Rede pública de saúde extramuros	9,0	30,0 %
	Unidade penal	19,0	63,3 %
	Não informado	1,0	3,3 %
Tempo de diagnóstico	<1 ano	10,0	33,3 %
	1 a 4 anos	8,0	26,7 %
	6 a 10 anos	7,0	23,3 %
	> 10 anos	5,0	16,7 %
Número de medicações em uso	1	13,0	43,3 %
	2 a 3	13,0	43,3 %
	4 a 5	2,0	6,7 %
	> De 5	2,0	6,7 %

FONTE: A autora (2023).

Foram 58 classes de medicações relatadas pelas PPL com HAS: anti-hipertensivos n= 36 (62,1%); hipoglicemiantes orais e antiagregante plaquetário n= 4 (6,9%) cada; antidepressivos n= 3 (5,2%); diuréticos e antiartricosos n=2 (3,4%) cada; estatinas, relaxantes musculares, ansiolíticos, broncodilatadores, inibidores da bomba de prótons, anticonvulsivante e polivitamínicos n= 1 (1,7%) cada. Quanto ao acesso à medicação na unidade penal, n=30 (100%) dos participantes referiu recebê-las na prisão.

As PPL, ao autoavaliarem-se sobre o estado de saúde, em maioria classificaram-no como: n= 15 (50%) regular; n= 10 (33,3) boa; n= 3 (10%) ruim e n= 2 (6,7%) muito boa. Nesse sentido, foram prioritariamente avaliações positivas da saúde, assim como evidenciado na Tabela 17.

Tabela 17 - AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE PELAS PPL COM HAS. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL. 2023

Variável	n	%
Autoavaliação do seu estado de saúde em escala de cinco graus	RUIM	3,0 10,0 %
	REGULAR	15,0 50,0 %
	BOA	10,0 33,3 %
	MUITO BOA	2,0 6,7 %

FONTE: A autora (2023).

No que se refere aos hábitos de vida, em relação ao tabagismo, n= 5 (16,7%) das PPL referiram-se tabagistas; entre as não-fumantes, n= 16 (53,3%) nunca fumaram, e as que já fumaram e/ou fumam n= 13 (92,8%) utilizavam/utilizam mais de 20 cigarros ao dia, representado na Tabela 18.

Tabela 18 – TABAGISMO RELATADO PELAS PPL COM HAS. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL. 2023

Variável	n	%
Tabagismo	NÃO	25,0 83,3%
	SIM	5,0 16,7%
Tempo	1 A 2 ANOS	1,0 3,3%
	MAIS DE 4 ANOS	13,0 43,3%
	NÃO FUMANTES	16,0 53,3%

	10 CIG	1,0	3,3%
	20 CIG	9,0	30,0%
Número de cigarros/dia	30 CIG	2,0	6,7%
	40 CIG	2,0	6,7%
	NÃO FUMANTES	16,0	53,3%
	MENOS DE 1 ANO	4,0	13,3 %
Se não tabagismo, parou há quanto tempo?	1 A 2 ANOS	7,00	23,3 %
	3 A 4 ANOS	2,0	6,7 %
	NÃO INFORMADO	1,0	3,3 %

FONTE: A autora (2023).

No que se refere ao uso de bebidas alcoólicas, n= 12 (40%) relataram não ingerir, n= 12 (40%) ingerir moderadamente e n= 6 (20%) mais que moderadamente, destes n= 21 (66,7%) relataram uso por período superior há 1 ano.

Tabela 19 – USO DE BEBIDA ALCOÓLICA RELATADO PELAS PPL COM HAS. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL. 2023

Variável		n	%
Uso de bebida alcoólica	NÃO INGERE	12,0	40,0 %
	INGESTA MODERADA	12,0	40,0 %
	INGESTA MAIS QUE MODERADA	6,0	20,0 %
Tempo de uso de bebida alcoólica	NÃO INGERE	12,0	40,0 %
	MENOS DE 1 ANO	1,00	3,33 %
	1 A 2 ANOS	11,00	36,67 %
	3 A 4 ANOS	6,00	20,00 %
	MAIS DE 4 ANOS	3,00	10,00 %
	NÃO INFORMADO	9,00	30,00 %

FONTE: A autora (2023).

Quanto ao uso de drogas, n= 23 (76,7%) relataram não utilizar drogas, n= 7 (23,3%) referiram uso. Dos que relataram não utilizar drogas, n= 10 (33,3%) interromperam o uso há mais de 1 ano. Dentre os que relataram uso de drogas prévio e/ou atual n= 14 (46,7%), utilizaram por períodos entre 5 e 9 anos. As drogas ilícitas mais relatadas foram: n= 8 (26,7%) maconha; n= 7 (23,3%) cocaína; e n= 1 (3,3%) sintéticas, conforme apresentado na Tabela 20.

Tabela 20 – DROGADIÇÃO RELATADA PELAS PPL COM HAS.
FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL. 2023

Variável		n	%
Drogadição	NÃO	23,0	76,7 %
	SIM	7,0	23,3 %
Tempo drogadição	5 A 6 ANOS	1,0	3,3 %
	7 A 8 ANOS	1,0	3,3 %
	8 A 9 ANOS	1,0	3,3 %
	MAIS DE 9 ANOS	11,0	36,7 %
	NÃO INFORMADO	16,0	53,3 %
Se não drogadição, parou há quanto tempo?	MENOS DE 1 ANO	1,0	3,3 %
	1 A 2 ANOS	7,0	23,3 %
	3 A 4 ANOS	1,0	3,3 %
	MAIS DE 4 ANOS	2,0	6,7 %
	NAO INFORMADO	19,0	63,3 %

FONTE: A autora (2023).

Já sobre a realização de atividades físicas moderadas (pelo menos 10 minutos contínuos) n= 19 (63,3%) relataram realizar; e, n= 9 (30%) realizaram atividades vigorosas (pelo menos 10 minutos contínuos).

Das PPL integrantes do presente estudo, apenas n= 3 (10%) recebem alimentação diferenciada na unidade penal, sendo que: n= 29 (96,7%) relataram ingerir frutas 1 vez na semana; n= 20 (66,7%) legumes e verduras de 7 a 14 vezes na semana; n= 29 (96,7%) feijão e arroz de 7 a 14 vezes na semana; n= 19 (63,3%) carnes de 7 a 14 vezes na semana; n= 26 (86,7%) pães e massas de 7 a 14 vezes na semana; n= 3 (10%) alimentos enlatados e com conservantes; n= 21 (70%) não ingere biscoitos, guloseimas e balas. Os dados são descritos na Tabela 21, seguidamente.

Tabela 21 – INGESTA ALIMENTAR RELATADA PELAS PPL COM HAS.
FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL. 2023

Variável		n	%
1 Frutas	NÃO	1,0	3,3%
	SIM	29,0	96,7%
1 Quantas vezes por semana?	0	1,0	3,3%
	1	29,0	96,7%
2 Legumes e verduras	SIM	30,0	100,0%

	1	3,0	10,0%
	2	1,0	3,3%
	3	1,0	3,3%
2 Quantas vezes por semana?	4	3,0	10,0%
	5	1,0	3,3%
	6	1,0	3,3%
	7	17,0	56,7%
	14	3,0	10,0%
3 Arroz, feijão	SIM	30,0	100,0%
	2	1,	3,3%
3 Quantas vezes por semana?	7	17,0	56,7%
	14	12,0	40,0%
4 Carnes	NÃO	2,0	6,7%
	SIM	28,0	93,3%
	0	2,0	6,7%
	1	2,0	6,7%
	2	2,0	6,7%
	3	2,0	6,7%
4 Quantas vezes por semana?	4	1,0	3,3%
	5	1,0	3,3%
	6	1,0	3,3%
	7	10,0	33,3%
	13	1,0	3,3%
	14	8,0	26,7%
5 Pães e massas	SIM	30,0	100,0%
	1	2,0	6,7%
	3	1,0	3,3%
5 Quantas vezes por semana?	4	1,0	3,3%
	7	21,0	70,0%
	14	5,0	16,7%
6 Alimentos enlatados com conservantes?	NÃO	27,0	90,0%
	SIM	3,0	10,0%
	0	27,0	90,0%
6 Quantas vezes por semana?	3	1,0	3,3%
	4	1,0	3,3%
	14	1,0	3,3%
7 Biscoitos, guloseimas e balas	NÃO	22,0	73,3%
	SIM	8,0	26,7%
	0	21,0	70,0%
7 Quantas vezes por semana?	1	4,0	13,3%
	2	2,0	6,7%
	3	1,0	3,3%

	MENSAL	2,0	6,7%
8 Outros	NÃO	29,0	96,7%
	SIM	1,0	3,3%

FONTE: A autora (2023).

7.2.2 Resultados dos dados clínicos, SOC, LS e HK-LS antes da intervenção

No Tempo 0 (T0), antes das intervenções de enfermagem, as PPL participantes do estudo apresentavam-se n= 26 (86,7%) acima do peso ideal, n= 15 (50%) obesas e n= 11 (36,7%) com sobrepeso; n= 15 (50%) com Circunferência abdominal (CA) acima de 102 cm; n= 15 (50%) com Pressão arterial (PA) acima do limite ideal (PA: 140/90 mmHg) e n= 30 (100%) com Índice Tornozelo Braquial (ITB) dentro da normalidade. Ressalta-se que estavam com peso dentro da normalidade n= 4 (13,3%) PPL, CA até 102 cm n= 15 (50%) e, também, PA inferior a 140/90 mmHg n= 15 (50%), conforme na Tabela 22:

Tabela 22 – DADOS CLÍNICOS DAS PPL COM HAS NO T0.
FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL. 2023

Variável	n	%
IMC	PESO SAUĐAVEL: (18,5 A 24,9)	4,0 13,3 %
	SOBREPESO (25,0 A 29,9)	11,0 36,7 %
	OBESIDADE	15,0 50,0 %
CA	NORMAL (ATÉ 102CM)	15,0 50,0 %
	ACIMA (>102CM)	15,0 50,0 %
PA (milímetros de mercúrio - mmHg)	ÓTIMA (<120/80 MMHG)	2,0 6,7 %
	NORMAL (<130/<85 MMHG)	5,0 16,7 %
	LIMITROFE (130 - 139/85-89 MMHG)	8,0 26,7 %
	ESTÁGIO I (140-159/90-99 MMHG)	13,0 43,3 %
	ESTÁGIO II (160-179/100-109 MMHG)	1,0 3,3 %
	ESTAGIO III (MAIOR OU IGUAL A 180/MAIOR OU IGUAL A 110 MMHG)	1,0 3,3 %
ITB	NORMAL =ACIMA DE 0,90	30,0 100,0 %

FONTE: A autora (2023).

Ao analisar as medidas antropométricas e CA das 30 PPL, quanto às médias e ao desvio padrão foram: peso 88,6 Kg ($\pm 17,4$), altura 1,69 m ($\pm 0,07\%$) e CA 101,2 cm ($\pm 14,1$), conforme apresentado na Tabela 23.

Tabela 23 – MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS E CA DAS PPL COM HAS NO T0. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL. 2023

Variável	M	MD	DP	1Q	3Q	p-valor*
Peso (kg)	88,570	84,800	17,431	76,625	99,450	0,118
Altura (m)	1,690	1,680	0,0768	1,652	1,737	0,568
Circunferência Abdominal (cm)	101,233	100,500	14,056	91,500	113,500	0,588

Legenda: M (média); MD (mediana); DP (desvio padrão); 1Q (25% abaixo e acima 75%); 3Q (75% abaixo e acima 25%); p-valor (*Teste de Shapiro-Wilk).

FONTE: A autora (2023).

Quanto ao SOC mensurado, obteve-se no T0 média geral de 141,4 ($\pm 21,8$). Em relação aos componentes do SOC, as médias e desvios padrões foram respectivamente: compreensão 43,2% ($\pm 11,4$); manuseio 51,5% ($\pm 7,7$) e significado 46,6 ($\pm 6,8$); com predomínio do SOC alto em 63,3% das PPL (19).

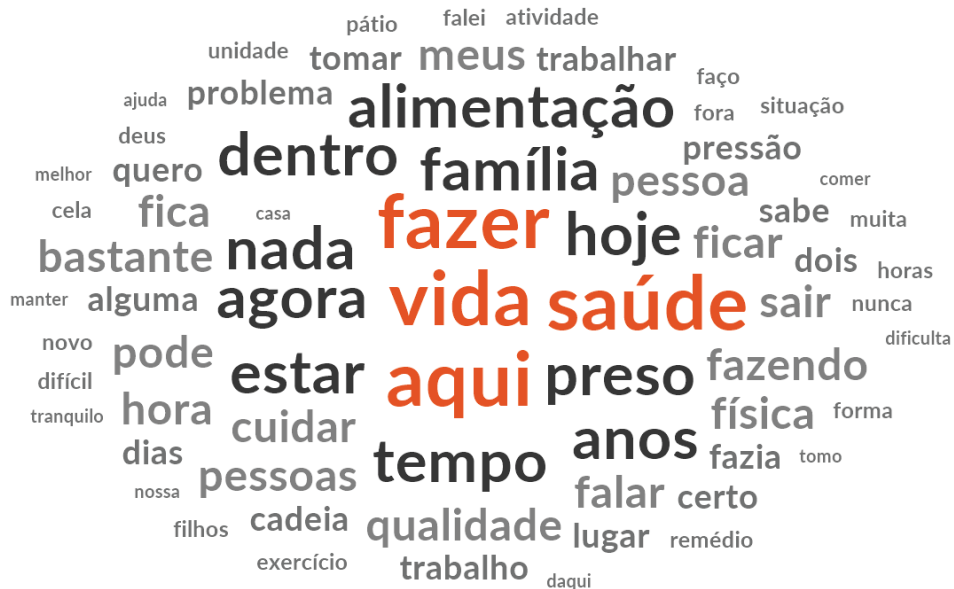
Em relação aos níveis de LS, obteve-se média de 21 ($\pm 6,2$), com pontuação mínima de 8 e máxima de 34 pelo HLAT-8. Assim, apresentaram nível suficiente de LS 56.7% (n=17) dos participantes. As maiores médias foram na questão sete, relativamente a saber escolher os conselhos e recomendações que sejam melhores para sua saúde ($3,47 \pm 1,3$); seguida da questão dois, referente ao entendimento sobre informações de saúde em folhetos/cartilhas ($3,4 \pm 1,4$). As menores médias foram nas questões oito, sobre a capacidade de determinar as informações de saúde de alta qualidade na internet ($1,2 \pm 1,4$); e questão cinco, acerca da frequência com que conseguiram ajudar seus familiares ou amigo(s) em dúvidas sobre problemas de saúde $2,1 (\pm 1,6)$. O conhecimento crítico em saúde apresentou a menor média, de $4,7 (\pm 2,6)$; em oposição a EIS, que obteve a maior média, de $11,1 (\pm 5,6)$; já a busca de informações em saúde, obteve média de $5,2 (\pm 5,6)$.

Já o HK-LS, por sua vez, obteve média de $15,2 (\pm 3,3)$. Em relação aos componentes: definição 0,5 ($\pm 0,8$), tratamento médico 3,3 ($\pm 0,7$), adesão medicamentosa $3,1 (\pm 0,9)$, estilo de vida $3,8 (\pm 1,4)$, dieta $0,9 (\pm 0,9)$ e complicações $3,6 (\pm 1,0)$.

7.3 RESULTADOS FASE 2 PESQUISA QUALITATIVA

A amostra da pesquisa qualitativa foi de 38 PPL com diagnóstico de HAS, cujas entrevistas obtiveram, em média 16,2 minutos ($\pm 8,3$). Os dados foram importados para o NVivo® e procederam-se as consultas ou análises automatizadas que o programa permite, para aproximação com os dados, formando-se, a priori, a nuvem de palavras mais frequentes em todo o *corpus* textual – a qual foi executada com as 70 palavras mais recorrentes, maiores de quatro letras e com uso do filtro correspondências exatas. Os termos com maior destaque foram: “vida”, “saúde”, “fazer”, “aqui”, os quais se encontram rodeados pelos vocábulos: “família”, “alimentação”, “hoje”, “preso”, “anos”, “tempo”, “estar”, “agora”, “nada”, “dentro”, refletindo a temática da análise que envolvia o processo de compreender a manutenção da saúde das PPL, apesar da prisão.

Figura 10 – NUVEM DE PALAVRAS MAIS FREQUENTES NA TOTALIDADE DO *CORPUS* DAS ENTREVISTAS COM AS PPL NVIVO®. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

Em relação à análise automatizada de sentimentos, tendo como referência de codificação frases, foram identificados 1874 sentimentos por referências de codificação, destes $n = 823$ (43,9%) foram moderadamente positivos, $n = 465$ (24,8%) moderadamente negativos, $n = 389$ (20,8%) muito negativos e $n = 197$ (10,5%) muito

positivos. Assim, prevaleceram os sentimentos positivos, com percentual de 54,4%, em detrimento dos negativos com 45,6%, explicitado na Figura 11.

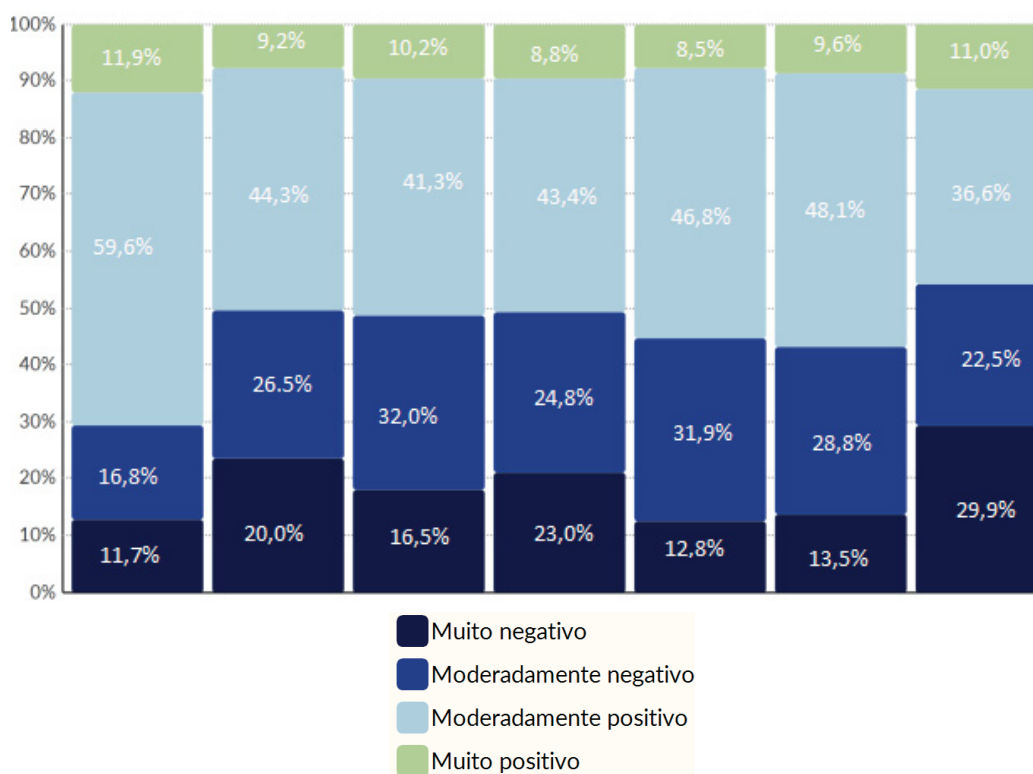
Figura 11 - ANÁLISE AUTOMATIZADA DE SENTIMENTOS CODIFICADO POR FRASES NVIVO®. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023

	A : Muito negativo	B : Moderadamente negativo	C : Moderadamente positivo	D : Muito positivo
1 : Código	57	74	260	54
2 : Código	54	60	98	18
3 : Código	42	72	98	23
4 : Código	64	87	125	30
5 : Código	8	21	31	5
6 : Código	8	17	28	5
7 : Código	156	134	183	62

FONTE: A autora (2023).

Ainda mais, ilustram-se os percentuais relativos aos sentimentos dos participantes no Gráfico 8, a seguir:

Gráfico 8 – RESULTADOS DA CODIFICAÇÃO AUTOMÁTICA DE SENTIMENTOS POR FRASES NVIVO®. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

Em relação aos casos codificados, os sentimentos apreendidos por participante totalizaram 582, prevalecendo, respectivamente, moderadamente positivos com n=

200 (34,4%), moderadamente negativos com $n = 157$ (27%), seguidos de muito negativos $n = 127$ (21,8%) e muito positivos $n = 98$ (16,8%), conforme apresentado na Figura 12.

Figura 12 – ANÁLISE AUTOMATIZADA DE SENTIMENTOS CODIFICADA POR CASOS NVIVO®. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023

	A : Muito negativo	B : Moderadamente negativo	C : Moderadamente positivo	D : Muito positivo
1 : Código	21	25	38	20
2 : Código	21	27	35	12
3 : Código	18	23	28	15
4 : Código	22	27	33	14
5 : Código	6	10	17	5
6 : Código	5	13	16	4
7 : Código	34	32	33	28

FONTE: A autora (2023).

Ao compararmos os sentimentos por participante da pesquisa observa-se que os mistos prevalecem, seguidos dos neutros, conforme ilustrado na Figura 13.

Figura 13 - SENTIMENTOS COMPARADOS POR PARTICIPANTES DA PESQUISA NVIVO®. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

Entre os sentimentos classificados como muito negativos, apreende-se o sofrimento dentro contexto prisional, tanto relacionado às vivências da própria PPL,

como de seus familiares, pela condição a qual está exposta. A sensação de perda do controle sobre sua vida também foi explicitada pelo PM_35 na medida em que desconhece o que ocorre externamente à prisão.

Eu vejo que está complicado! Não tenho o controle de nada, a gente perde o controle de tudo, e a pior coisa que tem acho que é isto: não saber o que está acontecendo lá fora (PM_35).

Agora está ruim. Não, mas vai acabar. Não dá nem para descrever, está feio o negócio, do jeito que eu vivia antes (PM_38).

Os classificados como muito positivos expressam que suas vidas e família encontram-se em processo de restauração e o objetivo de felicidade futura. A prisão, para alguns participantes, inclusive representou melhoria, mudança em suas vidas, na medida em que conseguiram refletir sobre condutas.

Importante, então, para mim, hoje, é a restauração, a restauração da minha família. Restauração da minha vida, também, que aqui a gente tem que ter um objetivo na vida, também. Se a gente não pensar, não pensar só em mim, não: hoje eu quero pensar na minha família, também, e quero pensar mais: nós podemos ser uma família feliz de novo (PM_16).

Olha, é até engraçado, mas eu acho que a minha vida melhorou bastante. Por mais, para você ver, que seja, eu tinha uma vida ruim lá fora, tipo, claro que não queria estar preso, mas eu acho que foi um momento certo para mim, para eu estar aqui, para eu refletir e ver o que eu fazia de errado, para eu voltar para casa. Porque ou a minha vida era mais cadeia ou era capaz até de eu morrer! (PM_21).

Hoje eu tenho bastante objetivo, consigo olhar para frente e ver um futuro e estou dia após dia. A gente tenta melhorar, sabe? (PM_29).

Ao comparar os sentimentos por número de referência, por questão aberta, foi evidenciado que as questões 7, 4, 3, 2 e 1, respectivamente, tiveram prevalência de sentimentos mistos. Essas questões discutem, respectivamente, a forma de ver a vida, o futuro, a saúde e os fatores que lhes auxiliam ou prejudicam, o que se pode atribuir ao fato de evidenciar maiores índices de sentimentos. A questão 1, que se relaciona aos conceitos de saúde e QV, não gerou sentimentos negativos. Ainda mais, as questões 5 e 6 foram prevalentemente neutras, sendo apenas descritivas, não evidenciaram presença de muitos sentimentos. Cabe destacar que as questões com

resultados neutros são relacionadas a descrever ações executadas para manter a saúde e sua rotina na unidade penal, conforme apresentado na Figura 14.

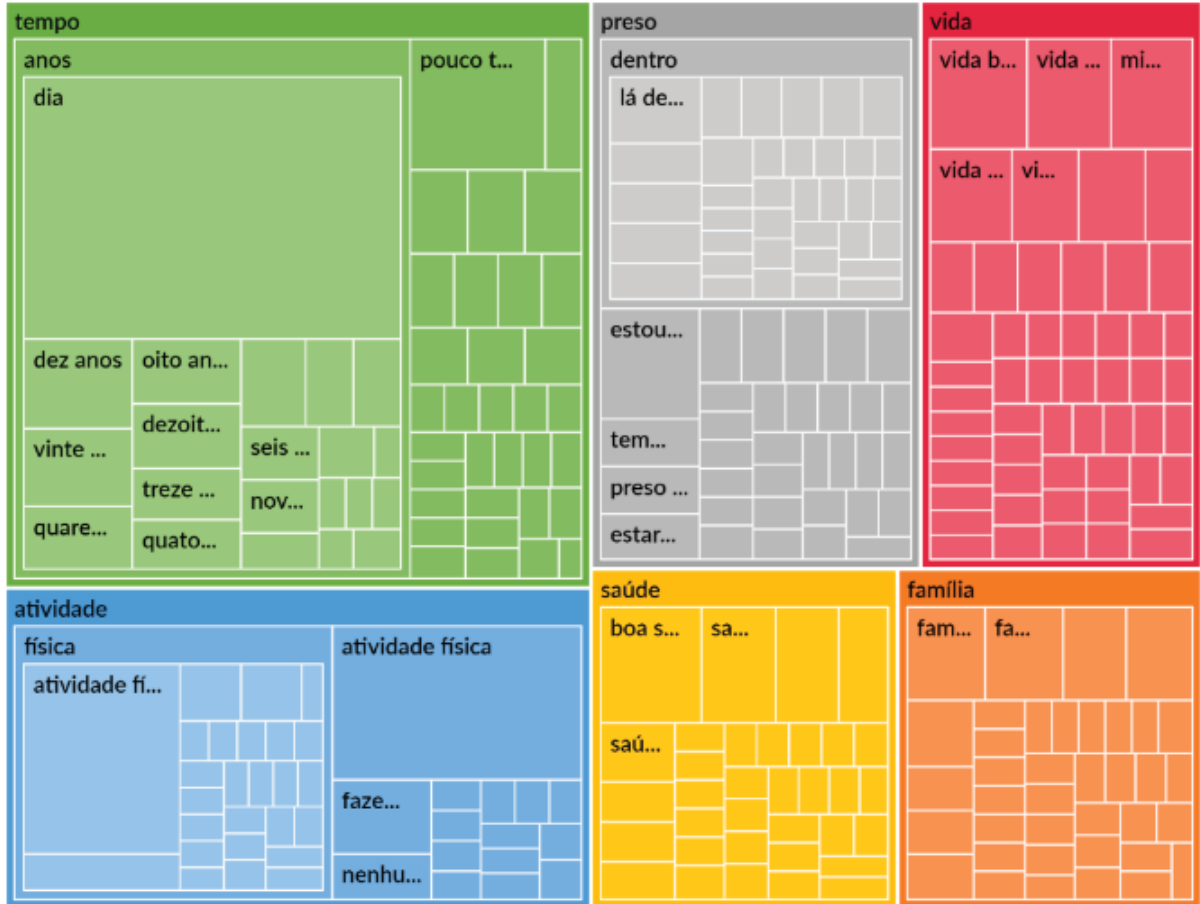
Figura 14 – SENTIMENTOS COMPARADOS POR NÚMERO DE REFERÊNCIA POR QUESTÕES ABERTAS NVIVO®. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

Em relação à análise automática de temas (aquela executada pelo próprio software), de acordo com as referências de codificação agregadas, predominaram os seguintes: tempo (191); atividade física (105); preso (104); vida (89); saúde (58) e família (57), os quais estão alinhados com a temática central da pesquisa a saúde das PPL apesar da prisão, conforme apresentado na Figura 15.

Figura 15 – REFERÊNCIAS DE CODIFICAÇÃO COMPARADO PELO NÚMERO DE REFERÊNCIAS CODIFICADAS NVIVO®. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

Em sequência, realizou-se a codificação pela pesquisadora – com apoio do Software NVivo®, para organização e armazenamento dos dados – para fins de identificação dos códigos, os quais constituem-se das categorias de análise da pesquisa. Optou-se por trabalhar com códigos e subcódigos (categorias e subcategorias), os quais encontram-se sistematizados no Quadro 5.

Quadro 5 – CATEGORIAS QUE EMERGIRAM NO PROCESSO DE CODIFICAÇÃO NVIVO®. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023

Códigos ou categorias			
1. Saúde, bem-estar e qualidade de vida na prisão	2. GRRs e Déficits generalizados de resistência (GRDs)	3. (Des) Esperanças com a vida e o futuro	4. (Des) Cuidados com a saúde
Subcódigos ou subcategorias			
1.1 Conceito de saúde na prisão	2.1 Fatores que auxiliam a manutenção da saúde na prisão	3.1 Esperanças quanto ao futuro e a vida	4.1 A busca pela manutenção da saúde antes da prisão

			4.2 A busca pela manutenção da saúde na prisão
1.2 Conceito de Qualidade de vida na prisão	2.2 Fatores que dificultam a manutenção da saúde na prisão	3.2 Desesperanças quanto ao futuro e percepção da vida	4.3 Fontes de informação em saúde
			4.4 (Des) Informações

FONTE: A autora (2023).

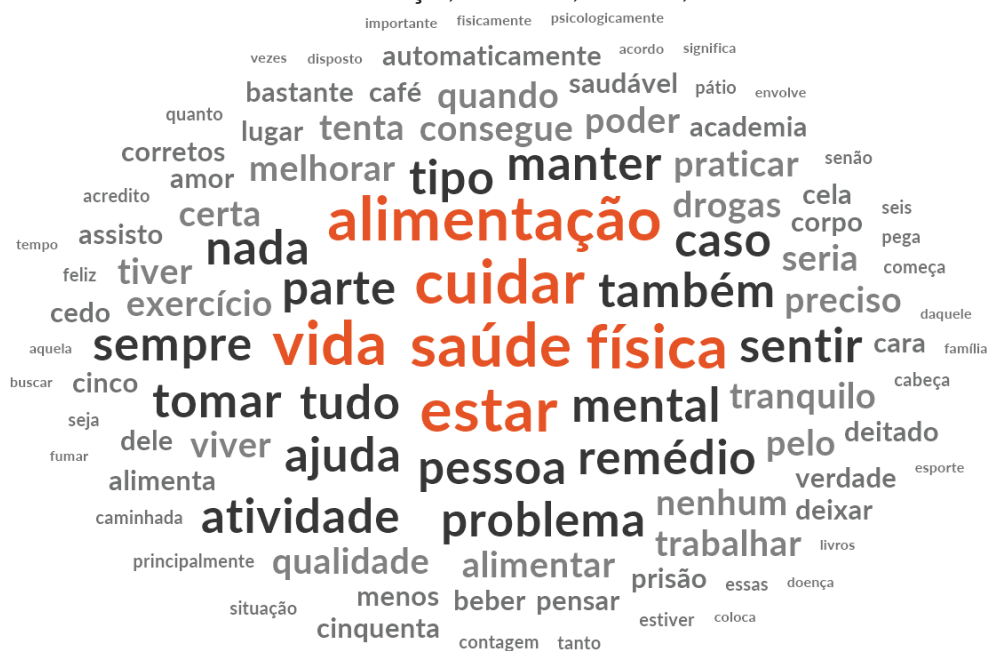
7.3.1 Saúde e QV na prisão

Esta categoria reúne os conceitos de saúde e QV inferidos dos relatos das PPL participantes do estudo. Portanto, encontram-se 100 referências codificadas, o que constitui de 8,6% do *corpus*.

7.3.1.1 Conceito de saúde

Na subcategoria “Conceito de saúde” foram 49 referências codificadas, as quais representam 3,8% da cobertura do *corpus* total dos relatos. Conforme vislumbra-se na nuvem de palavras apresentada na Figura 16, em seguida, os termos com maior destaque foram: “vida”, “saúde”, “cuidar”, “física”, “alimentação” e “estar” os quais se encontram rodeados pelos vocábulos: “mental”, “remédio”, “atividade”, “tomar”, “manter” “sentir”, dentre outros.

Figura 16 – NUVEM DE PALAVRAS MAIS FREQUENTES DE ENTREVISTAS COM PPL NA CATEGORIA CONCEITO DE SAÚDE NVIVO®. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



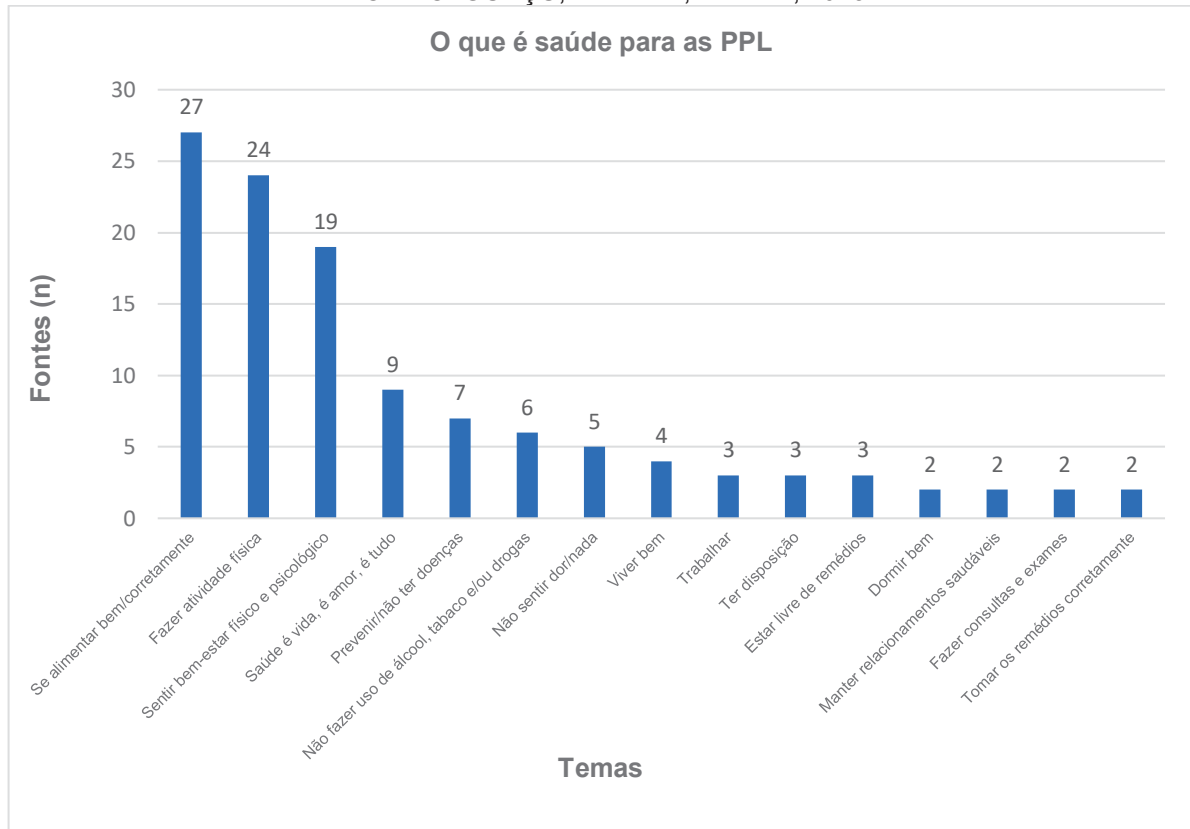
FONTE: A autora (2023).

Os termos destacados na Figura 16, alinham-se ao conceito de saúde prioritariamente identificado nos relatos dos participantes; assim, concatenam-se à saúde física, cuja perspectiva evidenciada é a de saúde, também relacionada à ausência de doenças e suas prevenções. Especialmente, atrelam-se aos hábitos de vida, considerando que os cuidados se ligam com: a alimentação; as atividades físicas; o uso de medicamentos; a cessação do uso de drogas, cigarro e bebidas alcóolicas; a ausência de sintomas físicos/doenças/alterações em órgãos; a disposição para as atividades cotidianas e aos atendimentos de saúde e exames.

Contudo, algumas PPL relataram a saúde como “tudo” e a conceberam relacionada ao componente psicológico/mental, ao controle do estresse e da ansiedade, espiritualidade, socialmente. A saúde, então, foi associada ao trabalho, a felicidade, a QV, ao bem-estar, ao relacionamento consigo e com os outros (conjugal), a viver bem, em liberdade. O Gráfico 9 apresenta a distribuição de fontes que contribuíram para cada um dos temas na Subcategoria “Conceito de saúde”.

Gráfico 9 – DISTRIBUIÇÃO DA QUANTIDADE DE FONTES DE ENTREVISTAS COM PPL QUE CONTRIBUÍRAM PARA CADA UM DOS TEMAS DA CATEGORIA “CONCEITO DE SAÚDE”.
NVIVO®.

FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

Seguidamente, os excertos exemplificam os resultados obtidos:

Saúde é ter saúde, a gente cuidar, para mim, é cuidar da alimentação, fazer caminhada, se puder fazer um exercício. É não usar droga, não beber álcool, bebida de álcool (PM_4).

Saúde é viver bem. Para viver bem preciso de melhorar a liberdade, estar livre. Aí eu preciso me cuidar. Se cuidar. Cuidar no meu dia a dia, nos meus afazeres, no, na minha alimentação e fazer exames. [...] Em relação da saúde é que, pelo fato de nós estamos presos e que tem, nós temos que fazer é exercício físico (PM_17).

Saúde é bem-estar, é estar de bem com a vida, de bem com a gente mesmo, acordar, como se diz, feliz. Independente do lugar que você se encontra [...], é ter vontade de fazer as coisas, de ir lá e fazer. Ter vontade de caminhar ou não caminhar, ter vontade de pular, de lutar, isso é, pra mim, é saúde. Falar, conversar, saber conversar, para mim, tudo isso aí faz parte da saúde. [...]. Saúde também é amor, sentir amor pelas pessoas. [...]. Ser bem tratado independente onde você está, ser respeitado a partir da hora que você der o respeito, ser ouvido, não ser questionado quando tiver falando. [...] A partir da hora que você ouvir aquela pessoa, as vezes só de você ouvir aquela pessoa, ele já sabe, porque você deu ânimo para ele, [ânimo] de vida, deu uma injeção pra ele. A saúde dele aumenta. Ele fica feliz já daquela maldade,

de drogas); possuir disposição para realizar as atividades cotidianas; e bem-estar. Também, foi relacionada a condições financeiras adequadas, ter um trabalho (honesto, que goste e que lhes permita sobrevivência digna e de seus familiares), uma casa, estudar, ter boas relações e proximidade com os familiares, sentir-se bem consigo mesmo, viver em paz, sem preocupações, fazer o que gosta, atividades de lazer (descanso, férias, relaxar), ter uma religião, ter o respeito das outras pessoas (inclusive dos funcionários do sistema penal), traçar metas e objetivos para o futuro a fim de alcançar melhorias, ter acesso a cultura e ao conhecimento.

Alguns participantes evidenciaram a impossibilidade de falar e/ou ter QV na prisão, a respeito da ausência de liberdade, da distância dos familiares, da convivência dentro do cubículo¹³, com muitas pessoas e em um espaço demasiadamente pequeno, das ausências de alimentação, atividade física e cuidados adequados (n=3). O Gráfico 10 apresenta a distribuição de fontes que contribuíram para cada um dos temas na Subcategoria “Conceito de QV”.

¹³ As galerias constituem-se de uma construção que contém várias celas/cubículos, as quais ficam sob a supervisão de um ou mais funcionários da equipe de segurança. As celas, por sua vez, são o alojamento de uma ou mais PPL, as quais estão necessariamente inseridas em uma galeria (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNANBUCO, 2012). Já a triagem constitui-se de um período de 30 dias após a entrada da PPL na unidade penal, na qual está permanece em observação e não tem acesso a pátio de sol e visitas.

Gráfico 10 – DISTRIBUIÇÃO DA QUANTIDADE DE FONTES DE ENTREVISTAS COM PPL QUE CONTRIBUÍRAM PARA CADA UM DOS TEMAS DA CATEGORIA “CONCEITO DE QV”. NVIVO®, FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

Desse modo, apresentam-se os excertos que exemplificam os relatos obtidos:

É preciso estar bem de saúde para poder ter uma boa qualidade de vida. Para mim, qualidade de vida é viver livre de remédios, não ter problema de saúde, no caso doenças. Se tiver uma boa saúde, automaticamente terei uma boa qualidade de vida [...] (PM_1).

[...] qualidade de vida, eu acho que é viver bem com a família, não usar coisa errada, não fazer, viver tranquilo, acho que até seguir uma igreja é muito bom. [...] Ah! Eu cuidar de mim é eu não usando droga, não andando nessa vida, mais. Af, pra mim, é tudo já! Aprender, já, a viver um trabalho honesto e não fazer coisa errada, para não passar mais vergonha em um lugar desse [...]. Qualidade de vida, eu acho que é mudar a vida da gente, né? Para uma coisa melhor. E o trabalho, é o primeiro (PM_22).

[...] qualidade de vida é entrar e sair, em qualquer local, em qualquer lugar, de cabeça erguida, e sair de cabeça erguida, respeitando e sendo respeitado, sendo ouvido e ouvir, ser compreendido, saber compreender [...]. Qualidade de vida é levantar, ter prazer em fazer uma física, respeitar, conversar com os parceiros, com a esposa, conversar com os filhos, saber ouvir os filhos, não julgar, ser amigo dos filhos, não pai ou mãe [...]. Qualidade de vida também é o trabalho: do que você gosta de fazer? É um trabalho que você ganhe, para você conseguir tratar da tua família e dar tudo o necessário do que eles possam precisar. Qualidade de vida é estar presente, para as

pessoas que você gosta, ou mesmo que você não goste, mas que te ouçam, que te compreendam [...] (PM_23).

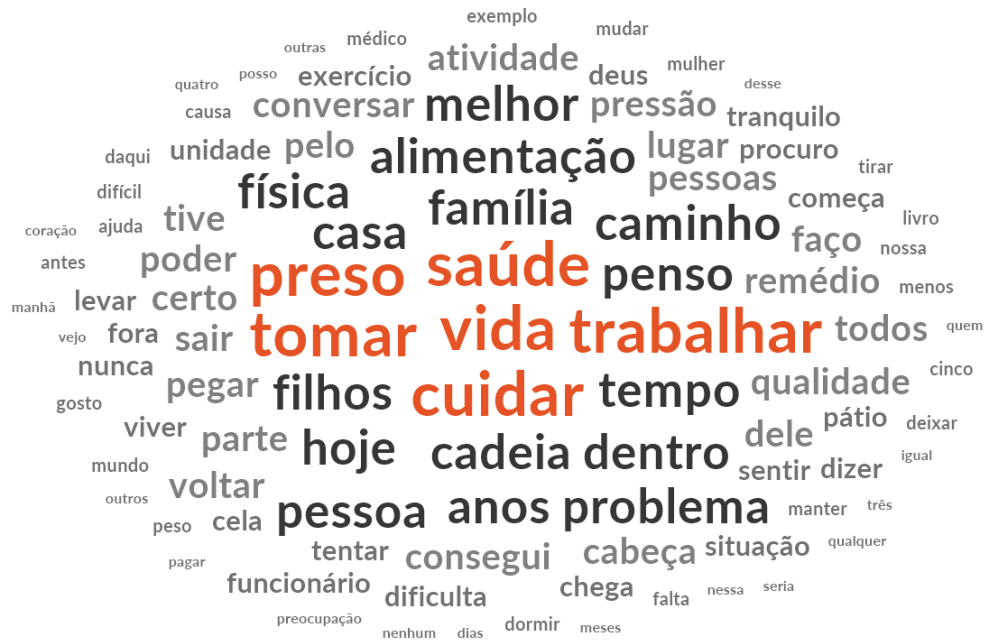
7.3.2 Recursos e/ou ausência destes na manutenção da saúde

Esta categoria divide-se em duas subcategorias: a primeira denominada “Fatores que auxiliam na manutenção da saúde na prisão” e, a segunda, “Fatores que dificultam na manutenção da saúde na prisão”. Nelas, foram elencadas, respectivamente, os GRRs e os GRDs envolvidos no ambiente prisional; ainda mais, evidencia-se que, junto às PPL, a linguagem utilizada foi adequada e condizente aos seus contextos de variações linguísticas. Foram, portanto, 204 referências codificadas, percentual de 29,6% do *corpus*, com predominância dos GRDs em detrimento dos GRRs, explicitando a dificuldade em manutenção da saúde na prisão, por ausência superior à presença de recursos.

7.3.2.1 Fatores que auxiliam na manutenção da saúde na prisão

As entrevistas com as PPL encontraram 93 referências a fatores que, conforme suas próprias percepções, as auxiliam na manutenção da saúde, representando uma cobertura de 13,5% do *corpus* do texto total. A nuvem de palavras presente na Figura 18 trouxe como palavras mais frequentes: “vida”, “saúde”, “cuidar”, “trabalhar”, “tomar”, “preso”; os quais estão próximos dos termos: “família”, “cadeia”, “tempo”, “penso”, “filhos”, “casa”, “caminho”, “hoje”, “dentro”, “alimentação”, “anos”, “física”, dentre outros. Logo, são elementos que se alinham aos fatores frequentemente identificados na análise, a citar: a equipe de saúde; o trabalho; o acesso às medicações; os hábitos de vida; as leituras e os jogos; o controle do estresse e da ansiedade; a religiosidade; a família; o autocuidado; os companheiros de cubículo e os funcionários da equipe de segurança.

Figura 18 – NUVEM DE PALAVRAS MAIS FREQUENTES DE ENTREVISTAS COM PPL NA CATEGORIA FATORES QUE AUXILIAM NA MANUTENÇÃO DA SAÚDE NA PRISÃO NVIVO®. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



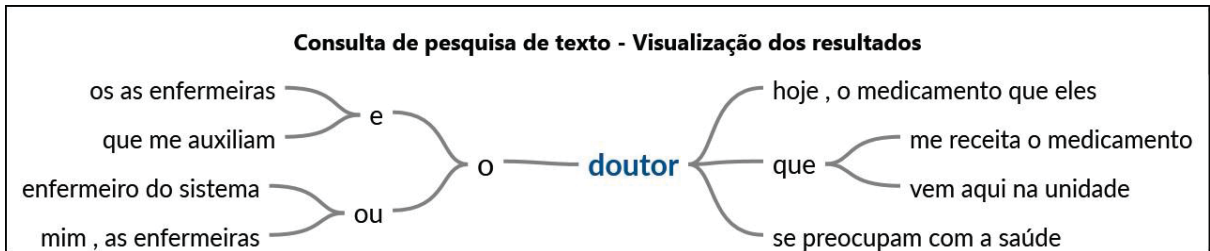
FONTE: A autora (2023).

São fatores que auxiliam a saúde, conforme os relatos das PPL participantes da pesquisa: a) a equipe de saúde e seus cuidados; b) o trabalho; c) hábitos de vida: alimentação, atividade física, restrição ao acesso a drogas/cigarro/bebida alcóolica, autocuidado e rotina na prisão; d) estratégias para controle do estresse/ansiedade: leitura, jogos e religiosidade; e) suporte social: família, companheiros de cubículo e funcionários. Seguidamente, apresentam-se os principais fatores identificados e excertos das entrevistas que exemplificam os achados, e a descrição.

a) A equipe de saúde e seus cuidados

A equipe de saúde prisional e os atendimentos por eles prestados são apresentados como importantes elementos na manutenção da saúde pelos participantes. Assim, os profissionais de saúde constituem referência de cuidado às PPL e, dentre eles, foram citados os enfermeiros e médicos como relevantes no processo de cuidar.

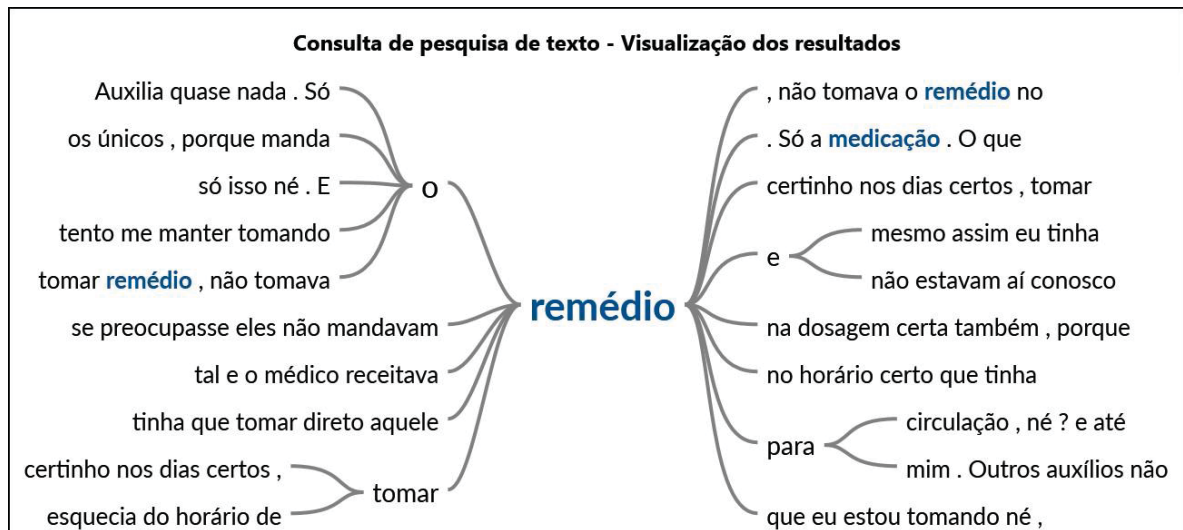
Figura 19 – CONSULTA DE PESQUISA DE TEXTO DE ENTREVISTAS COM PPL NA CATEGORIA FATORES QUE AUXILIAM A MANUTENÇÃO DA SAÚDE, PALAVRA PROFISSIONAIS COM USO DE SINÔNIMOS NVIVO®. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

O acesso às medicações no contexto da unidade prisional foi apresentado pelos participantes como elemento que contribui à manutenção de sua saúde, em especial sobre as dosagens e horários corretos. Cabe pontuar que a totalidade de PPL participantes das entrevistas utilizavam tratamentos medicamentosos para HAS. A seguir, a Figura 20 ilustra os dados e apresenta os relatos.

Figura 20 – CONSULTA DE PESQUISA DE TEXTO DE ENTREVISTAS COM PPL NA CATEGORIA FATORES QUE AUXILIAM A MANUTENÇÃO DA SAÚDE NA PRISÃO, PALAVRA MEDICAÇÃO COM USO DE SINÔNIMOS NVIVO®. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

Que me auxilia é a enfermeira, os enfermeiros que me auxiliam e o doutor que vem aqui na unidade, que sempre está me dando uma direção, e que está que está me trazendo semanalmente, medindo minha pressão, cuidando de mim, as enfermeiras ou o doutor que me receita o medicamento, que me dá o medicamento [...]. Se não fossem os enfermeiros do sistema ou o doutor, hoje, o medicamento que eles me fornecem [...], eu não podia nem estar aqui porque na verdade, os enfermeiros e o doutor se preocupam com a nossa saúde, se não se preocupassem, eles não mandavam remédio e não estavam aí conosco, entendeu? (PM_17).

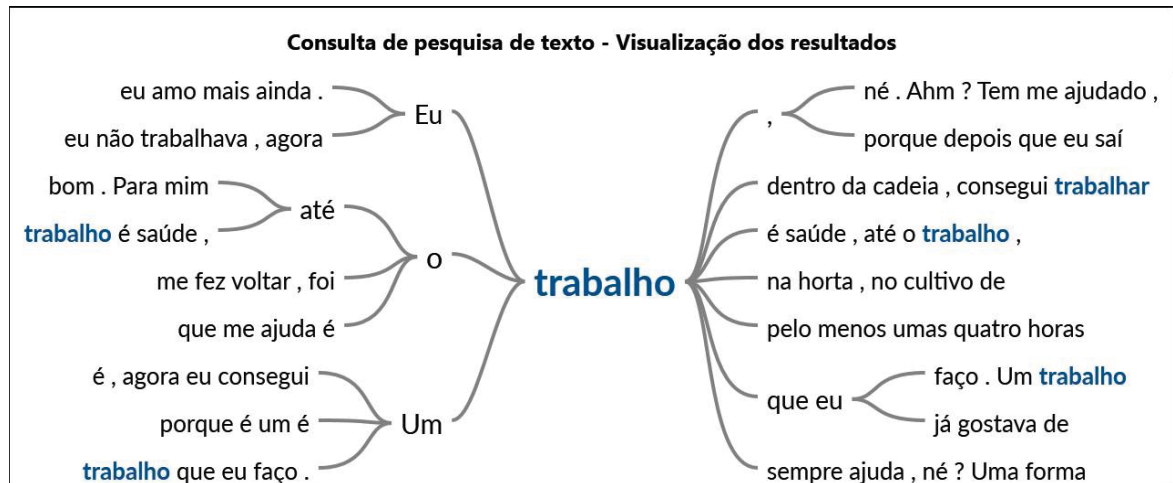
O que auxilia para eu manter minha saúde é o atendimento que eu tenho aqui, da própria unidade que é a questão de aferir a pressão, saber como é que eu estou e a medicação que eu tomo. A única coisa que eu tenho é relacionado ao atendimento que eu tenho (PM_32).

A medicação é um dos pontos principais, porque a pressão alta, sem a medicação, eu não consigo manter ela né. Infelizmente ela vai sempre, posso até me exercitar, e principalmente quando eu me exercito, ela sempre sobe um pouquinho, né? É um conjunto. Então, a medicação é o essencial, né? Não pode faltar, né? Graças a Deus não está faltando medicação, não está faltando (PM_29).

b) O trabalho

O trabalho foi apresentado pelas PPL como elemento de importância na manutenção de sua saúde, na medida em que lhes permite ocupar o tempo, realizar atividade física, desenvolver a percepção de ser útil, interagir com outras pessoas e a estabelecer uma rotina. Desse modo, ilustra-se, na Figura 21, a árvore de palavras relacionada à subcategoria “trabalho” e, após, os relatos que a explicita.

Figura 21 – CONSULTA DE PESQUISA DE TEXTO DE ENTREVISTAS COM PPL NA CATEGORIA FATORES QUE AUXILIAM A MANUTENÇÃO DA SAÚDE NA PRISÃO, PALAVRA TRABALHO NVIVO®. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

O que me ajuda é o trabalho que eu faço, [...] é um trabalho que eu já gostava de fazer quando eu estava na rua e agora eu amo mais ainda. Eu trabalho na horta, no cultivo de hortaliça, e eu amo, porque é muito gostoso você ver as plantinhas crescendo e você sabendo que você vai se alimentar delas. E isso é muito bom! E a gente vê que tem vida, que Deus está dando a vida (PM_2).

Agora eu consegui um trabalho. Tem me ajudado, claro, com certeza, com certeza, ocupa o tempo, o dia acaba sendo pequenininho. [...]. A cozinha é um semiaberto, eu fiquei lá na Colônia um ano e quatro meses, a cozinha só não pode ir na rua, mas está ali, eu sinto ar, eu sinto, [...] você nem se sente preso para falar a verdade (PM_26).

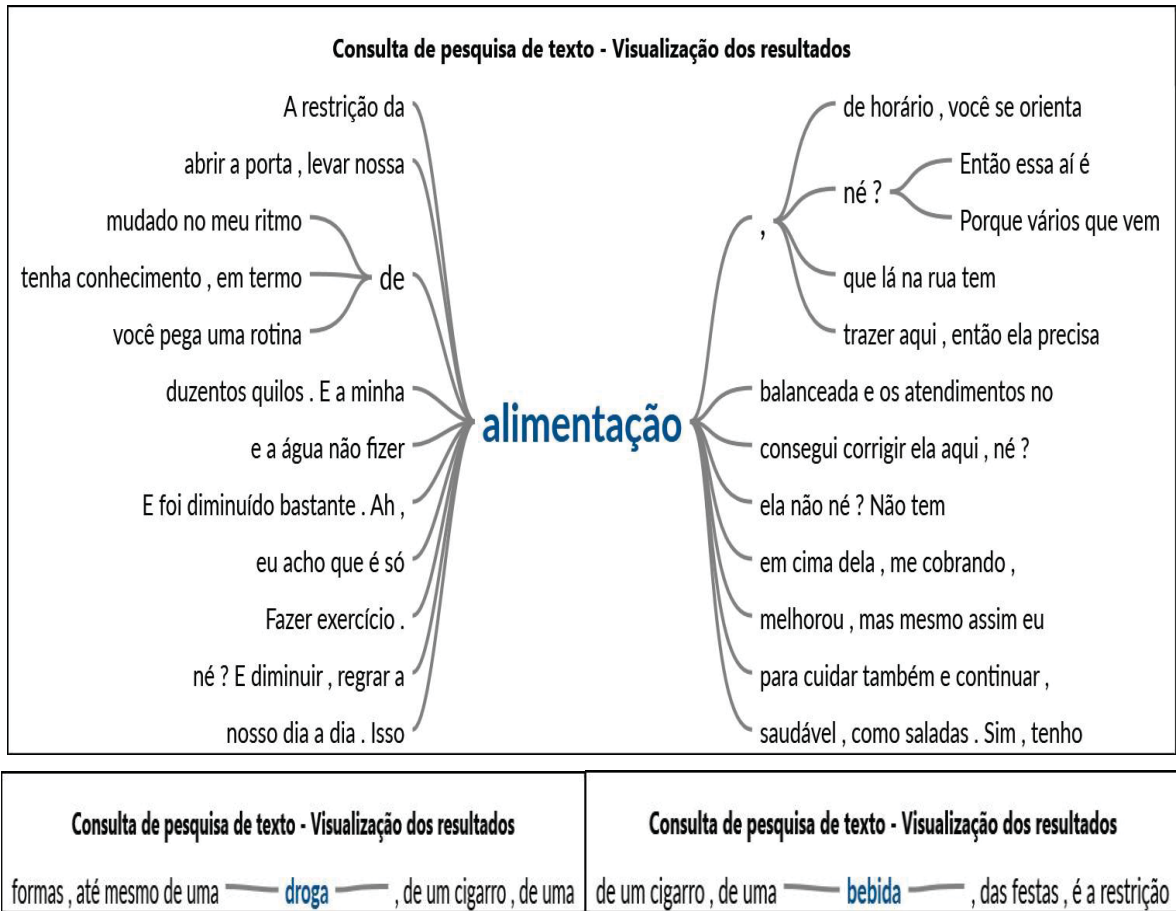
A manter a minha saúde: trabalhar, porque você trabalhando, você pega uma rotina de alimentação, de horário, você se orienta melhor, né? Você está ali, não tem muita orientação de horário, acho que daí você consegue ter fome, porque as vezes você come sem fome, porque tem que comer naquela hora, isso ajudaria muito (PM_35).

c) Hábitos de vida: alimentação, atividade física, restrição ao acesso a drogas/cigarro/bebida alcóolica; autocuidado e a rotina na prisão

Em alguma medida, a prisão é apresentada pelas PPL como facilitadora para a cessação do consumo de cigarro, bebida alcoólica e drogas, uma vez que restringe a entrada das mesmas, situação que facilitaria a cessação do uso. Ademais, há igualmente a restrição da alimentação que, por ter seu cardápio programado por profissional nutricionista, teria maior probabilidade de atender às recomendações saudáveis. A possibilidade de realizar atividades físicas no pátio de sol e no cubículo também foram descritos pelas PPL como facilitadores a manutenção de sua saúde.

O autocuidado, por meio da autogestão da doença, foi descrito pelos participantes como fonte de contribuição para manter-se saudável, bem como a determinação, por meio de cuidados com a alimentação, atividades físicas, distrações e o desejo de estar em liberdade.

Figura 22 – CONSULTA DE PESQUISA DE TEXTO DE ENTREVISTAS COM PPL NA CATEGORIA FATORES QUE AUXILIAM A MANUTENÇÃO DA SAÚDE NA PRISÃO, PALAVRAS: ALIMENTAÇÃO, DROGAS, BEBIDA ALCÓOLICA, COM SINÔNIMOS NVIVO®. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

Os relatos dos participantes evidenciam que a rotina diária inicia cedo na unidade: àqueles que estão nas galerias entre cinco e seis horas da manhã, quando é servido o café; aos inseridos em atividades laborais, quando inicia a rotina de trabalho, de acordo com o setor, entre quatro e seis horas da manhã. Nas suas rotinas, em sequência são submetidos ao processo de contagem¹⁴.

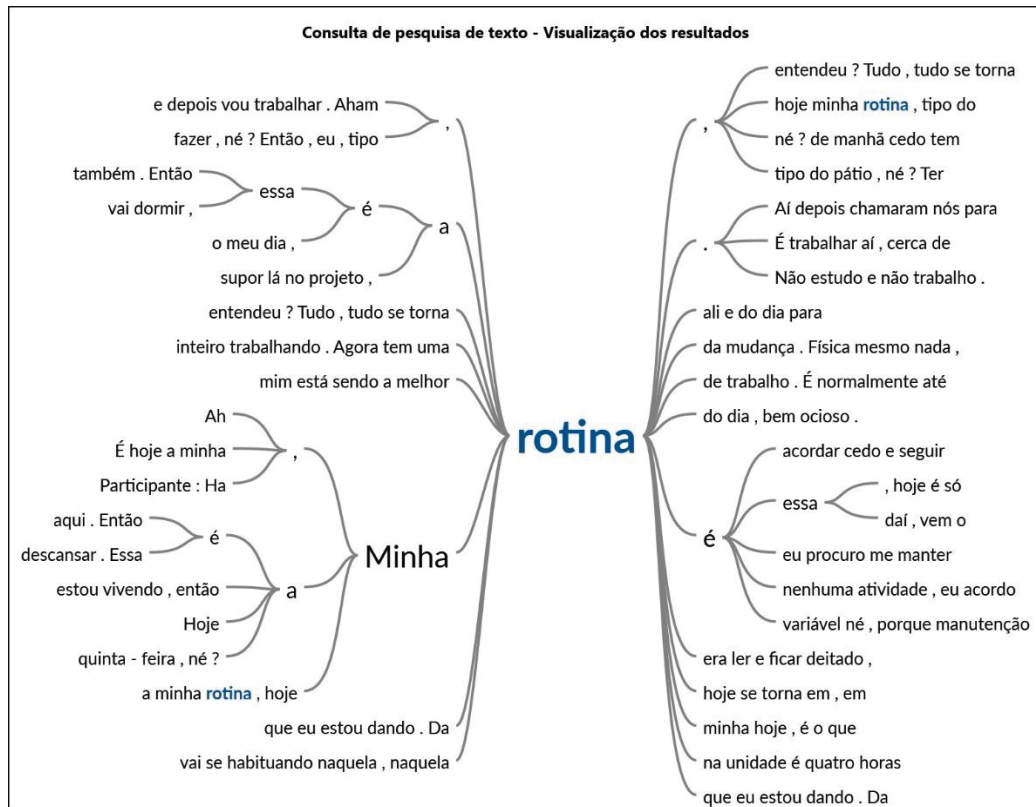
Ainda, para alguns participantes, a rotina está vinculada ao trabalho, ao estudo, às atividades de higiene pessoal, alimentação e exercícios físicos. Já os não inseridos em trabalho ou estudo, realizam outras atividades, como: exercícios físicos na hora de pátio de sol (cerca de 1 hora) e no cubículo, leitura de bíblia ou livros, jogos, limpeza

¹⁴ A contagem constitui-se de uma conferência de todas as PPL por nomes, uma espécie de chamada, realizada às 07 e 19 horas, diariamente, realizada pela equipe de segurança.

da cela, conversa com companheiros de cubículo. Contudo, prepondera a ociosidade/ausência de atividades para o segundo grupo de PPL.

Sobre as palavras relacionadas ao termo “rotina” pela consulta de pesquisa de texto junto ao NVivo®, apresentam-se excertos de relatos de rotinas de trabalho, estudo, atividades físicas dos participantes no contexto da unidade penal, bem como da ociosidade, ausência de atividades de outras PPL, explicitado na Figura 23 e, na sequência, apresentam-se relatos que exemplificam os achados.

Figura 23– CONSULTA DE PESQUISA DE TEXTO DE ENTREVISTAS COM PPL DA PALAVRA ROTINA NVIVO® FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

A restrição da alimentação, que lá na rua tem muito mais coisa, né? A restrição de várias, de várias formas, até mesmo de uma droga, de um cigarro, de uma bebida, das festas, é a restrição que nós temos aqui. Então, eu acredito que preserva um pouco a nossa saúde, né? De certa forma, você querendo ou você não querendo, não tem, não existe aqui dentro, aqui não existe nada. Então, você, de uma forma ou outra, que você querendo ou não, vai preservar a sua saúde (PM_12).

Que está me auxiliando é a vontade de eu mesmo, próprio, né? Que tem que ter vontade para manter a minha saúde melhor (PM_19).

É rotineira. Tu acordas, toma o café, aí vai para o pátio, anda no pátio um pouco, joga futebol, volta, vai para uma ducha e volta pro barraco, daí já é só ficar sentado, deitado, assistindo televisão. Então, é isso! Esse é rotineiro. Isso. Não, eu trabalho no artesanato, estou fazendo. Não estudo. Eu faço a resenha por livros, mas é uma vez por mês aí. Não tem outras, é isso mesmo. Muito tempo ocioso. Muito ansioso (PM_27).

Ah *pagó*¹⁵ alimentação ali e fico andando ali, na galeria ali. Eu trabalho. Daí sai para o pátio, joga futebol, volta. Nós nos levantamos cinco e pouco para tomar o café, umas seis horas, daí retorna para cela, daí os agentes soltam nós e ficamos ali fazendo uns *correzinhos*¹⁶ ali, na galeria. Não, é raro eu ficar dentro da cela. Trabalhar não interfere na minha saúde. Ajudar? Ajuda. Faz exercício? Faz. Não fica parado, né? A mente está boa (PM_15).

d) Estratégias para o controle do estresse/ansiedade: leitura, jogos e religiosidade

Os participantes descreveram que buscam controlar o estresse e a ansiedade na prisão, controles considerados fundamentais para manterem-se saudáveis; logo, utilizam estratégias como: leitura, jogos, convívio pacífico no cubículo e religiosidade. A leitura e os jogos foram descritos pelas PPL como suportes para ficarem bem na prisão, na medida em que permitem a abstração da realidade, com ênfase à leitura. A fé, a leitura da bíblia e as orações foram elencadas como mecanismos de fortalecimento.

Então, eu tento evitar a ansiedade, entendeu? Tanto é que eu aprendi alguns métodos de quando eu estou ansioso, vou tentar controlar, entendeu? Eu procuro, tipo, silêncio: eu pego, deito-me na cama, tal, fecho o olho, entendeu? E tento manter o máximo imóvel. Eu, para mim funciona. Passa aquilo ali, porque dentro da cela você é ansioso. Gera estresse? Gera, e não é bom. É, é uma forma de eu me acalmar que eu acho, entendeu? Aprendi lendo, também. Isso aí, aprendi lendo. E a leitura (PM_10).

É, um artesanato, ler um livro, assim, já é tudo (PM_22).

É, por exemplo, dentro das celas cuidar para não passar muito estresse, nervoso, essas coisas. Pegar uma leitura, uma bíblia, uma bíblia sagrada! Aí me mantém mais tranquilo. Sim, tem sido um suporte. (PM_4).

¹⁵ Gíria utilizada para se referir a “entregar”, “oferecer”, “levar”.

¹⁶ Gíria para referenciar atividades e ações realizadas.

e) Suporte social: família, companheiros de cubículo, funcionários

Foram apresentados como suportes na manutenção da saúde: os familiares, os companheiros de cubículo e os funcionários. A presença dos familiares e seus estímulos é importante para manutenção da saúde, de acordo com os participantes, na medida em que os familiares os fortalecem para permanecer bem e os incentivam ao autocuidado. Já os companheiros de cubículo foram apresentados pelas PPL como suportes para manutenção da saúde, na medida em que uns auxiliam aos outros com os conhecimentos que possuem, bem como para distração, por meio de conversas. Os funcionários da equipe de segurança também foram descritos pelas PPL como suportes na manutenção de sua saúde, por meio conversas que as PPL consideram terapêuticas e de orientações em saúde.

A minha família ajuda a manter a saúde. [...]. Eu quero sair bem pra cuidar deles. É, tem sido meu apoio (PM_7).

As pessoas que estão comigo, eu sempre peço ajuda, e eles sempre me ajudam, sempre. Sempre um vai ajudar o outro (PM_17).

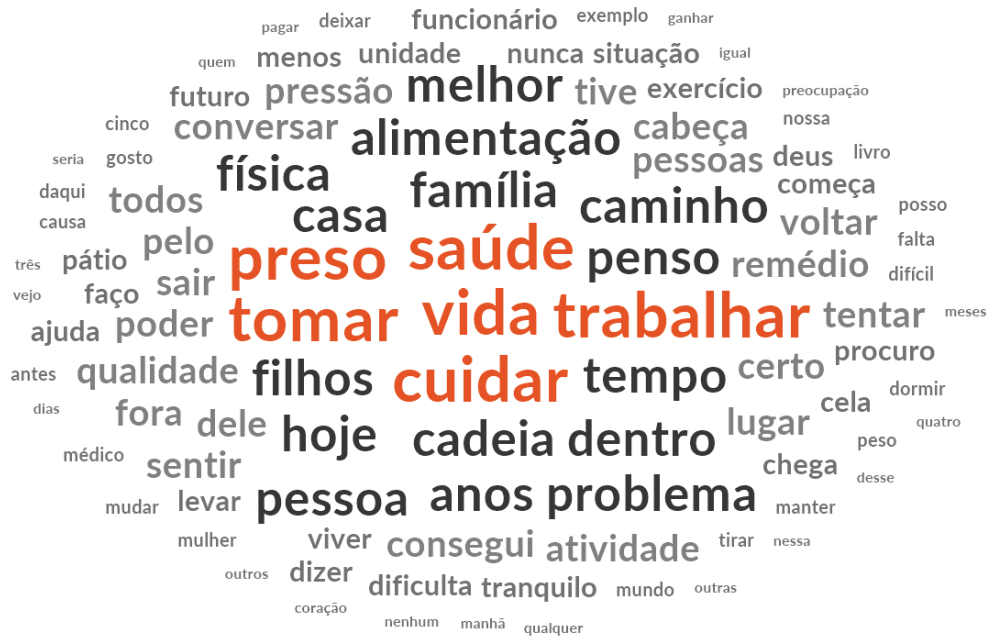
Tem uns funcionários, Seu 1, mesmo: é um cara muito bom! Seu 2, um cara muito gente boa, também! Se precisa de alguma coisa, sempre dá uma atenção, trata a gente como humano (PM_23).

7.3.2.2 Fatores que dificultam a manutenção da saúde na prisão

Em relação aos fatores que dificultam a manutenção da saúde no contexto prisional, foram 111 referências elencadas pelas PPL no total do *corpus*, representando 16,1%. Então, os termos prevalentes na nuvem de palavras, presentes na Figura 24, em seguida, foram: “vida”, “saúde”, “cuidar”, “trabalhar”, “tomar”, “preso”, circundado pelos termos: “família”, “cadeia”, “tempo”, “penso”, “filhos”, “casa”, “caminho”, “hoje”, “dentro”, “alimentação”, “anos”, “física”, dentre outros. Assim, os GRD encontrados nos relatos das PPL foram: a) limitações do ambiente prisional; b) conviver na prisão; c) demora, ausência de atendimento de saúde e falta de autonomia para busca do serviço; d) a família: preocupações, distância, ausência de notícias; e) desorientação temporal; f) a própria PPL; g) tudo dificulta; h) pandemia. Destacam-se, portanto, os trechos referidos e descrições.

Figura 24 – NUVEM DE PALAVRAS MAIS FREQUENTES DE ENTREVISTAS COM PPL NA CATEGORIA FATORES QUE DIFICULTA A MANUTENÇÃO DA SAÚDE NA PRISÃO NVIVO®.

FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023.



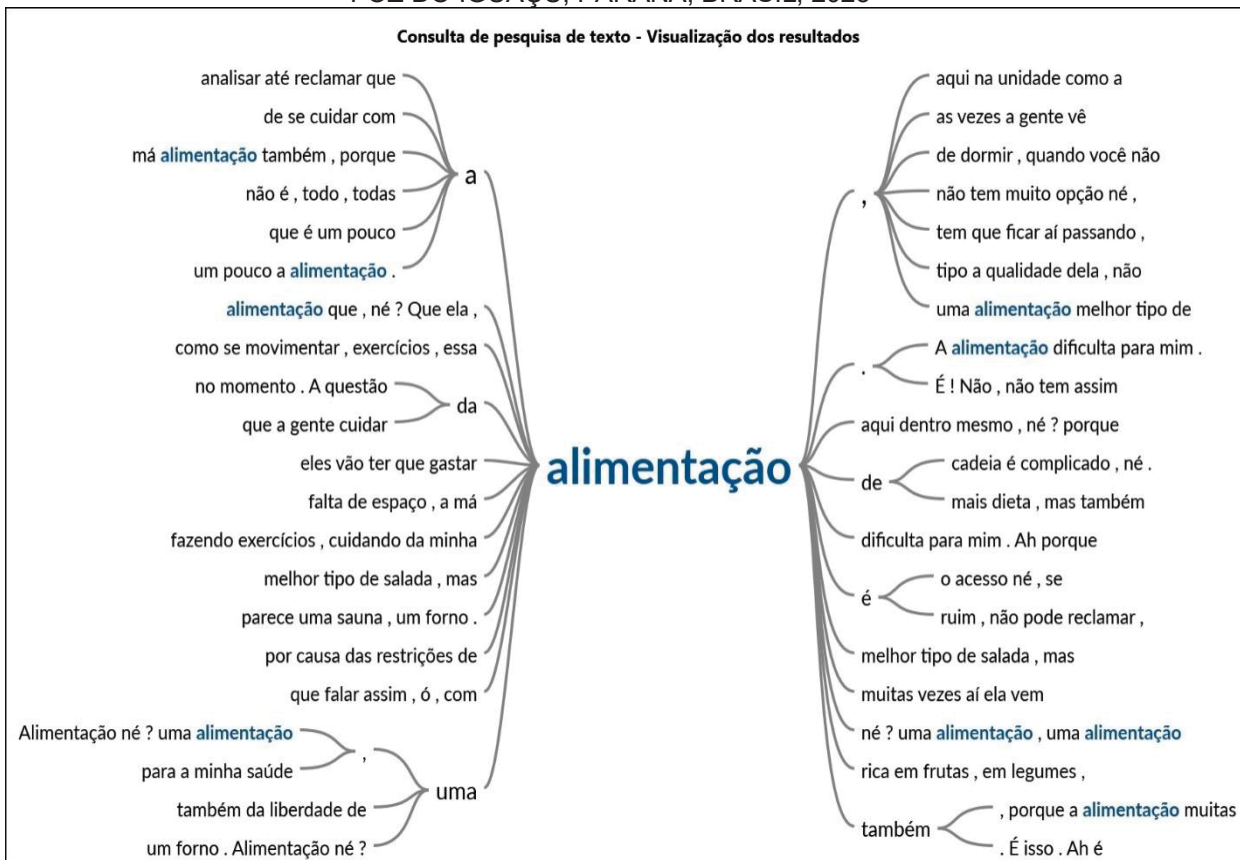
FONTE: A autora (2022).

a) Limitações do ambiente prisional

As limitações relacionadas ao ambiente prisional estão associadas: aos excessos e restrições na alimentação; limites de tempo e espaço para atividade física; ao cubículo: as condições estruturais, de ventilação e climáticas do cubículo; as inatividades; as regras da unidade; e a prisão em si.

A alimentação é descrita pelas PPL como fator que dificulta a manutenção da saúde no âmbito prisional, apresentado como dificultador em virtude de: sua abundância e a dificuldade para manter uma dieta saudável, atrelada, inclusive, à ansiedade gerada pelo contexto de prisão; a restrição na quantidade de oferta de alimentos como frutas e verduras; a oferta frequente de alimentos industrializados, como empanados e salsichas; e a restrição de entrada de alimentos na unidade.

Figura 25 – CONSULTA DE PESQUISA DE TEXTO DE ENTREVISTAS COM PPL NA CATEGORIA FATORES QUE DIFICULTAM A MANUTENÇÃO DA SAÚDE COM A PALAVRA ALIMENTAÇÃO NVIVO®. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



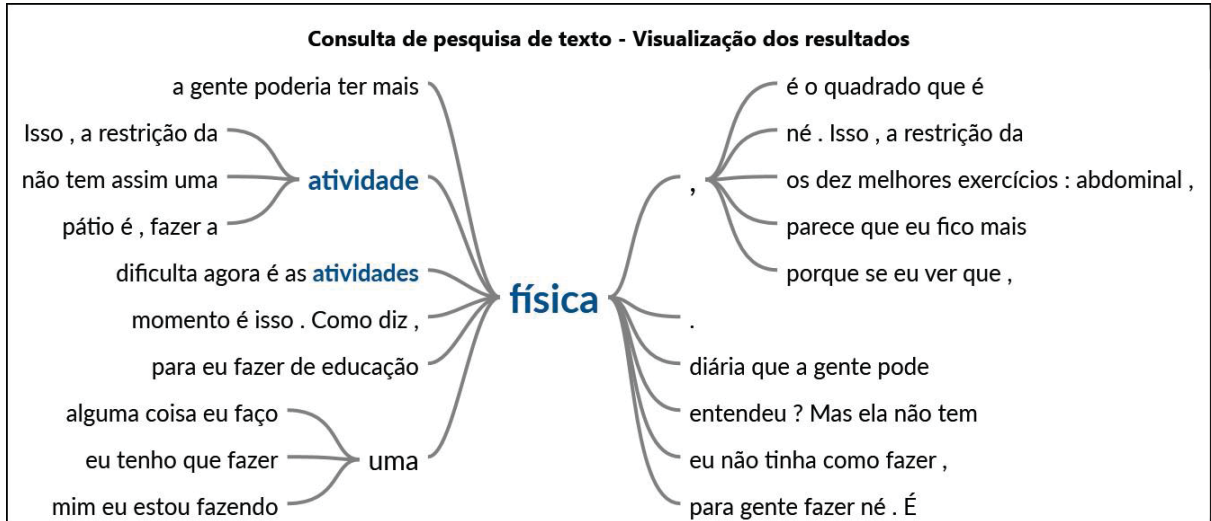
FONTE: A autora (2023).

As condições estruturais do cubículo foram apontadas pelas PPL como elementos que dificultam na manutenção da saúde relacionado ao: espaço insuficiente para o convívio da totalidade de pessoas (alguns apontam cinco e outros oito pessoas no mesmo cubículo, relacionado a diferença de número de pessoas entre as galerias da unidade a qual é composta pelo prédio principal e pelo anexo), especialmente dificultando a prática de exercícios físicos no local; a ventilação insuficiente, com calor extremo durante o período de verão e o frio no inverno – o último relacionado à falta de cobertas e roupas para o aquecimento e ventiladores que não podem ser desligados na cela; o compartilhamento do espaço de quarto/banheiro; a porta totalmente fechada que impossibilita a visão externa e a própria ventilação do local.

As PPL apontaram limitações para a prática de atividades físicas relacionadas ao tempo disponibilizado para elas no pátio de sol, a qual varia, entre os relatos, de 40 minutos a cinco horas na semana, sendo cancelada em dias chuvosos e/ou outras

atividades na unidade penal. Também citam o espaço limitado do referido local, que delimita as possibilidades de práticas de atividades físicas, bem como ao número elevado de pessoas nesse mesmo espaço diminuto.

Figura 26 – CONSULTA DE PESQUISA DE TEXTO DE ENTREVISTAS COM PPL NA CATEGORIA FATORES QUE DIFICULTAM A MANUTENÇÃO DA SAÚDE COM A PALAVRA ATIVIDADE FÍSICA NVIVO®. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

De acordo com as PPL, a ausência de atividades constitui a dificuldade na manutenção de sua saúde, uma vez que permanecem muito tempo ociosos e restritos ao ambiente dos cubículos, o que se apresenta como gerador de adoecimento, tanto físico quanto psicológico. A rotina da privação de liberdade, para algumas PPL, é designada pela ausência de ocupações e/ou objetivos, usando grande parte do tempo para dormir e/ou refletir sobre a vida. Outros elementos apontados pelas PPL são a necessidade de ampliação do número de atendimentos e a dificuldade para realizar atividades em local pequeno, o cubículo, o qual é compartilhado com cinco até oito pessoas; a dificuldade para ser implantado em atividades de estudo e/ou trabalho, e àqueles já implantados apontam um tempo mínimo reservado a tais atividades e ocupações.

Um participante destaca que a situação de prisão, a ociosidade e o tratamento reservado às PPL geram, inclusive, o desejo de “ser pior” e o que lhe dá suporte é pensar na vida e nos familiares. Sente-se, em alguns momentos, em condições piores que as reservadas a animais.

As regras da unidade, rotinas e procedimentos de segurança, conforme os

relatos das PPL, constituem os limitantes na manutenção da saúde, na medida em que as PPL não podem utilizar pesos no cubículo para realizar atividades físicas, por exemplo; a restrição de entrada de determinados alimentos e medicamentos; o banho apenas uma vez ao dia; e a opressão. Ainda, a própria condição de prisão, a ausência de liberdade, impossibilita a saúde, uma vez que gera estresse, ansiedade e sofrimento, descrita como “sensação ruim”:

Olha, o que dificulta seria a facilidade que a gente tem no momento. A questão da alimentação é o acesso, se você tem o acesso um pouco mais abundante, você vai comer mais, ainda mais que a gente está privado da liberdade, que às vezes fica um pouco ansioso (PM_1).

Você fica vinte e cinco horas dentro do cubículo, então não tem muito o que se fazer. Então, eu, tipo, rotina, entendeu? Tudo, tudo se torna rotina [...]. Aí, durante a noite, ali, é só fritar o cérebro, mesmo, até a hora que vem o sono, até a hora que... Ah! Fritar o cérebro é pensando, tentando rever o que a gente tem feito, o que tem que se fazer, é essa, é mais atividade mental mesmo [...], particularmente, para mim. Eu, tipo, não, não, pensamentos fantasiosos. Mas é uma forma que [...] eu acho quando eu vejo o tempo já passou, vem o sono... É só isso aí, porque não tem muito o que se fazer (PM_10).

Que dificulta, talvez um espaço. Nós não temos muito espaço aqui. É, a cela é pequena! A parada é cinco-quatro. Daí num tipo, por exemplo, se, agora é minha hora, digamos de eu fazer um exercício e tal, não tem como se todo mundo for fazer ao mesmo tempo, não tem! Nós ficamos muito tempo fechado (PM_11).

Bastante coisa que dificulta. Ah, a própria opressão que o preso sofre, é o que mais leva o preso a ter problema de saúde, porque, vamos supor, tem funcionário que ele chega e do nada ele aplica aquele spray pimenta [...]. Então, eu calculo que isso implica muito no fator da saúde da gente (PM_14).

[...] na verdade, é estar preso que dificulta a saúde, que a gente fica estressado, mas não tem o que fazer, nós cometemos um crime, cometemos um erro, temos que pagar, né? É de estar sem liberdade. É de verdade. Ah, fica alterado, fica ansioso, fica bravo por estar pagando tanta cadeia em um crime que você, que nem eu, hoje, estava comentando: “Nossa! Se eu soubesse que o cigarro ia dar tanta cadeia, não tinha cometido o erro!”. (PM_21).

O problema psicológico, isso daí, aí tem essa questão. O fato, aí, que é uma hora de pátio, são cinco horas por semana, então já não sobra muito tempo para uma prática de esporte. Então, como eu falei, não tem como fazer um exercício, fosse pelo menos para caminhar (PM_32).

b) Conviver na prisão

A convivência com os companheiros de cubículo também foi apresentada por algumas PPL como elemento que dificulta para que se mantenham saudáveis, relacionado ao estresse que pode ser gerado por conviver com tantas pessoas em um local pequeno e fechado, inclusive podendo repercutir em desentendimentos, agressões físicas e doenças.

Os funcionários do sistema penal também foram elencados como dificultadores na manutenção da saúde por um participante, ao relatar que, em alguns momentos, são desrespeitados verbalmente, com humilhações e xingamentos, e fisicamente, por meio de spray de pimenta e bala de borracha.

É a convivência dia a dia. Na rua, a gente convive com uma pessoa e se a gente não se dá muito bem, a gente sai fora, vai para outro canto, e na cadeia, do jeito que a gente está, nem que a gente não gosta da pessoa, tem que ficar convivendo o dia todo. Então, isso aí, tem horas que estressa a gente. [...] a convivência é estressante (PM_31).

[...] pela situação que eu sou submetido a vontade que dá é de ser pior do que eu já estava antes na rua [...]. A gente vê na televisão: “deixou o cachorro trancado lá dentro do carro só com uma frestinha do vento. Coitado do cachorrinho, coitado, não sei o quê!” Então, eu sou tratado pior do que um bicho! [...] a gente tenta ser educado [...], tratar o funcionário com respeito, saber conversar para ele nem se sentir ameaçado [...]. As vezes, a gente é humilhado, é passado por diversas situações que outros seres humanos, as vezes, não consegue entender, porque somos submetidos a uma situação, ali. Eu escuto relato de caso de cara que as vezes vai roubar, ali, e até, de certa forma, tem um certo respeito, um certo limite. Muitas vezes nós, aí, sem motivo aparente, é spray de pimenta, é tiro de bala de borracha, situações que são desumanas, isso aí é complicado (PM_32).

c) Demora, ausência de atendimento de saúde e falta de autonomia para busca do serviço

O demorado acesso ao atendimento de saúde foi outro elemento citado na dificuldade da manutenção da saúde, relacionado: às equipes de saúde em número insuficiente; número elevado de PPL adscritos à equipe; ausência de autonomia para acesso ao serviço de saúde, uma vez que para o deslocamento ao ambulatório da unidade, as PPL necessitam de auxílio do “faxina da galeria”¹⁷ e, em especial, dos

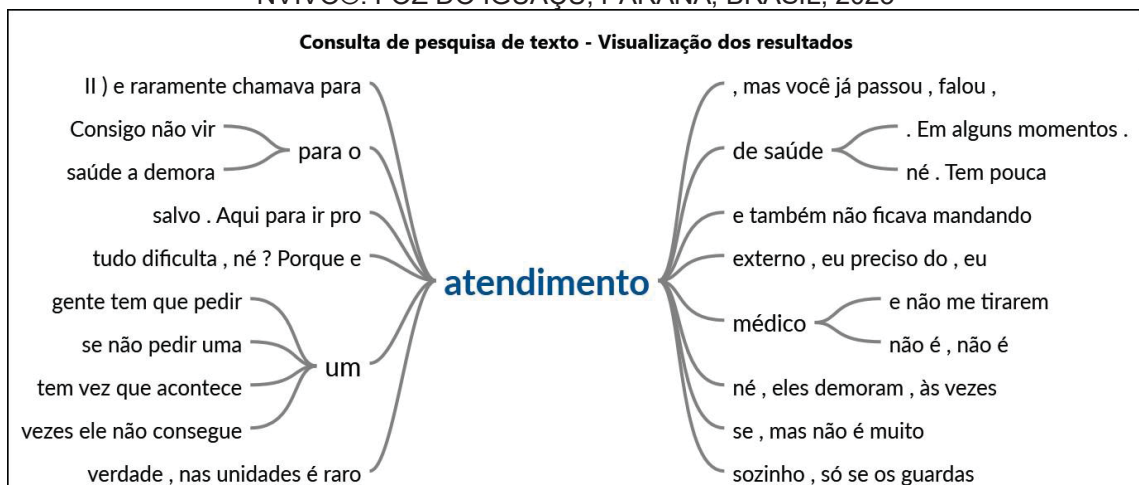
¹⁷ São PPL que trabalham nas galerias.

funcionários da equipe de segurança.

Cabe pontuar que para que ocorra a remoção da PPL do cubículo, os procedimentos e rotinas de segurança precisam ser executados, para posterior deslocamento ao atendimento de saúde, são eles: acionamento do funcionário do controle interno (o qual realiza abertura de portas); abertura da porta do cubículo e da galeria; revista do usuário e deslocamento ao setor de saúde.

Tal dificuldade se acentua nos dias e horários em que a equipe de saúde, que trabalha em regime ambulatorial diurno, não se encontra na unidade, demandando, além dos procedimentos supracitados, da solicitação de escolta e acionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da rede municipal; bem como em atendimentos que demandam encaminhamentos à rede municipal de saúde, pela necessidade de acionamento da escolta.

Figura 27 – CONSULTA DE PESQUISA DE TEXTO DE ENTREVISTAS COM PPL NA CATEGORIA FATORES QUE DIFICULTAM A MANUTENÇÃO DA SAÚDE COM A PALAVRA ATENDIMENTO NVIVO®. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

É mais difícil, é mais difícil um pouco, por estar preso. Dificulta porque, às vezes, ele não consegue um atendimento, eles demoram. Às vezes, a gente está sentindo alguma coisa que a gente não sabe o que é, não tem como perguntar na hora. Consigo não, vir para o atendimento sozinho, só se os guardas trazem, pedir, tem que marcar e demora. Para trazer, sim, precisa sempre de alguém (PM_27).

Mas eu mando as *pipas*¹⁸ que eles falam. Mas, aí, demora sempre, porque, por exemplo, hoje, eu estou com a pressão alta; eles vão me atender amanhã ou depois, amanhã ou depois já mudou tudo. É, daí não dá para saber mais,

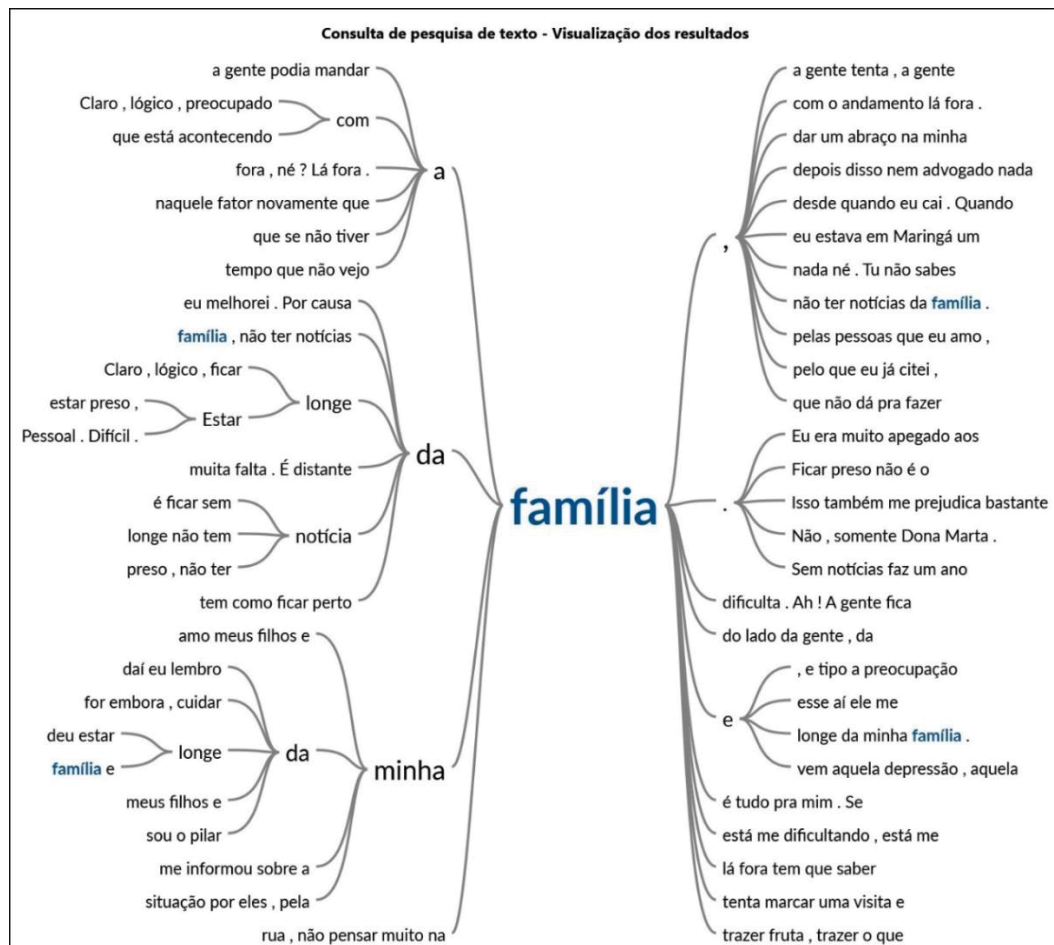
¹⁸ Gíria utilizada para se referir a “bilhetes”.

não tem como controlar (PM_35).

d) A família: preocupações, distância, ausência de notícias

As preocupações com a família – em especial, esposa e filhos – principalmente relacionados à ausência de notícias, foi apresentado como elemento gerador de estresse, depressão e repercussões na saúde física pelas PPL. Logo, tais PPL preocupam-se com a saúde, as condições financeiras, alimentares, de vínculo com a família, entre outros. Ademais, também destacam a distância de seus familiares como situação difícil para que os visitem, elemento que pode ser compreendido pelo fato de que a unidade estudada reúne presos de uma determinada facção criminosa, provenientes de toda a extensão do Estado.

Figura 28 – CONSULTA DE PESQUISA DE TEXTO DE ENTREVISTAS COM PPL NA CATEGORIA FATORES QUE DIFICULTAM A MANUTENÇÃO DA SAÚDE COM A PALAVRA FAMÍLIA NVIVO®. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

Aqui? Eu acho que, eu vou falar para senhora, acho que sim, que tem fatores que dificultam. Porque muitos, para muitos aqui é a preocupação, tudo que está acontecendo, tipo, e quem é de longe, não tem notícia da família. E, e, tipo, a preocupação, ela tira, tira não só a tua atenção, como também o aumento da preocupação (PM_16).

Difícil. Estar longe da família está me dificultando, está me matando aos poucos, isso aí, sabia? [...] Minha vida não está boa por isso. Então, acho que é isso que está me prejudicando mais ainda, que está mesmo me afetando, e que é muito... É mentalmente também, não é só de saúde. Porque você pensa que muitas coisas você está comendo alguma coisa, mas você pensa: “será que eles estão comendo?”, “será que estão bem?”, “o que eles estão fazendo?”, “será que estão indo para a escola?”, entendeu? “Será que eles estão bem?”, “será que não estão com saudade?”. [...]. Fico pensando em como eles estão todos os dias, tem vez que eu não consigo nem dormir por causa disso. [...]. Eu acho que a preocupação dos meus filhos, de estar perto dos meus filhos e da minha família e, longe da minha família. Isso também me prejudica bastante, porque daí você pensa demais. É, estar longe prejudica, porque que nem eu sou o pilar da minha família e, esse aí, ele me afeta bastante, porque eu penso demais e, muitas vezes, ele altera o ânimo da pessoa, muitas vezes, e o emocional! Ele mexe com o emocional da pessoa! (PM_17).

Hoje em dia, já, digamos, já estou mais maduro, né? Mas, antes, no começo, foi difícil. [...] eu fui bater no manicômio umas três vezes, quatro vezes para bater na porta lá, e ruim da cabeça, depois que eu melhorei. Por causa da família. Eu era muito apegado aos meus filhos, à mulher e tal. Daí, de repente me abandonou, peguei até a depressão (PM_26).

e) Desorientação temporal

Um dos participantes também apontou a desorientação temporal como elemento que lhe dificulta manter-se saudável:

Dificulta, é isso aí: a falta de orientação com o tempo. Ali, você se perde, fica muito deitado, dificulta muito para cuidar da saúde (PM_35).

f) A própria PPL

Os participantes (n=3) atribuíram a eles próprios a dificuldade na manutenção de sua saúde, na medida em que não aderem ao tratamento medicamento e não medicamentoso.

Aqui dentro, olha, a única coisa que dificulta: eu mesmo estou dificultando, deixando de tomar os remédios, deixando de se cuidar (PM_15).

Acho que não tem nada que dificulta. O que dificulta é eu mesmo. É, porque, às vezes, a gente não quer tomar o espaço do outro, a gente vai ficar quietinho no canto da gente, para não atrapalhar o próximo, nós não estamos sozinhos, fica oito na cela. Eu procuro não atrapalhar ninguém, para ninguém ficar me enxergando (PM_38).

g) Tudo dificulta

Os participantes PM_16 e PM_24 afirmam que “tudo” no ambiente prisional prejudica a manutenção de sua saúde, uma vez que nada os auxilia:

Eu creio que nada está auxiliando para cuidar da minha saúde (PM_16).

Ah, dentro da prisão, pelo menos aqui, para mim, não está dando nada (PM_24).

h) Pandemia

O contexto de pandemia de Coronavírus também foi apresentado como agravante na manutenção da saúde, ao passo em que dificultou o acesso aos familiares.

E, agora ficou mais complicado, porque elas sentem muito a minha falta! Fica muito [difícil] com essa Pandemia, é difícil: a visita é uma vez por mês! Então, fica muito complicado! (PM_33).

7.3.3 (Des)esperanças com a vida e o futuro

Na Categoria “(Des)esperanças com a vida e o futuro” foram codificadas 96 referências, representando 9,1% da cobertura do *corpus* das entrevistas, prevalecendo as expectativas positivas sobre a vida e o futuro, se comparadas às negativas.

7.3.3.1 Esperanças

A subcategoria “Esperanças” obteve 64 referências codificadas, ou 6,9% do *corpus*. Conforme apresentado na Figura 29, as palavras mais frequentes, com uso do filtro palavras derivadas, foram: “vida”, “família”, “trabalho”, “sair”, circundado pelos termos: “melhorar”, “Deus”, “filhos”, “vivo”, “futuro”, “cuidar”, “anos”, “voltar”.

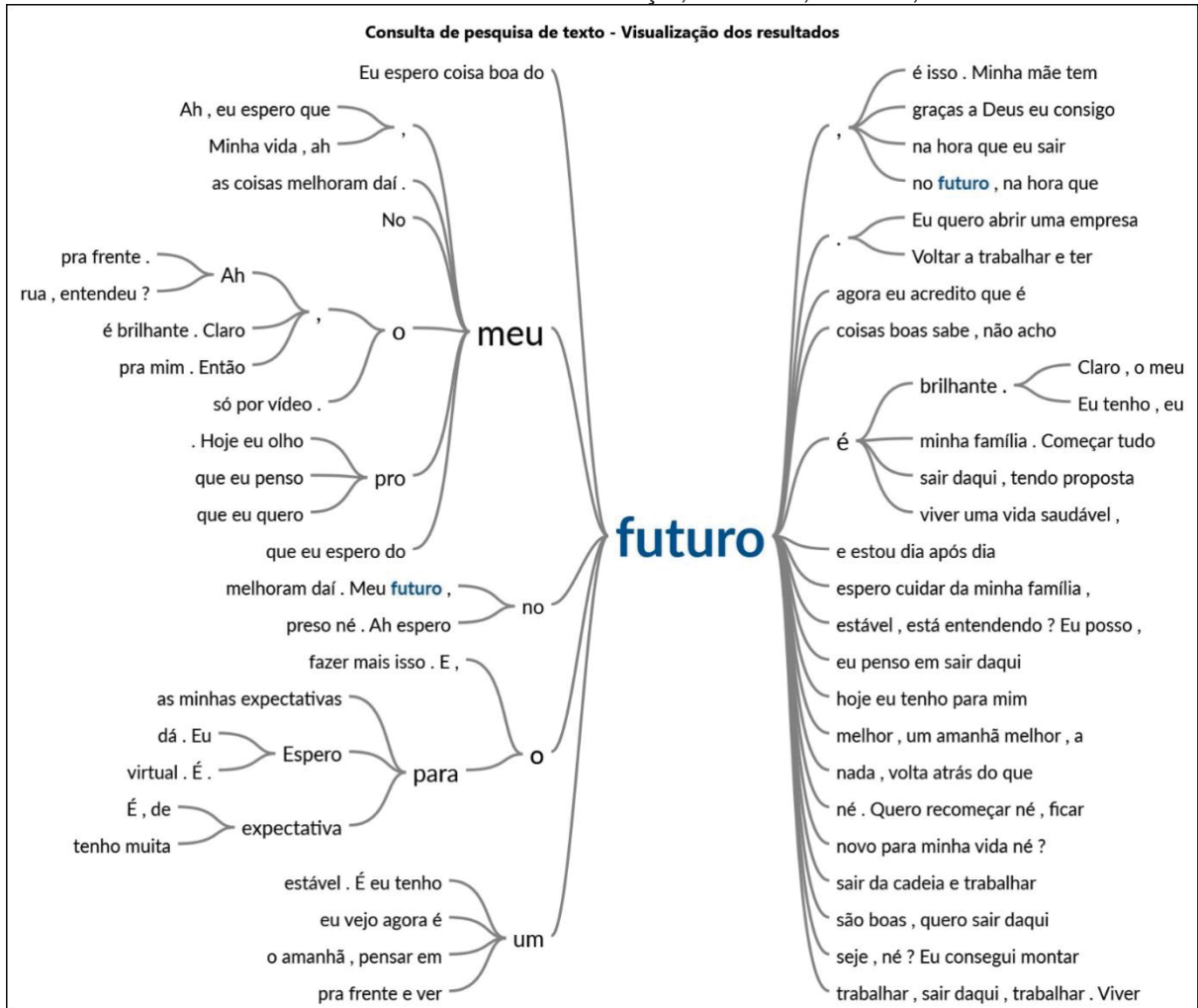
Figura 29 – NUVEM DE PALAVRAS MAIS FREQUENTES DE ENTREVISTAS COM PPL NA SUBCATEGORIA ESPERANÇAS NVIVO®. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

Na análise das expectativas positivas sobre o futuro, pelos participantes, observa-se que esperam melhorias para o futuro: sair da prisão, trabalhar, estar próximo de seus familiares. Portanto, a Figura 30, em sequência, exemplifica tais expectativas.

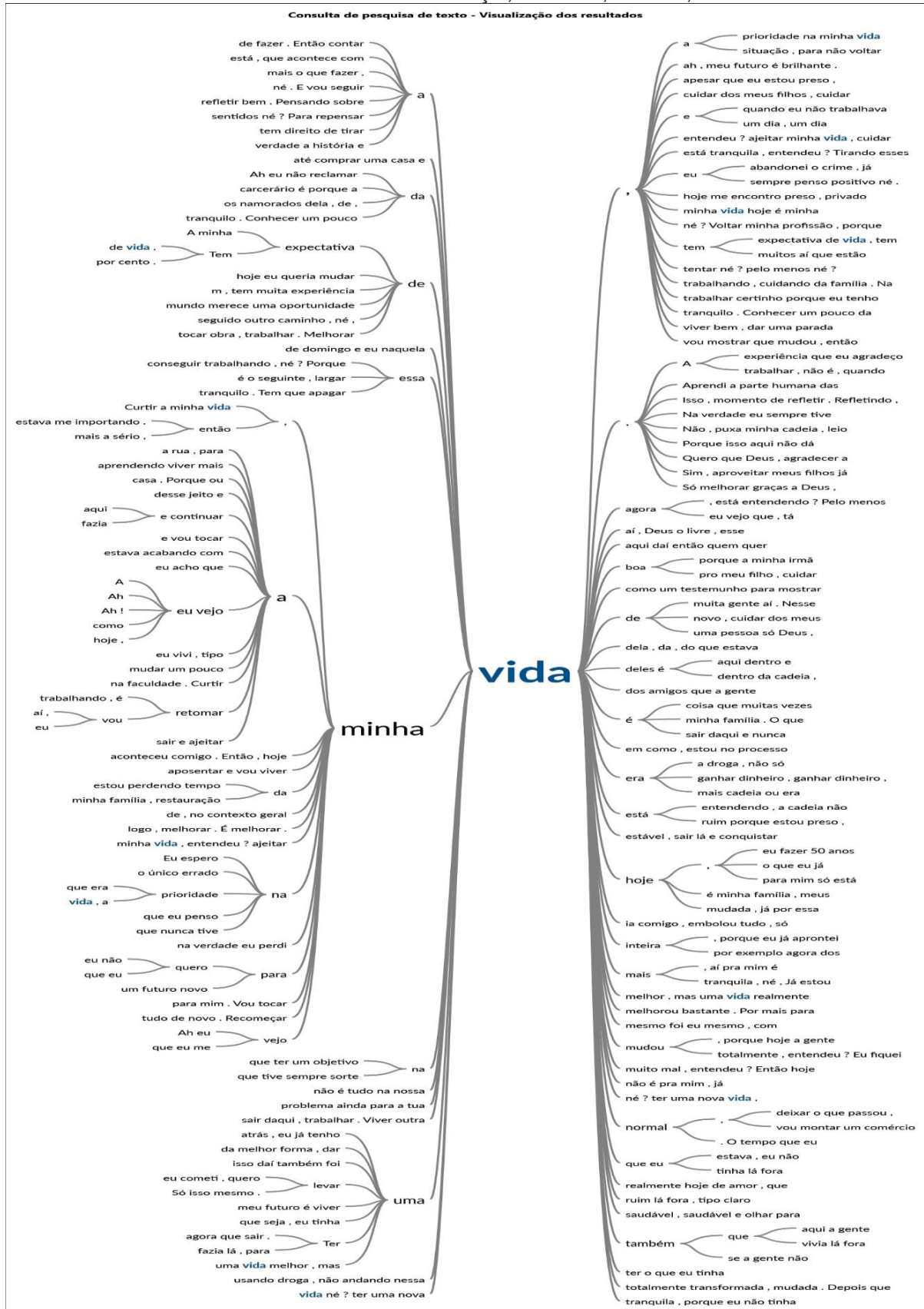
Figura 30 – CONSULTA DE PESQUISA DE TEXTO DE ENTREVISTAS COM PPL COM A PALAVRA “FUTURO” NVIVO®. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

Acerca das percepções em relação à vida, a Figura 31 explicita que as PPL desejam melhorar/mudar de vida, não retornar à prisão, ter uma vida mais tranquila, estável, junto aos familiares e, ainda, apresenta expectativas de retornar ao trabalho.

Figura 31- CONSULTA DE PESQUISA DE TEXTO DE ENTREVISTAS COM PPL COM A PALAVRA “VIDA” NVIVO®. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

Os relatos das PPL demonstram esperanças e expectativas de mudanças no futuro e, quanto à percepção sobre a vida, objetivam: sair da prisão; melhorar ou manter a vida; não retornar à criminalidade e à prisão; manter uma vida mais tranquila, em paz; estar próximo aos familiares, especialmente dos filhos; viver de forma saudável; se inserir em um trabalho; manter a cessação do uso de drogas. Assim, é evidenciado em seus relatos que percebem o período de prisão como processo de recuperação, de reflexão, de sofrimento, de intervalo na vida, de cessação do uso de drogas. A fé, a religiosidade e a família são apontadas como suportes para manter os sonhos e forças para estar bem, com expectativas positivas para o futuro.

Em relatos, determinadas PPL explicitam sentirem-se felizes e em paz na prisão porque: encontraram conforto na religiosidade – “encontraram a Deus” – e “pagaram” por seus crimes; estão bem e saudáveis; compreenderem que suas vidas estão tranquilas, apesar da prisão; consideram que a prisão foi um importante momento para reflexão e mudança na direção de suas vidas, compreendendo que a vida melhorou após a prisão, na medida em que auxiliou a cessar o uso de drogas, incentivou a busca por felicidade, apesar da prisão; também assinalam o fortalecimento da saúde física e mental após a prisão, bem como o fato de conseguirem delimitar objetivos que pretendem seguir.

Ah, [tenho o objetivo] de sair daqui e procurar um emprego, coisa que eu deveria ter feito há muito tempo! [...] igual eu falei anteriormente, sair daqui e fazer alguns cursos, de profissionalização, e procurar uma empresa. E ver meus filhos, tem três anos que eu não vejo. Assim, pessoalmente, tem quatro [anos], né? Mas tem três anos. Eu espero, também, que minha mãe esteja viva. Não estou vendo, nem tendo visita. Não tenho visita (PM_19).

Procuro ser feliz, mesmo eu estando aqui, procuro ser feliz: sempre trocando ideia com meu filho, o LA19 é meu filho. Sempre eu estou conversando com ele aí, nós damos risada junto! Daí, sempre nós estamos assim, conversando. Também meu enteado, irmão dele, sempre nós procuramos conversar que daí eles me ajuda, né? Um está sempre junto com o outro. A gente dá risada, a gente brinca, né? Daí, a gente é mais feliz, mesmo estando aqui. E o nosso pensamento de ir embora para casa, para cuidar dos *piás*²⁰, né? Tenho um monte de netos, e ia cuidar deles, né? Para não deixar eles se envolverem em muita briga, que eles são muito briguentos, e vou conversando, ensinando eles, que não pode ser assim (PM_23).

[...] quando você sair lá na rua, você não tem, que nem a gente brinca, você não tem tempo de pensar. Quando você sair lá para rua, vai chegar de manhã

¹⁹ Optou-se por utilizar as iniciais do nome, para que seja resguardada a identidade da pessoa citada.

²⁰ Gíria regional utilizada para se referir a “meninos”, “garotos”.

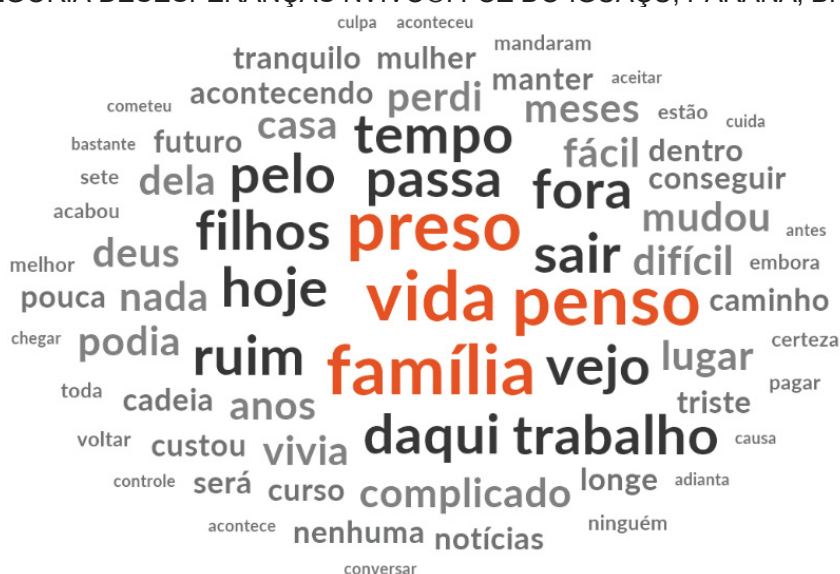
cedo, ninguém vai te dar dois pães na porta de casa, não. Quando chegar o almoço, ninguém vai lá vai te dar uma marmita, não. Quando chegar a janta, ninguém vai chegar lá: “toma uma marmita”, não! Você vai ter que ir atrás, você vai ter que correr atrás para comprar teu pão, para você comer a tua marmita, para você almoçar tua marmita, para você jantar: e vai ser você, e vai ter mais esposa, mais filho, você vai ter que dar as coisas. Então, você não pode só pensar quando você sair. Você já tem que sair já com uma ideia já, com um objetivo, uma expectativa para você fazer. E trabalhar sempre nos pensamentos, nos objetivos, com a realidade, também! Não adianta você sair daqui: “eu vou fazer isso e aquilo” e você não tem nem possibilidade de chegar naquele ponto. Naquele patamar ou com aquele investimento, você tem que trabalhar com o que você tem na mão, no dinheiro que você tem na mão, você tem que fazer aquele dinheiro multiplicar: vou ter que abrir um negócio (PM_25).

Queria mudar, trabalhar, mudar tudo. Trabalhar com o meu pai. Parar de usar drogas, o tráfico. Ah, graças a Deus já parei com a droga faz uns cinco anos, já! (PM_31).

7.3.3.2 Desesperanças

Ao analisar a subcategoria “Desesperanças”, constatou-se que obteve 31 referências codificadas, o que representa 2,7% da cobertura total do *corpus*. Entre as 70 palavras mais frequentes, usando o filtro palavras derivadas, as que prevaleceram foram: “preso”, “vida”, “penso” e “família”, as quais estão envoltas pelos vocábulos: “tempo”, “passa”, “fora”, “sair”, “vejo”, “daqui”, “trabalho”, “ruim”, “hoje”, “filhos”, “pelo”, conforme a Figura 32 exemplifica:

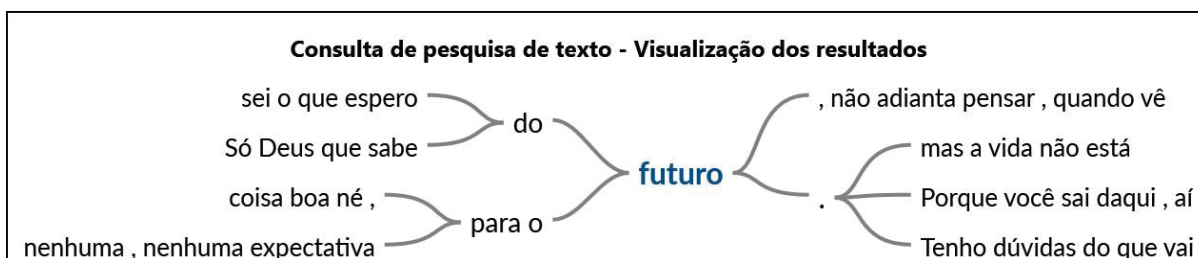
Figura 32 – NUVEM DE PALAVRAS MAIS FREQUENTES DE ENTREVISTAS COM PPL NA SUBCATEGORIA DESESPERANÇAS NVIVO®. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

Ao analisar as expectativas para o futuro na subcategoria “Desesperanças”, obtida pela consulta por pesquisa de texto (Figura 33) utilizando-se da palavra “futuro”, observa-se que os participantes não têm expectativas exatas para o futuro e possuem dúvidas quanto ao que acontecerá com suas vidas.

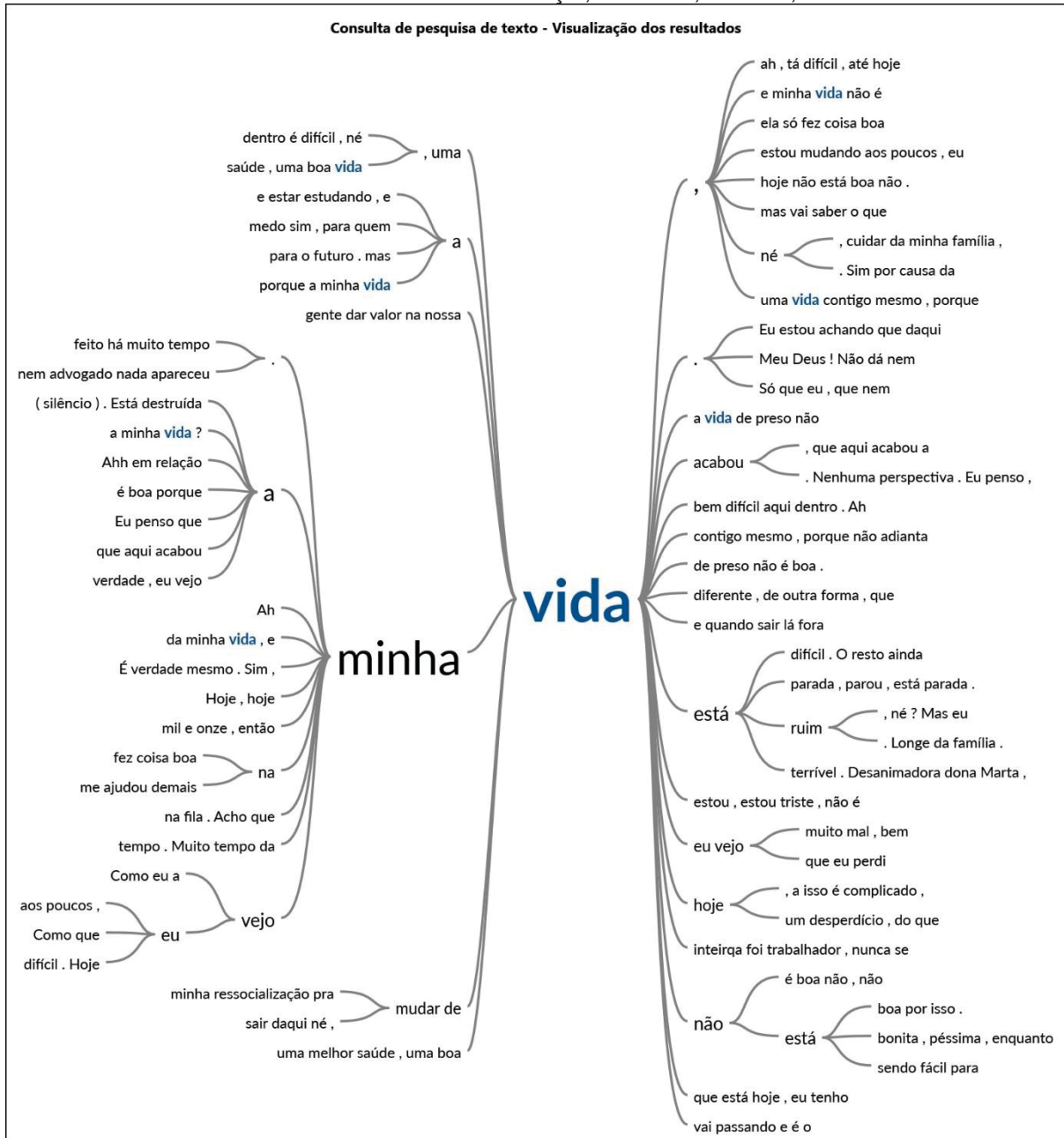
Figura 33 – CONSULTA DE PESQUISA DE TEXTO DE ENTREVISTAS COM PPL COM A PALAVRA “FUTURO” NVIVO®. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

A busca com a palavra “vida” demonstra que, para alguns participantes, a vida na prisão e estar preso é muito difícil e ruim; e, ainda, percebem a situação, no momento da consulta, como um desperdício, uma perda de tempo, um intervalo no viver e, portanto, não conseguem vislumbrar uma perspectiva de futuro diante das condições às quais estão submetidos, conforme apresentado na Figura 34.

Figura 34 – CONSULTA DE PESQUISA DE TEXTO DE ENTREVISTAS COM PPL COM A PALAVRA “VIDA” NVIVO®. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

Assim sendo, o viver na prisão é descrito por determinados participantes como um desperdício de tempo de vida, um intervalo no viver, um período em que apenas “vegetam”, manifestando sentimentos como tristeza, irritação, dor, angústia e medo sobre a situação vivenciada, com a percepção de arrependimento por atos praticados no passado, bem como ausência de perspectivas para o futuro. A vida foi relatada como: “difícil”, “ruim”, “péssima”, “parada”, “desperdício”, “regular”, “terrível”,

“desanimadora”, “nada legal”, “destruída”, “complicada”, “sem controle”, “mal”, “acabada”, entre outros.

As dificuldades do viver na prisão se aprofundam com a distância dos familiares, em particular àqueles que não possuem visitas e cujas famílias se encontram em cidades distantes, implicando em maiores adversidades para visitaçã e encaminhamento dos mantimentos às PPL, em virtude dos custos. Assim, o abandono dos familiares é um fator de sofrimento e desesperança manifestado pelos participantes.

Igualmente, a inserção no mercado de trabalho é uma dificuldade percebida, uma vez que se relaciona às passagens prévias pela prisão e o provável uso de tornozeleira eletrônica ao sair, bem como a falta de capacitação e profissionalização – que geram expectativas negativas e incertezas quanto à inserção laboral que possa garantir a subsistência do participante e de seus familiares, inclusive, implicando em cogitar a possibilidade de retornar, futuramente, à prisão.

[...] eu vejo a minha vida, hoje, um desperdício! ...Do que aconteceu e do que no lugar que eu estou, às vezes, por, sei lá, se é por ignorância da gente ou por umas atitudes não pensadas, não sei lá o que acontece (PM_14).

A minha vida que está hoje, eu tenho que manter a minha calma, me manter tranquilo e ficar vegetando mais um pouco. E, em breve ir para casa, ir para a rua, quando eu vou voltar a viver de novo, porque, por enquanto, eu estou sobrevivendo. Hoje eu me sinto sobrevivendo, hoje eu estou tranquilo, vegetando até conseguir sair para viver de novo (PM_32).

Hoje, hoje, minha vida eu vejo muito mal, bem mal (risos). Mal, bem mal. Pela situação de estar preso, estar longe da família, não ter notícias da família. Sem notícias faz um ano e três meses. Moro em *Loca*²¹, não é tão longe. Não sei o que está acontecendo com a família, desde quando eu caí. Quando eu caí, ainda, o advogado me informou sobre a minha família, depois disso nem advogado, nada apareceu. Minha vida está difícil. O resto ainda está tranquilo, né? Que a gente cometeu uma coisa errada e sabe que tem que pagar, ruim é ficar sem notícia da família. Ficar preso não é o problema, a gente cometeu um erro sabe que tem que pagar [...]. O tempo que eu estou aqui eu perdi, de ficar junto com a minha filha, tudo. Sim, perdi de estar próximo da família (PM_36).

7.3.4 (Des)cuidados com a saúde

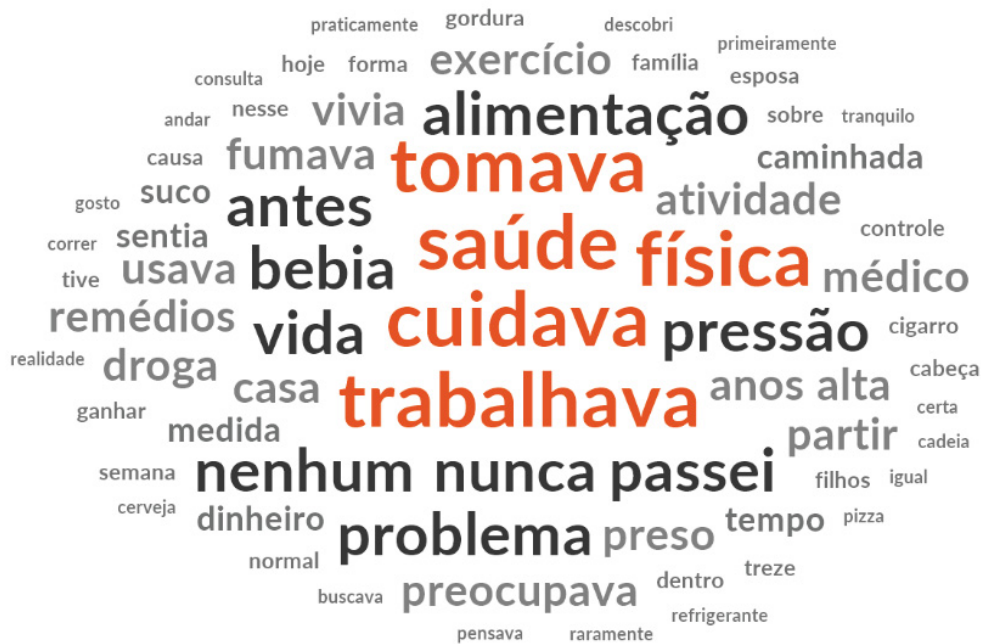
²¹ Optou-se por não expor o local de residência de PM_36 a fim de resguardá-lo.

A categoria “(Des)cuidados com a saúde” foi dividida em quatro subcategorias, são elas: “A busca pela manutenção da saúde antes da prisão”; “A busca pela manutenção da saúde na prisão”; “Fontes de Informação em saúde” e “(Des)informações”, contendo 196 referências codificadas, representando o percentual de 34,4% do *corpus* da pesquisa.

7.3.4.1 A busca pela manutenção da saúde antes da prisão

Na categoria “A busca pela manutenção da saúde antes da prisão” foram codificadas 56 unidades de significados, o que corresponde a 12,17% do *corpus* dos dados, conforme apresentado na Figura 35. A nuvem de palavras foi executada com as 70 palavras mais frequentes, derivadas e maiores que quatro letras; teve como resultado: “cuidava”, “saúde”, “trabalhava”, “física” e “tomava”, as quais estão circundadas pelos termos: “bebia”, “nunca”, “pressão”, “vida”, “alimentação”, “antes”, “nenhum”, “passei” e “problema”.

Figura 35 – NUVEM DE PALAVRAS MAIS FREQUENTES DE ENTREVISTAS COM PPL NA SUBCATEGORIA “A BUSCA PELA MANUTENÇÃO DA SAÚDE ANTES DA PRISÃO” NVIVO®. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023

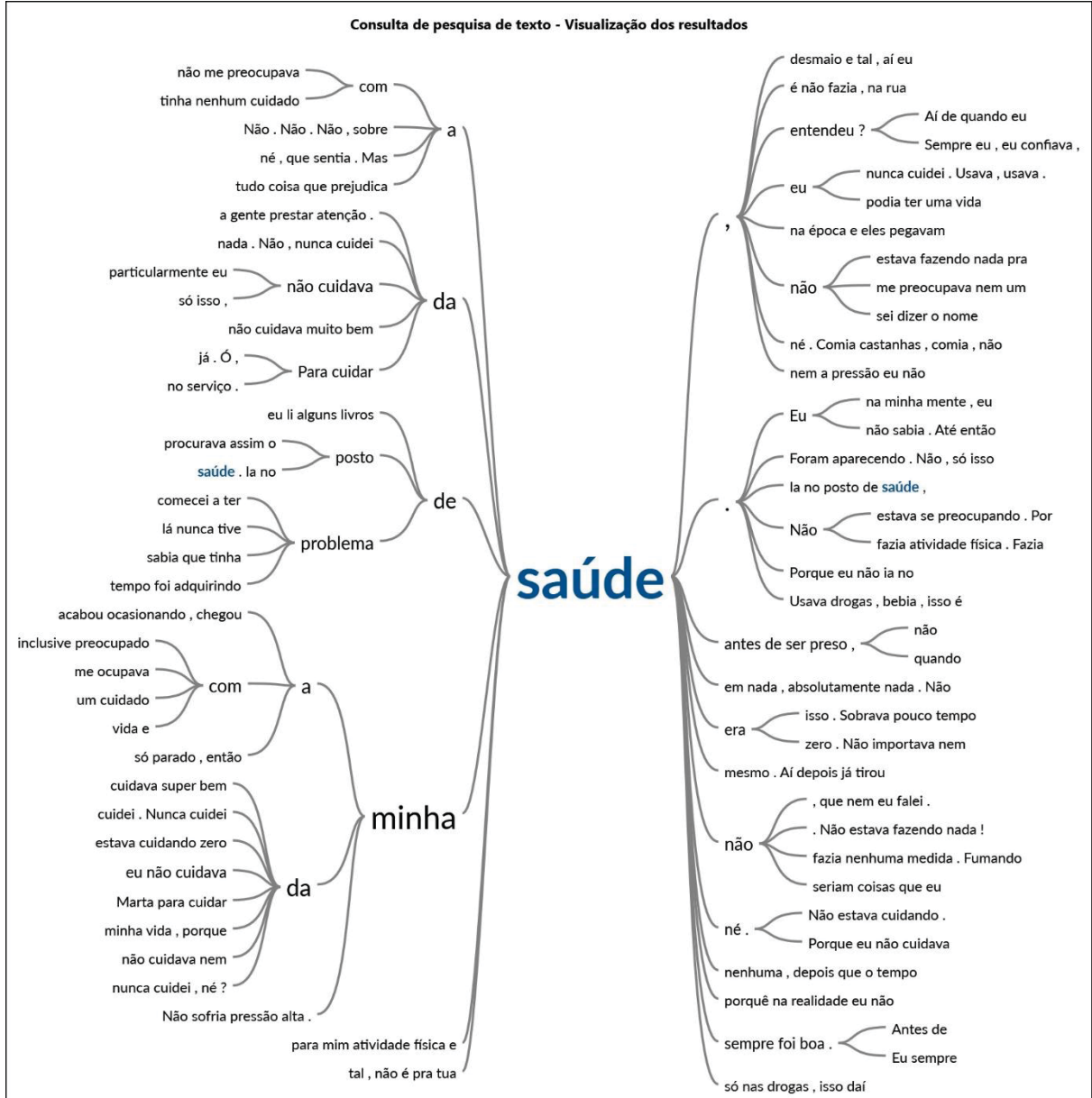


FONTE: A autora (2023).

Ao realizar a busca pela palavra “saúde”, por meio da pesquisa de texto (Figura 36), estiveram relacionados, prioritariamente, relatos como: a ausência de cuidados;

a não preocupação; o uso de drogas, bebida alcoólica e fumo/tabagismo; e a inatividade física.

Figura 36 – CONSULTA DE PESQUISA DE TEXTO DE ENTREVISTAS COM PPL COM A PALAVRA “SAÚDE” NVIVO®. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

Na mesma perspectiva evidenciada na pesquisa de texto supramencionado, encontram-se os relatos das PPL participantes quanto aos cuidados com sua saúde antes da prisão, nos quais n= 21 participantes, ou 55,3% destes, relataram que não cuidavam de sua saúde e/ou cuidavam mal. Ademais, n=14 (36,8%) referiram uso de bebida alcoólica; n=8 (21,0%) utilizava drogas ilícitas, tais como cocaína e maconha;

n= 8 (21,0%) fumavam, n= 6 (15,8%) não realizavam atividade física, n=5 (13,1%) relataram a ausência de cuidados com a sua dieta; n= 3 (7,9%) não utilizavam a medicação regularmente; n=3 (7,9%) não realizava atendimentos com profissionais de saúde e/ou exames.

A realização de atividades físicas foi relatada por n= 10 (26,3%) das PPL; os cuidados com a dieta por n= 7 (18,4%); o acompanhamento com profissionais de saúde/exames por n=2 (5,3%); adesão à terapia medicamentosa por n= 2 (5,3%); já a cessação de cigarro, o controle do consumo de bebida alcoólica, o sono adequado; a proximidade com familiares e o controle do estresse, obtiveram n= 1 (2,63%) relato.

Destaca-se, outrossim, que n= 4 (10,5%) dos relatos das PPL apontaram as companheiras e/ou esposas como suportes importantes para seu controle alimentar e uso de medicação.

É, na verdade, eu mesmo nunca fui no médico, fazer exame, nada, nunca fui. Não fazia nada. Nunca me preocupei com alimentação, alimentar, comia carne gordurosa, refrigerantes todas as horas, água raramente, tomava mais refrigerante do que água, suco nunca tomei, nunca me preocupei com isso. Também usava cigarro, maconha, cocaína. Na verdade, eu nunca cuidei, né? Da minha saúde, eu nunca cuidei. Usava, usava. Não, não estava cuidando. Estava meio jogado às traças na verdade, não jogado às traças que eu falo, mas não estava nem aí, vivia a vida que eu achava que era certa, bebia, fumava, comia o que eu queria, a hora que eu queria, de madrugada, a hora que desse vontade! Não tinha uma vida regrada, né? [Era] uma vida totalmente desregrada! (PM_12).

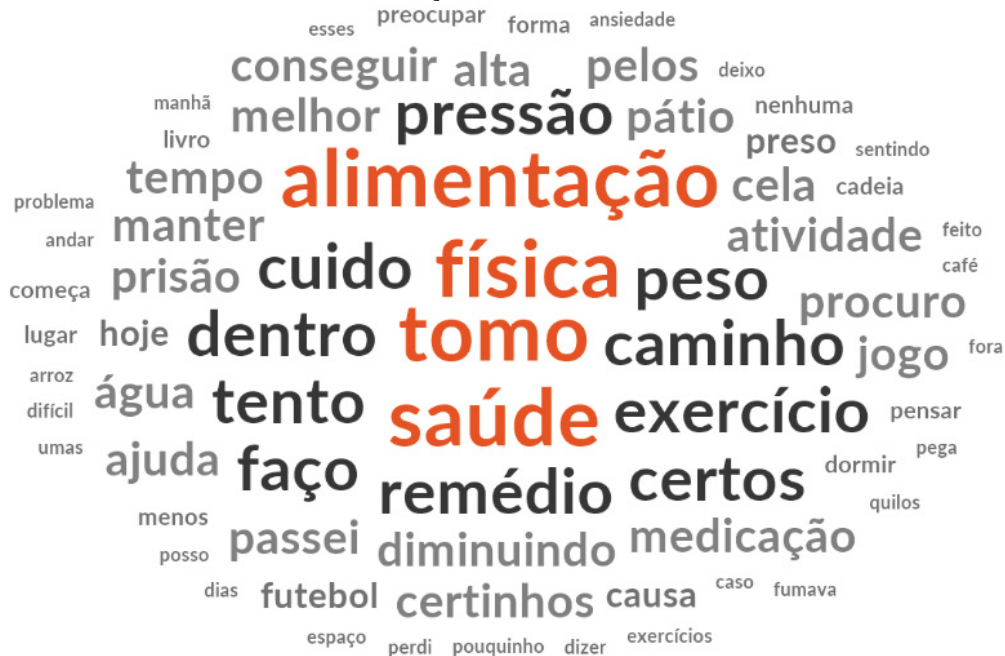
Antes eu fazia bastante exercício físico, eu trabalhava bastante, também, em serviço pesado, que já fazia exercício físico, né? E também tinha semana que eu ia fazer academia, junto com a minha ex-mulher, também fazia. E nós cuidamos bastante da alimentação também, tinha esse cuidado. Uma alimentação saudável, exercício físico bastante, também. Então, portanto, que quando eu estava lá nunca tive problema de saúde nenhuma, depois que o tempo foi adquirindo problema de saúde. Foram aparecendo... (PM_16).

Eu tinha uma qualidade de vida boa, né? Me alimentava bem, comia bem, não uso droga, não uso álcool, fazia o exercício, porque desde quando eu descobri, antes, que eu não fazia não posso mentir, antes de descobrir da minha pressão, eu não fazia nenhum tipo de exercício, depois que eu descobri a minha pressão, em 2013 eu virei adepto à físico, exercício. [...]. Eu cuidava super bem da minha saúde, né? Comia castanhas? Comia! Não comia doce, não tomava suco, não tinha como dizer “era uma dieta”, porque, até mesmo, eu passei pela nutricionista, sabe? Então, ela me ensinou a comer, né? Me ensinou, porque na verdade, a mastigar, a comer, ela me ensinou tudinho. [...]. Então, suco essas coisas que a gente toma, eu mesmo só tomo se for um suco natural e um copo pequeno, pode ser muito. Coca-cola, refrigerante, essas coisas não tomo (PM_24).

7.3.4.2 A busca pela manutenção da saúde na prisão

A subcategoria “A busca pela manutenção da saúde na prisão” obteve 105 referências codificadas, as quais representam 18,6% do *corpus* dos relatos dos participantes. Assim sendo, as palavras mais frequentes foram: “alimentação”, “física”, “saúde” e “tomo”, rodeadas pelos vocábulos: “pressão”, “peso”, “caminho”, “exercício”, “remédios”, “cuido”, “dentro”, “tento”, “faço” e “certos”, conforme explicitado na Figura 37.

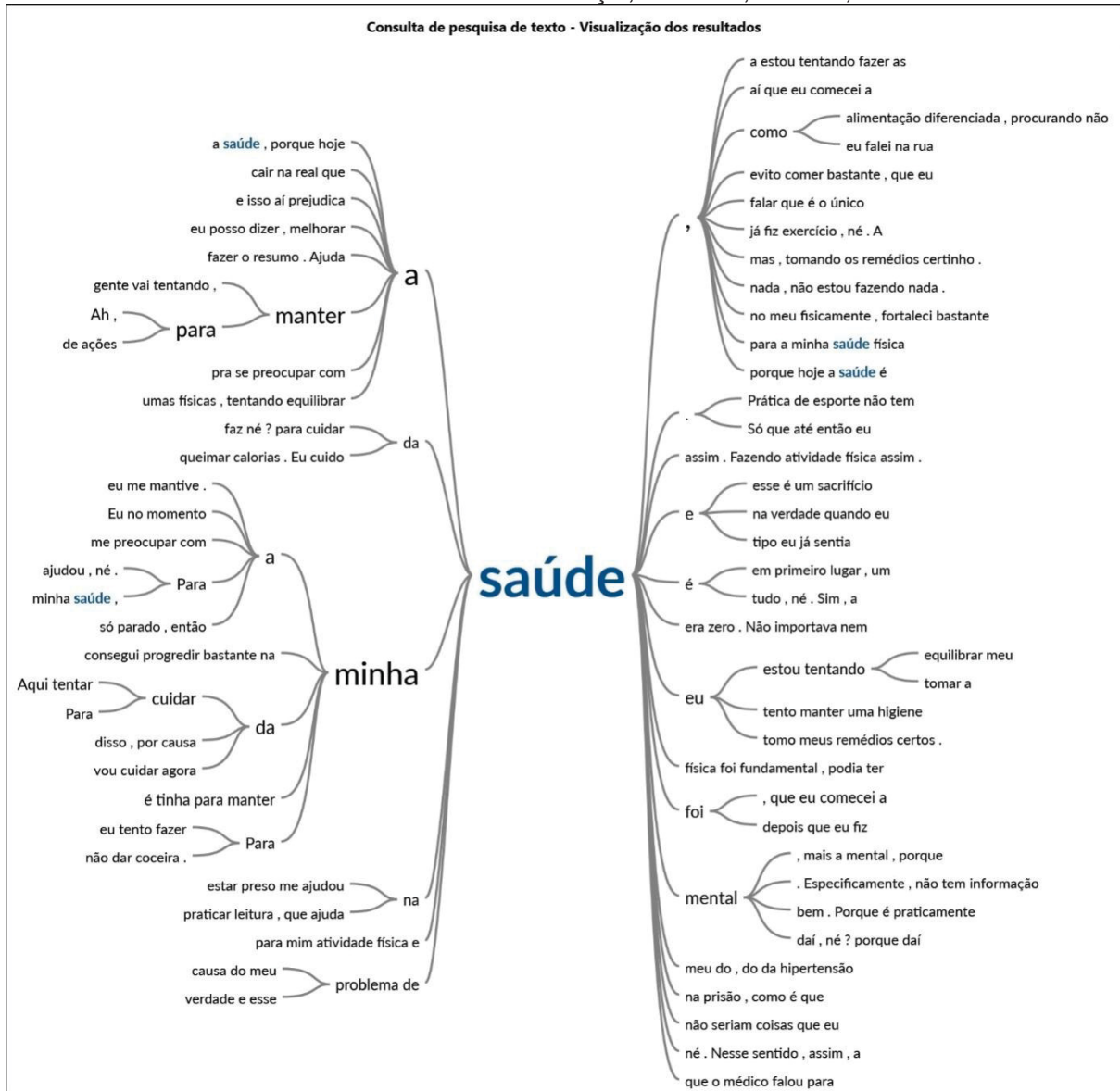
Figura 37 – NUVEM DE PALAVRAS MAIS FREQUENTES DE ENTREVISTAS COM PPL NA SUBCATEGORIA MANUTENÇÃO DA SAÚDE NA PRISÃO NVIVO®. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

Ao realizar a busca pela palavra “saúde” na referida subcategoria, obtivemos a árvore de palavras apresentada na Figura 38, com elementos que explicitam que as PPL participantes, na manutenção de sua saúde na prisão, procuram realizar cuidados com a saúde física e mental, a partir de ações, como: atividades físicas; cuidados com a dieta; tomada das medicações conforme indicações; leituras.

Figura 38 – CONSULTA DE PESQUISA DE TEXTO DE ENTREVISTAS COM PPL COM A PALAVRA “SAÚDE” NVIVO®. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

Os excertos de textos codificados, nesta subcategoria, explicitam as ações relatadas pelos participantes para manutenção da saúde: a tomada das medicações conforme indicado; os cuidados com a dieta; as atividades físicas; os atendimentos com os profissionais de saúde; o estímulo da ingestão de água; a restrição de alimentos com muito sal; sono adequado; o controle do estresse e da ansiedade; e leituras. Evidenciam, inclusive, resultados que obtiveram com suas ações, tais como: perda de peso, controle pressórico (n=4). Ademais, em alguns relatos, observa-se que a prisão foi o local de diagnóstico da HAS e início dos cuidados (n=4). Apontam, também, que cuidam melhor de sua saúde na prisão se comparado ao período quando estavam em

liberdade, relacionado à cessação do uso de drogas, bebida alcoólica e cigarro, controle alimentar (n= 5).

Contudo, alguns participantes referem não realizar nenhuma ação pela manutenção de sua saúde, enfatizam que não realizam exercícios físicos e que tem ingesta alimentar acima das necessidades (n=3).

Aqui na prisão, faço caminhada e cuido com a alimentação. [...]. Aqui, eu diminuí a alimentação. Diminuí a alimentação, não comer pão, e diminuí, também, a marmita do dia, no almoço e na janta. Com isso eu diminui de 92 kg eu vim para 70 kg. Hoje eu estou com 70 kg (PM_4).

Olha, aqui na prisão, melhor que lá fora, né? Sem álcool, sem droga e, também, tipo assim, quando estava na galeria, estava fazendo exercício, fazia todo dia, né? Daí, agora, aqui está meio, meio parado, mas ainda assim melhor que lá fora, né? Só mesmo a atividade física. [...]. Ah, eu estou tentando evitar um pouco de, de coisas que é o pão, né? Que é essas coisas assim, eu, e evitar um pouco de comer à noite, que eu estou conseguindo evitar isso (PM_5).

Aqui na prisão é só o medicamento, né? Porque não tem muita coisa pra fazer aqui, né? Porque, na cela, o espaço é pequeno e não tem como a gente fazer uma caminhadinha. É pequeno o espaço da gente ali, né? Às vezes, está fazendo uma caminhada dentro da cela e atrapalha o outro, a gente, eu, mesmo, procuro ficar mais deitado no meu canto, né? Não tem pátio [há] 30 dias na triagem (PM_38).

7.3.5 Fontes de informação em saúde

A subcategoria “Fontes de informação em saúde”, apresentada na Figura 39, obteve 32 unidades de significado codificadas, as quais correspondem a 4,2% do *corpus* qualitativo. Na pesquisa pela palavra “informação”, foi evidenciado como meios de acesso a ela: o ambulatório da unidade penal e/ou os atendimentos de saúde; o rádio e a televisão. Contudo, também explicita que alguns não têm acesso à informação, ou as têm raramente.

Figura 39 – CONSULTA DE PESQUISA DE TEXTO DE ENTREVISTAS COM PPL COM A PALAVRA “INFORMAÇÃO” NVIVO®. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

Na análise dos excertos codificados foram apontados pelas PPL como fontes para busca de informações em saúde: o ambulatório e/ou profissionais de saúde da unidade penal por $n= 25$ (65,8%); os companheiros de cubículo e/ou de trabalho por $n= 7$ (18,4%); a televisão, a leitura e a equipe de segurança por 2 (5,3%) cada; o rádio, os familiares e os conhecimentos prévios por $n= 1$ (2,6%) cada.

Pontua-se que, apesar dos relatos apresentarem o ambulatório e os profissionais da unidade penal como principal fonte de informação em saúde, $n=2$ (5,3%) dos participantes enfatizam a demora para o atendimento.

A gente conversa com o companheiro de trabalho, né? [...] e quando a gente vem aqui [no ambulatório]. [...] Sempre que eu procurei, sempre tive atendimento ótimo! Tinha dias que eu pedi, quando eu estava na galeria, no mesmo dia já vinha para cima! É, no mesmo dia! (PM_2).

Informação aqui, aqui é através, vamos supor, dos *faxinas*, a gente manda uma *pipa* lá para eles, né? Fala “estou com esse problema assim, assim”. Às vezes, a gente só manda e não chega, porque quantas vezes eu pedi, ali, para eles passar para medir minha pressão, que às vezes eu achava que a pressão estava meio alta, e não tive o retorno. Mas, daí, a gente se cuida igual tenta melhorar. Faxina são os que cuidam da galeria, presos. Com eles

consigo me informar um pouco, alguma coisa ajuda (PM_14).

Informações... Ah, sempre eu peço pros *piá* da minha cela ali, tipo, os *piá* mais velhos, ali. Faço umas perguntas, até. Então, tomo um remédio pra pressão que faz mais de treze anos. Eu até tenho entendimento um pouco. Na rua me informei, tipo assim, é sintoma de infarto, sintomas do AVC, essas coisas. Estudei na internet, mesmo. Aqui dentro fica restrito. Tipo assim, quando eu estou querendo uma informação ou, até mesmo, medir a pressão, demora o atendimento, eu venho aqui e [...] tiro minhas dúvidas (PM_15).

7.3.5.1 (Des)informações

Na subcategoria “(Des)informações” foram codificadas cinco unidades de significado que consistiram em 0,4% do *corpus*, demonstrando que algumas PPL participantes da pesquisa compreendem não possuir quaisquer fontes de informações dentro da unidade penal, conforme demonstram os excertos a seguir.

É um pouco mais difícil para quem está lá dentro. Não, não tenho como me informar (PM_19).

Eu queria muito ter essas informações, mas eu não tenho. Tipo assim, que a nossa consulta, ela não é, ela não tem uma explicação, só fala assim “oh, tua pressão está tanto por tanto”, ou “está assim” ou “está assado”, mas não, e “toma o remédio certo” e pronto, acabou. Não tem a explicação: “ó, pode acontecer assim, pode acontecer assado, funciona dessa maneira”. Eu não tenho, até hoje eu não tive, não tive nenhum tipo de explicação (PM_26).

7.3.5.2 Pandemia de Coronavírus

Emergiram, na pesquisa qualitativa, resultados esperados relacionados à Pandemia de Coronavírus, a qual, conforme relato dos participantes, afetou a saúde, especialmente afetou a limitação de contato com familiares, devido à suspensão da visita presencial, bem como houve dificuldade de alguns familiares na adaptação à visita virtual e aos limites desta modalidade de visita. A preocupação com os familiares foi evidenciada nos relatos. Igualmente, demonstraram maiores dificuldades na realização de atividades físicas.

[...] estou sofrendo devido à falta de proximidade com os familiares, devido a essa pandemia. Então, atualmente, está um pouco complicado devido a isso (PM_1).

[...] minha vida hoje [está] no automático, assim. É, ela está assim, de uma

certa forma, dificultosa, por quê? Porque é em cima da, da pandemia que aconteceu, né? No planeta. E falta, falta o diálogo com a família, né? Porque não tem, né? Às vezes não tem como falar, todos os presos falam com a família, né? Não tem como marcar. Então, isso aí faz falta para a gente. Então, é uma situação que, que o preso traz uma carência grande; você vê, ela deixa o preso estressado, ela deixa o preso nervoso (PM_13).

[...] agora parei, de um mês para cá que eu parei de fazer exercício físico, depois que começou a passar essa pandemia, devido também à preocupação de, de, com todo esse vírus também. [...] a preocupação está pior com o Covid. Antes, estava mais tranquilo. Antes estava, porque a gente tinha notícia, ainda, da família da gente. Já hoje, já não tem mais! Tipo, é difícil. Está mais difícil. Para mim, com a Pandemia, foi tudo que ficou mais difícil, porque minha família já é uma família, tipo, humilde, ela não tem tanto acesso à tecnologia, não! A pessoa que entende e tem influência, para eles, tipo, até marcar uma visita, para eles fazerem, já é difícil para eles, também. Visita online tem bastante dificuldade. (PM_16).

7.4 RESULTADOS: FASE 3 – INTERVENÇÃO

Neste subcapítulo discutem-se os Resultados Quantitativos da Fase 3 Intervenção; os Resultados Qualitativos da Fase 3 Intervenção e a Intervenção de Enfermagem com PPL com HAS: resultados incorporados.

7.4.1 Resultados Quantitativos Fase 3 – Intervenção

Em relação às variáveis clínicas analisadas, a variável IMC não apresentou mudanças significativas entre T0 e T2, inclusive com leve aumento no IMC no Tempo 1 (T1); a CA até 102 cm apresentou aumento de 50% para 60% entre T0 e T2; a PA ótima, normal e limítrofe, obtiveram aumento entre o T0 e T2, com significância estatística apenas para PA ótima; e o ITB manteve-se estável entre T0 e T2, conforme apresentado na Tabela 24.

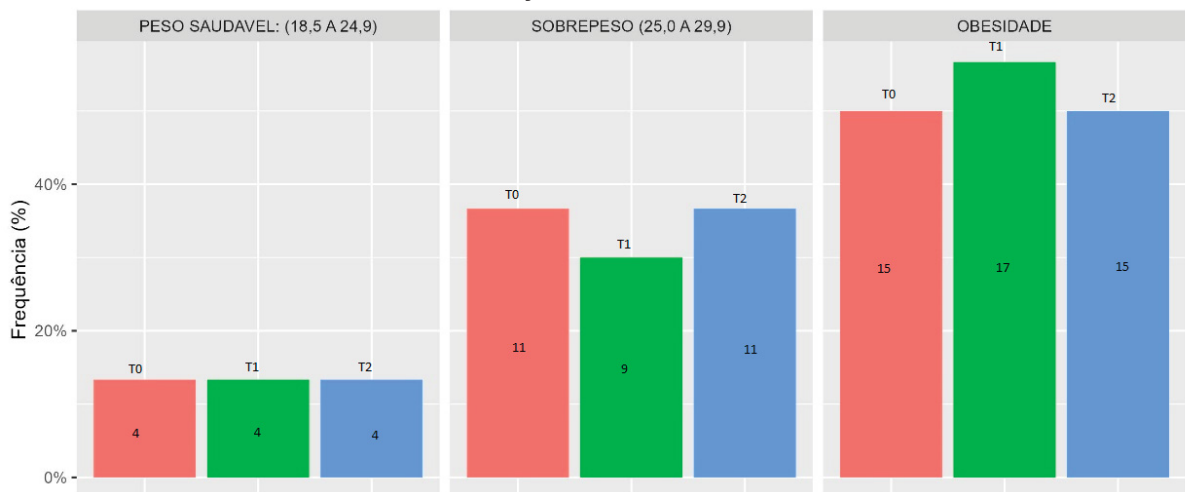
Tabela 24 – DADOS CLÍNICOS DAS PPL COM HAS NOS T0, T1, T2.
FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023

Variável	Tempo						p-valor*	
	Tempo 0		Tempo 1		Tempo 2			
	N	col %	N	col %	N	col %		
IMC	PESO SAUDÁVEL: (18,5 A 24,9)	4	13 %	4	13 %	4	13 %	0,264
	SOBREPESO (25,0 A 29,9)	11	37 %	9	30 %	11	37 %	
	OBESIDADE	15	50 %	17	57 %	15	50 %	
Homens	NORMAL (ATÉ 102CM)	15	50 %	15	50 %	18	60 %	0,05
	ACIMA (>102CM)	15	50 %	15	50 %	12	40 %	
PA (mmHg)	ÓTIMA (<120/80MMHG)	2	7 %	1	3 %	4	13 %	0,016
	NORMAL (<130/<85 MMHG)	5	17 %	9	30 %	6	20 %	
	LIMÍTROFE (130 - 139/85-89 MMHG)	8	27 %	8	27 %	12	40 %	
	HÁ ISOLADA (MAIOR OU IGUAL A 140 E MENOR QUE 90MMHG)	0	0 %	4	13 %	5	17 %	
	ESTÁGIO I (140-159/90-99 MMHG)	13	43 %	7	23 %	2	7 %	
	ESTÁGIO II (160-179/100-109 MMHG)	1	3 %	1	3 %	1	3 %	
	ESTÁGIO III (MAIOR OU IGUAL A 180/MAIOR OU IGUAL A 110 MMHG)	1	3 %	0	0 %	0	0 %	
25) ITB	NORMAL =ACIMA DE 0,90	30	100 %	30	100 %	30	100 %	-

* Teste Q de Cochran

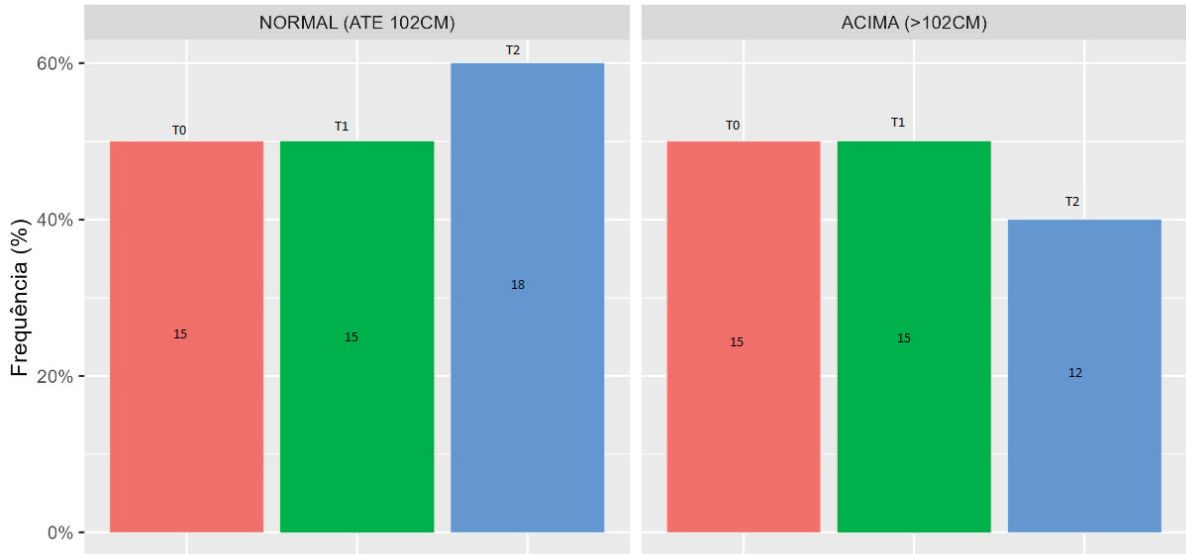
FONTE: A autora (2023).

Gráfico 11 – COMPARATIVO DO PESO E IMC DAS PPL COM HAS NOS TEMPOS 0, 1 E 2.
FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



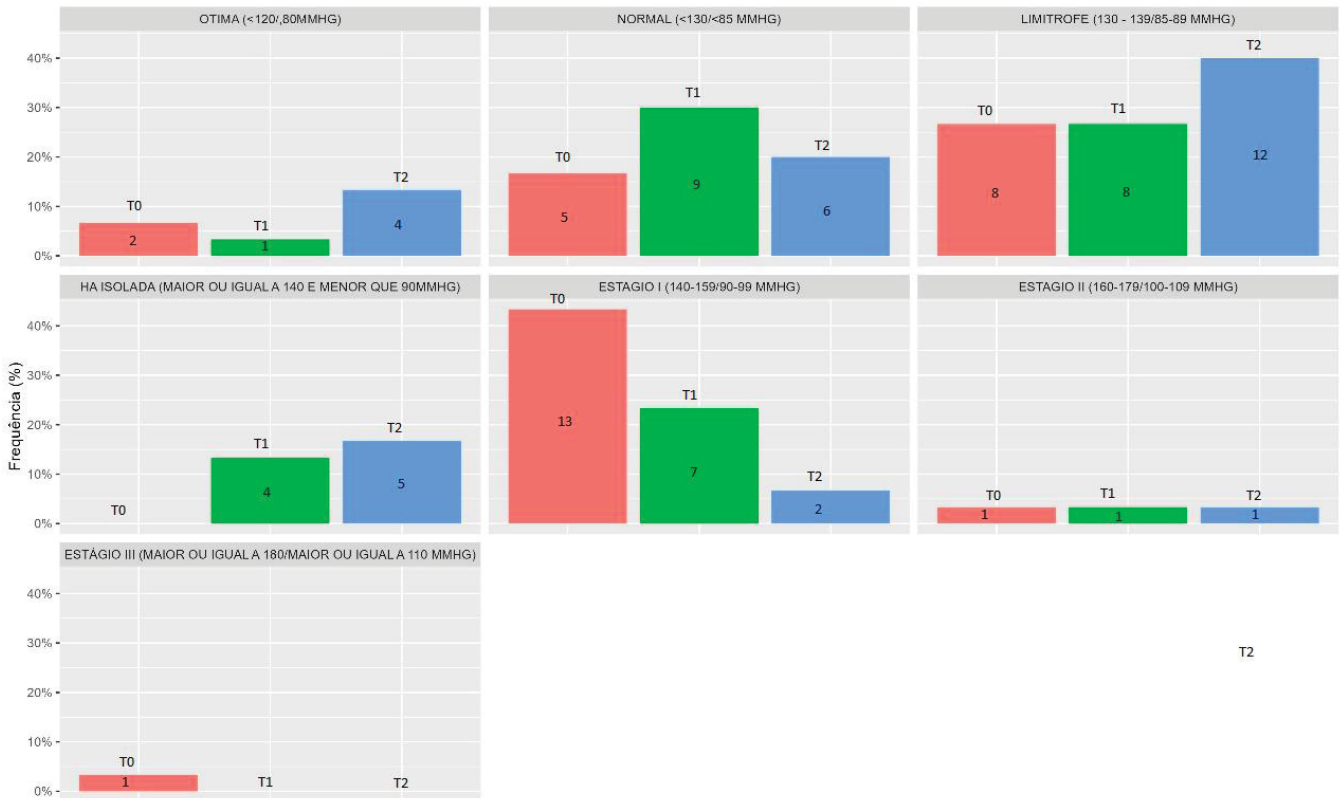
FONTE: A autora (2023).

Gráfico 12 – COMPARATIVO DA CA DAS PPL COM HAS NOS TEMPOS 0, 1 E 2. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

Gráfico 13 – COMPARATIVO DA VARIÁVEL PA DAS PPL COM HAS NOS TEMPOS 0, 1 E 2. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

As intervenções realizadas no T1 e T2 não demonstraram aumento nas médias do SOC e/ou nos seus componentes, inclusive ocorreram diminuições nos índices de

SOC forte, se mantendo, contudo, os níveis de SOC fraco e aumentando ligeiramente o SOC moderado, conforme apresentado nas Tabelas 25 e 26.

Tabela 25 - ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS DOS ESCORES DOS COMPONENTES DO SOC NAS PPL COM HAS NOS TEMPOS 0, 1 E 2. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023

Tempo	Variável	Geral	Compreensão	Manuseio	Significado
Tempo 0	M	141,8	43,2	51,5	46,6
	MD	146,5	43,5	53,0	48,0
	DP	21,8	11,4	7,7	6,8
	1Q	123,5	35,7	47,2	42,2
	3Q	159,7	52,7	57,0	51,0
	IIQ	36,2	17,0	9,7	8,7
Tempo 1	M	135,1	41,6	47,8	45,6
	MD	138,0	42,0	49,5	48,5
	DP	22,8	10,6	8,2	9,5
	1Q	114,7	35,2	42,2	44,2
	3Q	148,7	49,5	53,7	51,7
	IIQ	34,0	14,2	11,5	7,5
Tempo 2	M	135,8	42,7	47,9	44,9
	MD	133,5	41,0	47,0	47,0
	DP	29,1	12,5	11,4	8,9
	1Q	120,2	36,0	42,2	42,2
	3Q	155,0	49,2	56,2	52,0
	IIQ	34,75	13,25	14,00	9,75
	* p-valor	0,157	0,701	0,007	<0,001
	** p-valor	0,239	0,615	0,123	0,775

Legenda: M (média); MD (mediana); DP (desvio padrão); 1Q (25% abaixo e acima 75%); 3Q (75% abaixo e acima 25%); IIQ (intervalo interquartil); *p-valor (*Teste de Shapiro-Wilk); **p-valor (ANOVA de medidas repetidas com correção de esfericidade Greenhouse-Geisser para as variáveis paramétricas: Geral e Compreensão, Friedman para as variáveis não paramétricas: Manuseio e Significado em relação aos tempos).

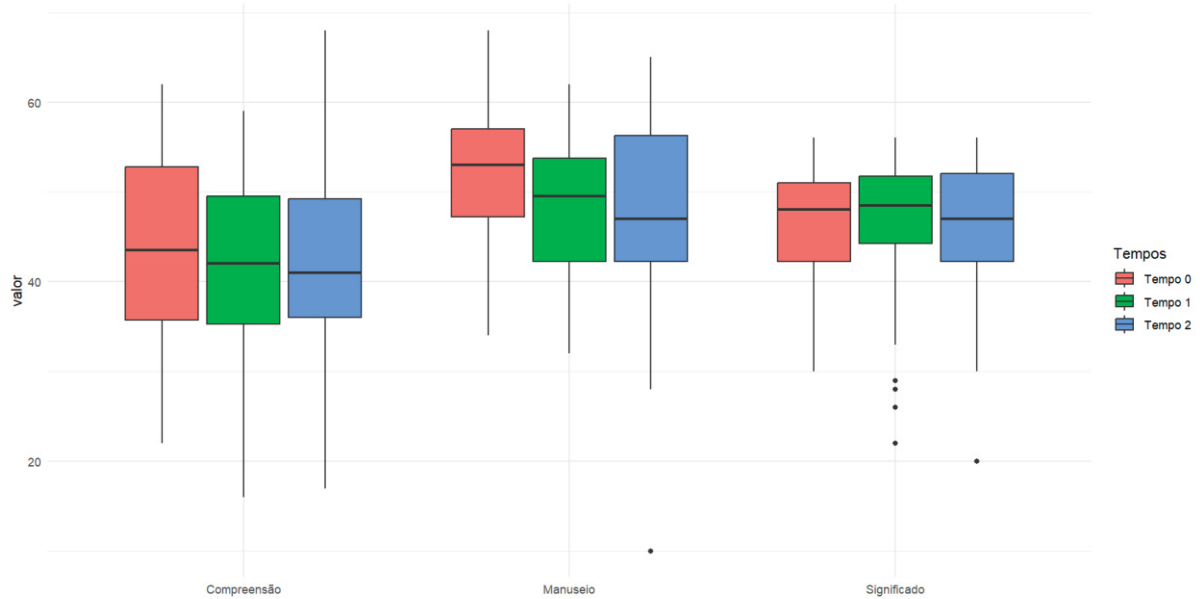
FONTE: A autora (2023).

Tabela 26 – ESCORES DOS COMPONENTES DO SOC NAS PPL COM HAS NOS TEMPOS 0, 1 E 2. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023

Variável	Tempo 0		Tempo 1		Tempo 2	
	N	%	N	%	N	%
FORTE	19,0	63,3%	18,0	60,0%	15,0	50,0 %
FRACO	1,0	3,3%	1,0	3,3%	1,0	3,3 %
MODERADO	10,0	33,3%	11,0	36,7%	14,0	46,7 %

FONTE: A autora (2023).

Gráfico 14 – COMPARATIVO DOS SCORES DOS QUESTIONÁRIOS SOC NAS PPL COM HAS PARA OS TEMPOS 0, 1 E 2 RESPECTIVAMENTE. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

Em relação à LS, após a atividade de intervenção, obteve-se aumento na média geral de 21,0 ($\pm 6,2$) no T0 para 23,3 ($\pm 5,4$) no T2 27,2 ($\pm 6,2$), demonstrando, então, significância estatística. Em relação aos componentes da LS, os fatores estruturais obtiveram aumento no T1 média de 11,2 ($\pm 5,3$) e no T2 13,8 ($\pm 4,4$); o componente busca de informações em saúde obteve aumento no T1 média de 6,4 ($\pm 2,1$), mantendo-se no T2 6,4 ($\pm 2,7$); o conhecimento crítico em saúde obteve no T1 média de 4,7 ($\pm 2,6$) e no T2 de 7,0 ($\pm 2,5$), ambos os tempos demonstrando aumento nas médias em relação ao T0, conforme Tabela 27, Tabela 28 e Gráfico 15.

Tabela 27 – ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS DOS ESCORES DO HLAT NAS PPL COM HAS. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023

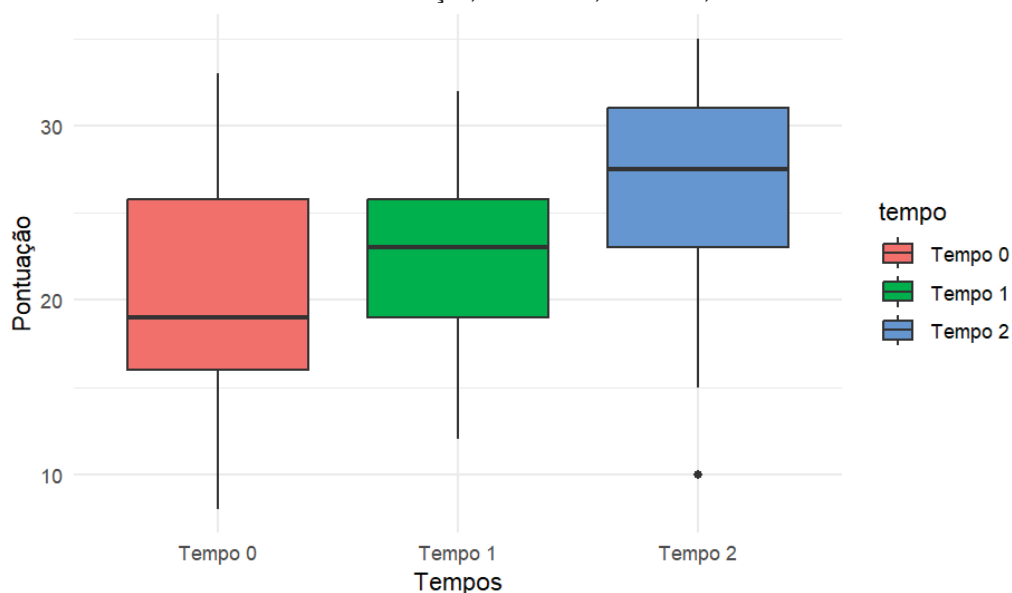
Tempo	Variável	Geral
Tempo 0	M	21,0
	MD	19,5
	DP	6,2
	1Q	16,3
	3Q	26,7
	IIQ	10,5

Tempo 1	M	23,3
	MD	24,0
	DP	5,4
	1Q	20,0
	3Q	26,7
	IIQ	6,7
Tempo 2	M	27,2
	MD	28,5
	DP	6,2
	1Q	23,2
	3Q	32,0
	IIQ	8,7
	* p-valor	0,129
	** p-valor	0,001

Legenda: M (média); MD (mediana); DP (desvio padrão); 1Q (25% abaixo e acima 75%); 3Q (75% abaixo e acima 25%); IIQ (intervalo interquartil); *p-valor (*Teste de Shapiro-Wilk); **p-valor (ANOVA de medidas repetidas com correção de esfericidade Greenhouse-Geisser).

FONTE: A autora (2023).

Gráfico 15 – COMPARATIVO DOS ESCORES DO HLAT NAS PPL COM HAS PARA OS TEMPOS 0, 1 E 2 RESPECTIVAMENTE. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

Tabela 28- TESTE POST-HOC PARA OS TEMPOS EM RELAÇÃO AO ESCORE GERAL DO HLAT NAS PPL COM HAS. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023

Grupos		* P-valor ajustado
Tempo 0	Tempo 1	0,320
Tempo 1	Tempo 2	0,036
Tempo 2	Tempo 0	0,003

* Teste t pareado com correção bonferroni

FONTE: A autora (2023).

Em relação ao HK-LS, observou-se que, após as atividades de educação em saúde em grupo e individuais, ocorreu aumento na média geral, e diminuição no desvio padrão desta. Assim, as médias e desvios padrões foram de: T0 15,2 ($\pm 3,4$); T1 19,3 ($\pm 2,7$); e T2 20,43 ($\pm 1,3$). Os componentes de HK-LS, na mesma perspectiva, apresentaram aumentos nas médias e diminuição nos desvios padrões: definição obteve aumento na média e diminuição no desvio padrão: T0 0,5 ($\pm 0,8$); T1 1,3 ($\pm 0,7$); e T2 1,5 ($\pm 0,8$); tratamento médico T0 3,3 ($\pm 0,7$); T1 3,7 ($\pm 0,6$); e T2 3,9 ($\pm 0,3$); adesão medicamentosa T0 3,1 ($\pm 0,9$); T1 3,5 ($\pm 1,0$); e T2 3,9 ($\pm 0,3$); estilo de vida T0 3,8 ($\pm 1,4$); T1 4,5 ($\pm 0,6$); e T2 4,8 ($\pm 0,4$); dieta T0 0,9 ($\pm 0,9$); T1 1,7 ($\pm 0,7$); e T2 1,9 ($\pm 0,5$); por fim, complicações T0 3,6 ($\pm 1,0$); T1 4,6 ($\pm 0,7$); e T2 4,6 ($\pm 0,6$). Explicita-se, neste sentido, a significância estatística em todos os componentes do HK-LS, refletindo que as atividades de educação em saúde se mostraram importantes para o aumento nos níveis de conhecimento em HAS, conforme explicitados nas Tabelas 23 e 30.

Tabela 29 - ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS DOS ESCORES DOS COMPONENTES DO HK-LS NAS PPL COM HAS. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023

Variável	Definição	Tratamento Médico	Adesão Medicamentosa	Estilo de vida	Dieta	Complicações	Geral
Tempo 0							
M	0,533	3,267	3,067	3,800	0,900	3,633	15,200
MD	0,000	3,000	3,000	4,000	1,000	3,000	16,000
DP	0,819	0,740	0,907	1,400	0,885	0,999	3,336
1Q	0,000	3,000	3,000	3,000	0,000	3,000	13,000
3Q	1,000	4,000	4,000	5,000	2,000	4,750	17,750
IIQ	1,000	1,000	1,000	2,000	2,000	1,750	4,750
Tempo 1							
M	1,333	3,733	3,467	4,500	1,667	4,600	19,30
MD	1,500	4,000	4,000	5,000	2,000	5,000	20,500

DP	0,758	0,583	1,042	0,630	0,661	0,724	2,706
1Q	1,000	4,000	3,000	4,000	2,000	4,250	17,25
3Q	2,000	4,000	4,000	5,000	2,000	5,000	21,00
IIQ	1,000	0,000	1,000	1,000	0,000	0,750	3,750
Tempo 2							
M	1,467	3,867	3,867	4,767	1,867	4,600	20,43
MD	2,000	4,000	4,000	5,000	2,000	5,000	21,00
DP	0,776	0,346	0,346	0,430	0,507	0,563	1,331
1Q	1,000	4,000	4,000	5,000	2,000	4,000	20,00
3Q	2,000	4,000	4,000	5,000	2,000	5,000	21,00
IIQ	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	1,000
*p-valor	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
**p-valor	<0,001	<0,001	<0,001	0,023	<0,001	<0,001	<0,001

Legenda: M (média); MD (mediana); DP (desvio padrão); 1Q (25% abaixo e acima 75%); 3Q (75% abaixo e acima 25%); IIQ (intervalo interquartil); *p-valor (*Teste de Shapiro-Wilk); **p-valor (** Teste de Friedman).

FONTE: A autora (2023).

Tabela 30 - TESTE POST-HOC PARA OS TEMPOS EM RELAÇÃO AOS COMPONENTES E GERAL DO HK-LS NAS PPL COM HAS. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023

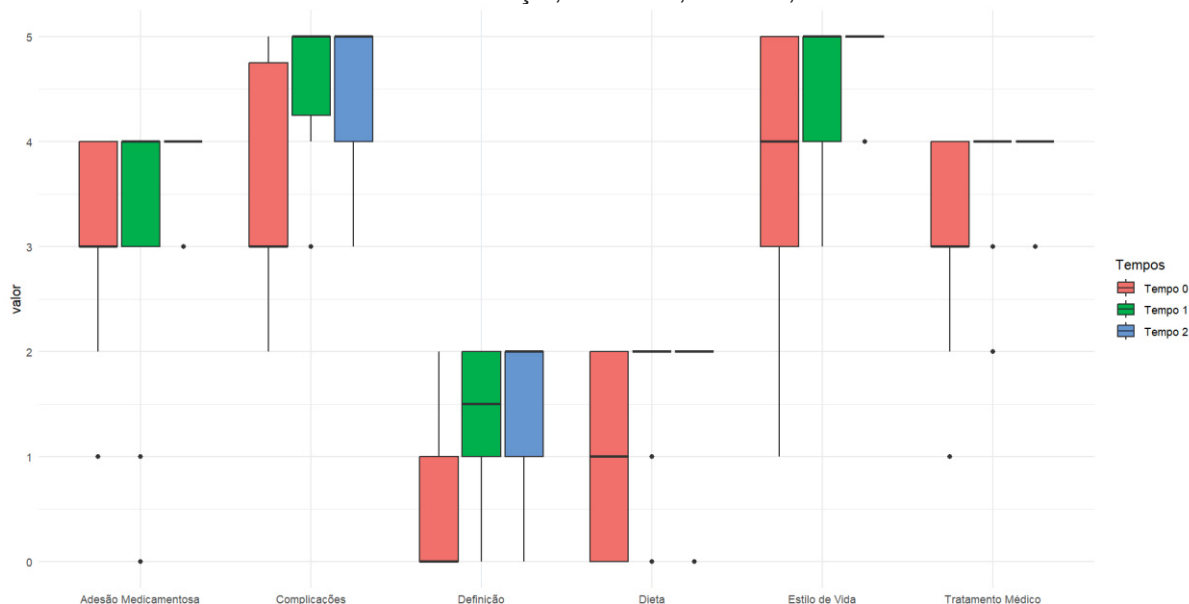
Teste post-hoc dos componentes e geral do HK-LS para os Tempos 0, 1 e 2			
Definição	Grupos		*P-valor ajustado
		Tempo 0	Tempo 1
	Tempo 1	Tempo 2	1
	Tempo 2	Tempo 0	0,001
Tratamento médico	Tempo 0	Tempo 1	0,033
	Tempo 1	Tempo 2	0,825
	Tempo 2	Tempo 0	0,001
Adesão medicamentosa	Tempo 0	Tempo 1	0,22
	Tempo 1	Tempo 2	0,071
	Tempo 2	Tempo 0	0,001
Estilo de vida	Tempo 0	Tempo 1	0,03
	Tempo 1	Tempo 2	0,194
	Tempo 2	Tempo 0	0,008
Dieta	Tempo 0	Tempo 1	0,002
	Tempo 1	Tempo 2	0,143
	Tempo 2	Tempo 0	<0,001
Complicações	Tempo 0	Tempo 1	<0,001
	Tempo 1	Tempo 2	1
	Tempo 2	Tempo 0	<0,001
Geral	Tempo 0	Tempo 1	<0,001
	Tempo 1	Tempo 2	0,128
	Tempo 2	Tempo 0	<0,001

Legenda: *P-valor: Teste Wilcoxon com correção bonferroni

FONTE: A autora (2023).

Ademais, o Gráfico 16 explicita o aumento nos escores do HK-LS obtidos entre T0 e T2.

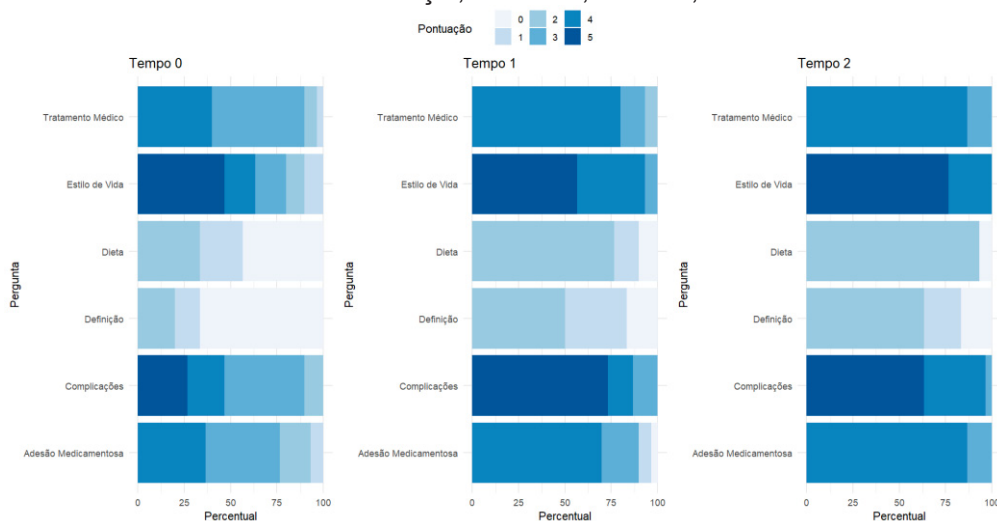
Gráfico 16 – COMPARATIVO DO QUESTIONÁRIO HK-LS NAS PPL COM HAS PARA OS TEMPOS 0, 1 E 2 RESPECTIVAMENTE. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

Outrossim, o Gráfico 17 ilustra as pontuações obtidas nos Tempos 0, 1 e 2, de acordo com os componentes do HK-LS.

Gráfico 17 – COMPARATIVO DA PONTUAÇÃO DO QUESTIONÁRIO HK-LS NAS PPL COM HAS PARA OS TEMPOS 0, 1 E 2 RESPECTIVAMENTE EM RELAÇÃO A CADA SUBDIMENSÃO. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

7.4.2 Resultados Qualitativos Fase 3 Intervenção

Para análise dos resultados qualitativos acerca da intervenção, optou-se por trabalhar em quatro seções; são elas: I intervenção – educação em saúde; II intervenção – educação em saúde; III intervenção – educação em saúde; e, IV análise geral da intervenção.

7.4.2.1 I. Intervenção – educação em saúde

Nesta etapa, foram devolvidos 33 formulários preenchidos e, destes, codificou-se 33 referências que representaram 49,21% do *corpus*. Foram predominantes os relatos de que a intervenção repercutiu em melhoria do conhecimento (n= 14), acesso às informações novas (n= 2); sanou dúvidas (n= 7); gerou sabedoria (n= 3); e, diante disso, a possibilidade de informar outras pessoas, tais como familiares e amigos (n= 1); e foi considerada instrutiva e educativa (n= 1).

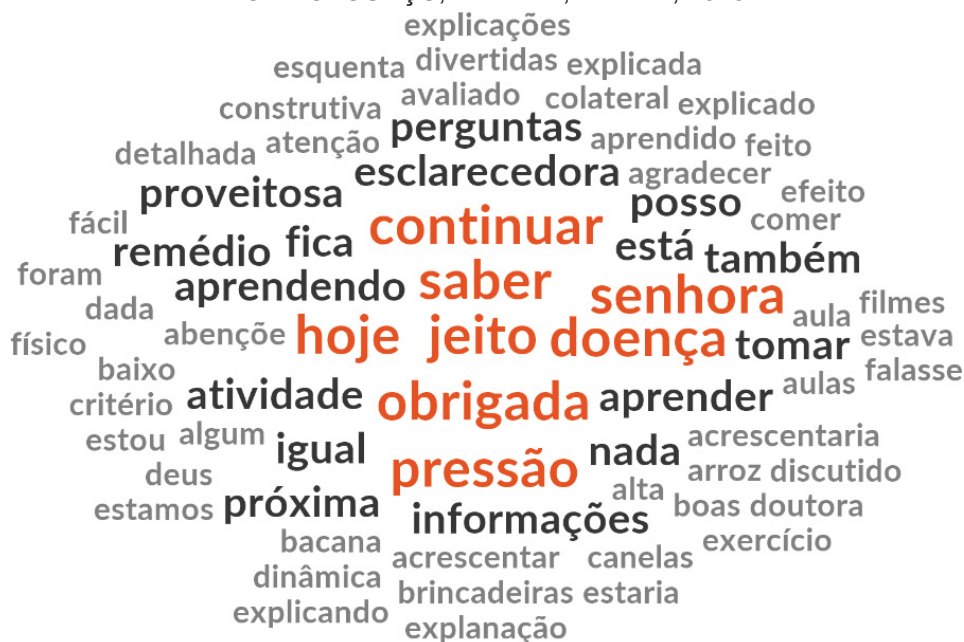
Foi muito bom! Tirei muitas dúvidas sobre pressão arterial e sobre como é importante cuidarmos dela para termos uma vida mais longa e saudável! (ES1_PPL_6).

Essa atividade acrescentou conhecimento sobre a hipertensão; o que pode gerar na minha saúde se eu não tomar o remédio e não fazer exercício físico e não se cuidar (ES1_PPL_11).

Eu aprendi muito, pois, para falar bem a verdade, eu nunca entendi nada sobre a pressão e agora eu tirei todas as minhas dúvidas (ES1_PPL_24).

Destaca-se os achados na Figura 40, a qual apresenta a Nuvem de palavras com os termos mais frequentes na categoria, sendo: “conhecimento”, “informações”, “pressão” e “cuidar”, circundados dos vocábulos: “doença”, “sabedoria”, “aprendi”, “minha”, “dúvidas”, “pode”, “saúde”, “tomar”, “coisas”, “relacionadas”, “hipertensão”, “agora”, “atividade”, “acrescentou” e “importante”.

Figura 41 – NUVEM DE PALAVRAS MAIS FREQUENTES DAS SUGESTÕES DA I INTERVENÇÃO – EDUCAÇÃO EM SAÚDE NVIVO®. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

7.4.2.2 II. Intervenção – educação em saúde

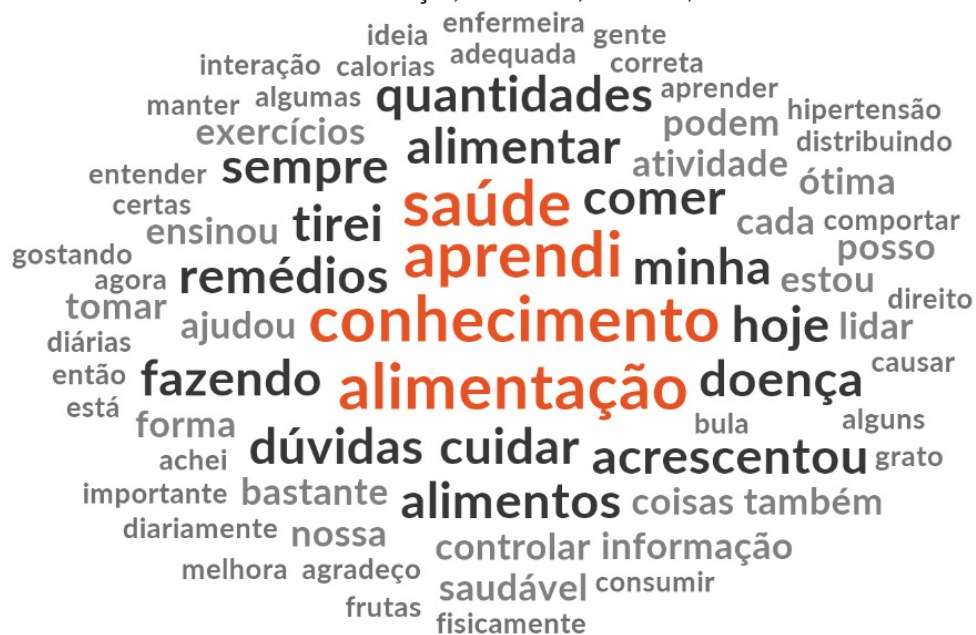
Nesta atividade retornaram 30 formulários preenchidos, dos quais resultaram 30 referências codificadas, representando 51,9% do *corpus*. As PPL explicitaram que a atividade proporcionou: informações/conhecimentos acerca da HAS, da alimentação, PA, medicações e como cuidar da saúde (n =19); sanar dúvidas (n= 1); lidar com a doença (n= 1); motivação (n= 1). Elementos que podem ser apreendidos na Figura 42, cuja nuvem de palavras traz, no centro, os vocábulos: “conhecimento”, “aprendi”, “alimentação” e “saúde”.

Trouxe muitas informações que eu não fazia ideia: sobre alimentos, quantidade de alimentos, tipos e alguns transtornos que os remédios podem causar (ES1_PPL_1).

Bom, eu estou gostando muito das atividades! No meu ponto de vista, me ensinou a ver a doença da forma mais correta e como lidar com ela (ES1_PPL_18).

Conhecimento sobre minha doença, remédios e alimentação (ES1_PPL_28).

Figura 42 – NUVEM DE PALAVRAS MAIS FREQUENTES NAS IMPRESSÕES DA II INTERVENÇÃO - EDUCAÇÃO EM SAÚDE NVIVO®. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2022).

Em relação às sugestões para a intervenção III, foram codificadas 27 referências, que corresponderam a 35,4% do *corpus*. Assim, as PPL explicitaram, predominantemente, que a intervenção ocorresse nos mesmos moldes das atividades anteriores, mantendo-se explanação/apresentação e dinâmicas (n=16); deixar a elaboração a critério do profissional (n= 4); discutir sobre exercícios físicos (n= 1); atividades individuais (n=1); fazer exames (n= 1). Algumas PPL explicitaram a necessidade de continuidade das atividades.

Bom, eu gostaria que só continuasse as atividades, pois aprendi muito. Obrigado! (ES1_PPL_18).

Desse jeito, mesmo: com as brincadeiras fica mais fácil para os debates e a gente entende mais fácil (ES1_PPL_22).

Aprender dessa forma é muito produtivo, pois tem as explicações e as brincadeiras (ES1_PPL_23).

7.4.2.3 III. Intervenção – educação em saúde 3

Nesta atividade retornaram 30 formulários com respostas, que tiveram 30 referências codificadas, destacando o percentual de 44,66% do total do *corpus*. As PPL, em sua totalidade, manifestaram-se satisfeitas com a atividade de educação em saúde III, explicitando o quanto agregou aos conhecimentos para o manejo de suas doenças, em quesitos, como: uso de sites seguros na internet, como fonte de informação; leitura de bulas; alimentação; uso correto das medicações; atividade física; riscos e complicações; podendo ser vislumbrados em seus relatos, apresentados a seguir.

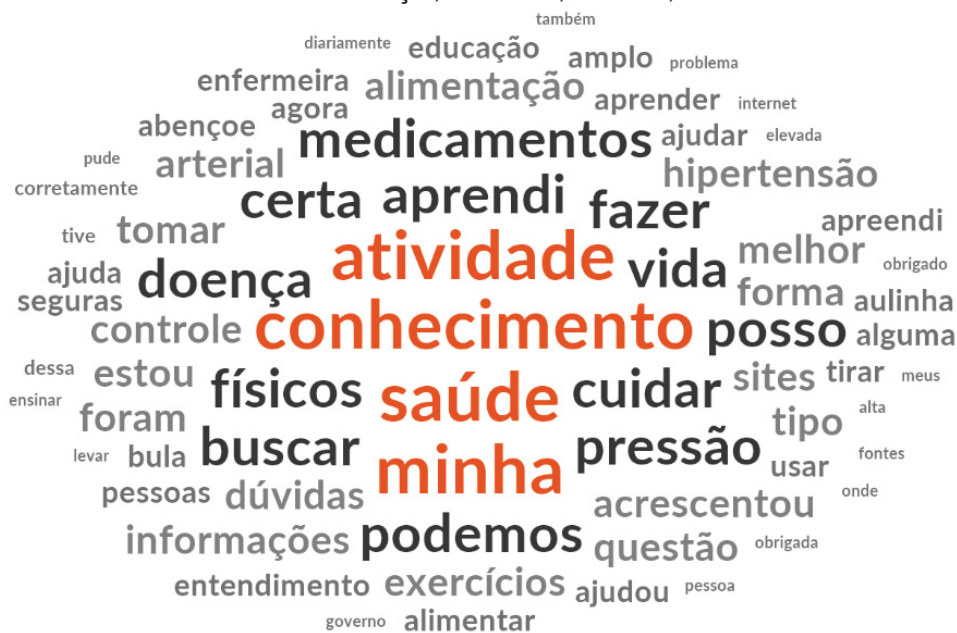
Bom, eu me senti mais confiante no que eu estou consumindo, porque eu sei a importância que eles fazem. Antes eu não sabia, agora sei o que acontece se eu não tomar! [...] nunca acreditei que eu ia ter essa experiência com as bulas dos medicamentos como eu estou tendo! Muito obrigada por fazer parte, ou melhor, nos ajudar, a ensinar mais. Eu amo as aulas que a senhora tem conosco (ES1_PPL_2).

Me abriu o olho com relação à qualidade de vida, por exemplo. Estava morrendo pela boca e não sabia! Aprendi também a importância dos exercícios físicos para nossa saúde. Agora, com essa atividade, eu entendi que preciso tomar meus remédios corretamente, aprendi a controlar minha alimentação! Antes dessa aulinha eu não sabia nada, nem que existia hipertensão, mas no decorrer da aulinha já emagreci uns quilos, estou fazendo exercícios e vou repassar esses cuidados que devemos ter, aprendi até uns sites na internet para buscar se tiver dúvidas (ES1_PPL_8).

Esta atividade foi muito boa, pois aprendemos a procurar e tirar qualquer tipo de dúvidas, pois a internet é uma fonte muito cheia de informações, pois também tem seus meios corretos de pesquisar, em fontes seguras. E, isso foi muito bom de aprender! (ES1_PPL_23).

As palavras mais frequentes foram: “conhecimento”, “saúde”, “atividade”, “minha”, circundados pelos termos: “aprendi”, “medicamento”, “cuidar”, “físicos”, “doença”, “pressão”, “vida”, “buscar”, “certa”, “fazer”, dentre outros, conforme apresentado na Figura 43.

Figura 43 – NUVEM DE PALAVRAS MAIS FREQUENTES NAS IMPRESSÕES DA III INTERVENÇÃO - EDUCAÇÃO EM SAÚDE NVIVO®, FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

7.4.2.4 IV. Análise geral da intervenção

Foram recebidos 30 formulários na devolutiva das PPL, o que representou na codificação 51,9% do *corpus* total, explicitando que a intervenção de enfermagem realizada durante os seis meses, com atividades de educação em saúde, em grupos e individual, foram positivas para tal população no aumento do conhecimento sobre sua saúde e doença e para o manejo da HAS. Ainda mais, as PPL participantes apontaram para a necessidade de continuidade e expansão do projeto e o fato de agora sentirem-se mais seguros na busca de informações e para auxiliar outras pessoas, o que é apresentado nas falas a seguir.

[Considerarei a intervenção] Boa! Gostei! Independente se aprendi em uma unidade prisional, mas foi importante, igual já citei no outro texto: antes dessa aulinha, eu não entendia nada sobre hipertensão! Esses seis meses consegui pegar uma visão ampla, e para mim foi bom, pois estou fazendo atividade, me controlando na alimentação e tomando remédios corretamente. Eu vejo assim: que mais pessoas devem ter chances de participar e aprender sobre a hipertensão. (ES1_PPL_8).

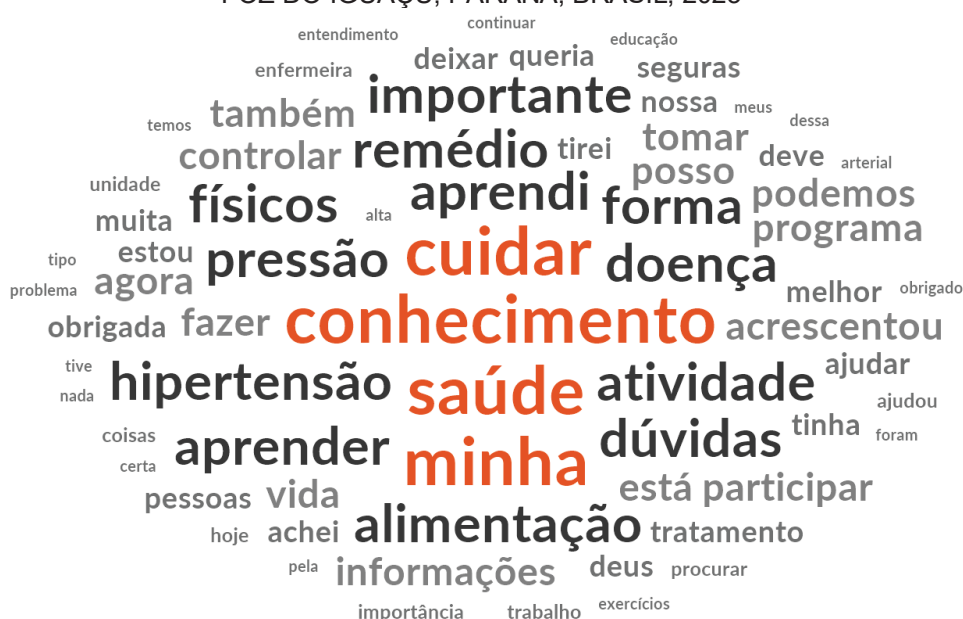
Foi muito bom participar deste programa! Ele me fez aprender muito, como eu posso saber mais sobre a hipertensão, me ensinou até procurar pela internet, como acessar a internet e procurar site seguro para mim saber mais sobre a hipertensão, e até sobre outras doenças! Me ensinou a ler a bula dos

remédios, dos folhetos. Agora eu tenho entendimento como posso tirar minhas dúvidas. Depois que eu comecei a participar do programa, que fui saber a importância de tomar o remédio certo, até mesmo, eu tomava o remédio quando eu estava com o sintoma. Também falamos sobre a atividade física, sobre os alimentos mais saudáveis. Então, hoje eu sei o quanto é importante eu levar a sério meu tratamento, para mim ter uma vida melhor e mais longa e, hoje, eu sei também como instruir uma pessoa, como ele pode procurar e achar todas as suas dúvidas sobre a hipertensão. Valeu muito a pena participar desse programa que foi implantando na unidade. Pra mim foi de muita importância! Vou levar pra minha vida! Tenho que agradecer muito a enfermeira! Muito obrigada! (ES1_PPL_9).

Para mim, a participação neste programa foi muito importante: aprendi cuidar da minha própria saúde na unidade penal! Foi muito importante, pois obtive muitas informações sobre intervenção em hipertensão arterial. Nos respondendo todas as perguntas e tirando todas as dúvidas e nos ensinou onde buscar informações seguras, como se alimentarmos saudável, para não aumentar o risco da doença se agravar e sempre manter estável, e ter uma vida tranquila sem complicação, já que a doença é crônica, ou seja, para a vida toda. Obrigada por este acompanhamento e pela atenção a esta unidade penal, não só para mim, mas para todos os internos que se encontra aqui! (ES1_PPL_20).

As palavras mais frequentes nas entrevistas foram: “conhecimento”, “saúde”, “cuidar” e “minha”, os quais estão circundados pelos vocábulos: “aprendi”, “atividade”, “doença”, “pressão”, “HAS”, “forma”, “remédio”, “dúvidas”, “alimentação”, “aprender”, “físicos”, entre outras. Destarte, apresentam-se os termos na Figura 44.

Figura 44 – NUVEM DE PALAVRAS MAIS FREQUENTES NOS RELATOS DAS PPL COM HAS NA ANÁLISE GERAL DA INTERVENÇÃO – EDUCAÇÃO EM SAÚDE NVIVO®. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023



FONTE: A autora (2023).

7.4.3 Intervenção de enfermagem com PPL com HAS: resultados incorporados

A incorporação dos dados explicitou o método quantitativo como o principal e obteve seus resultados apoiados pelo método qualitativo (QUAN → qual); a mixagem dos dados é requisito da pesquisa de métodos mistos, na busca por extrair novos *insights* e, para além das informações alcançadas com os resultados quantitativos e qualitativos em separado, pode acontecer por meio de *joint display* (CRESWELL, 2010); o que, nesta pesquisa, aconteceu por meio de quadro que exibirá conjuntamente dados quantitativos e qualitativos. As percepções das PPL sobre sua saúde e doença e o manejo com esta serão incorporados aos escores das escalas empregadas, portanto.

Os níveis de SOC forte, que foram a maioria nesta pesquisa, e de SOC moderado ou fraco, podem ser apreendidos nos relatos dos participantes sobre sua vida e perspectiva de futuro. Os valores, contudo, têm uma amplitude elevada, que se alinham aos relatos – nos quais, para um participante em específico, as expectativas eram muito negativas; entretanto, à maioria eram positivas. Assim, apesar da doença e da prisão, as PPL explicitaram tanto quantitativa quanto qualitativamente a busca pela manutenção de sua vida e saúde. Ainda que não sejam explícitas de forma numérica, seus relatos permitem inferir que as intervenções foram positivas para as PPL.

A predominância de SOC forte corrobora com os achados qualitativos desta pesquisa, na medida em que as PPL relataram, na categoria “Fatores que auxiliam a saúde”, possuírem GRRs que os auxiliam na manutenção da saúde e da vida na prisão, relacionando-se ao cuidado pessoal, ao grupo social e ao ambiente. Contudo, os relatos das PPL explicitam as ausências ou GRDs associados ao ambiente prisional, suas rotinas e serviços, ao grupo social e autocuidado.

Quanto à LS, os níveis iniciais, (T0) apesar de satisfatórios, demonstraram que algumas PPL não pontuaram nos quatro componentes: EIS, BIS, IS e CCS, evidenciando nos relatos a ausência de informações prévias e de como buscá-las de modo eficaz. No contexto pós-intervenção (T2), observou-se elevação numérica no HLAT geral e em todos os seus componentes, situação reforçada pelos relatos relativo à busca de informações, fontes seguras e ao processo de auxílio a outras pessoas.

A subcategoria “Fontes de informação em saúde” demonstrou que as PPL possuíam poucas fontes de informações na unidade penal; asseverando que alguns

participantes relataram não possuir acesso à informação ou as conseguir raramente, o que pode ser correlacionado às pontuações baixas apresentadas no HLAT por algumas PPL.

Já o HK-LS entre os T0 e T2, obteve melhora expressiva nos níveis (mínimo, máximo e média) geral e em todos os seus componentes, expressos pelos relatos qualitativos: ao expor a melhora na compreensão do conceito da HAS, do tratamento medicamentoso e não medicamentoso e das complicações. No T0, n= 14 PPL (%) apresentaram escores menores ou iguais a 50% no HK-LS geral; e n= 21 (%) não pontuaram na questão 1, que tratava da definição da HAS, expressando a dificuldade de compreensão da doença, apesar de obterem melhores pontuações nos itens relacionados ao tratamento e adesão medicamentosa.

As ações que foram expressas em pontuações na HK-LS podem ser apreendidas nos excertos de textos codificados na subcategoria “A busca pela manutenção da saúde na prisão”, na qual as PPL relataram executar ações para o controle da doença, correlacionadas à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Portanto, os Quadros 6 e 7 apresentam os dados quantitativos e sua sustentação qualitativa.

Quadro 6 – DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS INCORPORADOS.
FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023

Escalas	Quantitativo (média e desvio padrão)		Qualitativo
	Antes	Depois	
SOC			
Geral	141,4 (±21,8)	135,5 (±29,1)	<p>Eu fiquei muito feliz em aprender como cuidar da minha saúde [...] (PM_22).</p> <p>[...] Acrescentou para mim conhecimento sobre a doença e como ter uma vida saudável mesmo tendo uma doença crônica [...] (PM_25).</p>
Compreensão	43,2 (±11,4)	42,7 (±12,5)	<p>[...] eu sempre penso positivo [...] eu consegui progredir bastante na minha saúde, no meu fisicamente, fortaleci bastante a minha mente [...]. Hoje eu olho pro meu futuro, graças a Deus eu consigo ter uma expectativa [...] (PM_29).</p> <p>[...] Como eu a vejo a minha vida, hoje não está boa não. Eu vejo que está complicado, não tenho o controle de nada, a gente perde o controle de tudo [...] PM_35).</p> <p>[...] estou mudando aos poucos, eu vejo minha vida diferente, [...] melhor saúde, uma boa vida, uma vida contigo mesmo, porque não adiantar estar aí sorridente e por dentro estar triste [...] (PM_34).</p> <p>[...] não que eu fiz coisa errada, eu estava dando bastante atenção a minha família e depois já fui deixando minha família de lado novamente, então eu acredito que é Deus que me colocou de novo aqui, porque hoje quem está do meu lado mesmo é minha mulher e meus filhos. [...] De repensar, o que era prioridade na minha vida [...] (PM_33).</p> <p>[...] para mim foi muito bom, pois tive um tempo de interação com a enfermeira, pois nosso dia é sempre a mesma rotina, então é muito bom [...] (PM_29).</p> <p>[...] Bom, eu me senti mais confiante [...] (PM_2).</p>

Manuseio	51,5 (±7,7)	47,9 (±11,4)	<p>[...] Espero ter uma boa convivência com a família agora que sair. Ter uma vida estável, sair lá e conquistar tudo o que eu perdi. [...] sair e trabalhar até comprar uma casa e vida normal [...] (PM_36).</p> <p>[...] Eu não vejo nada assim de dificuldade quando eu sair, eu vou sair com mais um aprendizado que eu tinha. Serviu para pegar o melhor daqui para levar para usar lá fora depois [...] (PM_35).</p>	<p>Essa atividade, principalmente com o computador, primeiramente me acrescentou como um gesto de confiança para nós presos [...] (PM_26).</p> <p>Eu não tinha total ciência do meu problema em questão da minha pressão alta, com essas atividades eu pude me inteirar e ganhar conhecimento (PM_10).</p>
Significado	46,6 (±6,8)	44,9 (±8,9)	<p>Eu espero coisa boa do futuro né. Quero recomeçar [...] (PM_38)</p> <p>Eu penso que a minha vida acabou, que aqui acabou a minha vida. Eu estou achando que daqui eu não vou vivo para casa. [...] Sem expectativa nenhuma para o futuro. [...] (PM_37).</p>	<p>Acrescentou muitas informações que eu não sabia e foram muito importantes para a minha saúde e meu bem-estar (PM_7).</p> <p>[...] nunca eu acreditava que eu ia ter essa experiência com as bulas dos medicamentos como eu estou tendo [...] (PM_2).</p> <p>Me abriu o olho com relação a qualidade de vida [...] (PM_11).</p>
HLAT-8				
Geral	18,3 (±5,2)	22,1 (±5,3)	<p>Eu quando precisei de informação aqui só pedindo atendimento [...] (PM_36).</p> <p>Quando precisa se informar a gente dá o nome para o pessoal que trabalha na faxina que passa para a enfermaria. Vai para o atendimento (PM_33).</p>	<p>Mais conhecimento e como buscar informação mais segura e como usar o remédio lendo a bula e conhecendo os efeitos colaterais que muitos causam (PM_14).</p>

Entendimento das informações em saúde	6 (±3,1)	7 (±2,7)	<p>[...] Eu mesmo não tenho nenhuma informação [...] (PM_38).</p> <p>[...] Não tenho, como se diz, como me informar sobre isso. Não consigo. Seria, eu teria que me informar sobre, teria que ter mais, como se diz, eu não tenho acesso a televisão, rádio [...] (PM_19).</p> <p>Na verdade, nas unidades é raro atendimento de saúde né. Tem pouca informação (PM_32).</p>	<p>[...] eu acreditava que eu ia ter essa experiência com as bulas dos medicamentos como eu estou tendo, muito obrigada por fazer parte ou melhor nos ajudar a ensinar mais [...] (PM_2).</p> <p>Foi muito bom participar deste programa ele me fez aprender muito, como eu posso saber mais sobre a hipertensão, me ensinou até procurar pela internet, como acessar a internet e procurar site seguro para mim saber mais sobre a hipertensão e até sobre outras doenças, me ensinou a ler a bula dos remédios, dos folhetos, agora eu tenho entendimento como posso tirar minhas dúvidas (PM_12).</p>
Busca de informações em saúde	3,4 (±1,3)	6,9 (±1,6)	<p>[...] Eu quando precisei de informação aqui só pedindo atendimento médico mesmo. Não tem outra forma (PM_36).</p> <p>[...] me informo pela televisão (PM_32).</p> <p>[...] Não tenho para quem perguntar (PM_3).</p>	<p>Nos respondendo todas as perguntas e tirando todas as dúvidas e nos ensinou onde buscar informações seguras como se alimentar saudável, para não aumentar o risco da doença se agravar, e sempre manter estável e ter uma vida tranquila sem complicação já que a doença é crônica, ou seja, para a vida toda [...] e onde buscar qualquer tipo de informação de qualquer tipo de doença em fontes seguras por exemplo site do ministério da saúde (PM_25).</p> <p>[...] aprendi onde corretamente posso tirar as minhas dúvidas e como me prevenir para a doença não avançar [...] (PM_27).</p>

<p>Interatividade em saúde</p>	<p>5,2 (±3,13)</p>	<p>6,5 (2,7±)</p>	<p>[...] Para me informar pede para os agentes. Os companheiros das celas também ajudam [...] (PM_31). [...] ali não tem ninguém assim que tem essas informações que pode estar te fornecendo [...] (PM_1).</p>	<p>Achei interessante participar até para aprender mais sobre minha saúde até mesmo para poder ajudar alguém que precise (PM_33). [...] hoje eu sei também como instruir uma pessoa como ele pode procurar e achar todas as suas dúvidas sobre a hipertensão valeu muito a pena participar desse programa que foi implantando na unidade pra mim foi de muita importância vou levar pra minha vida [...] (PM_12).</p>
<p>Conhecimento crítico em saúde</p>	<p>4,7 (±2,6)</p>	<p>7 (2,4±)</p>	<p>[...] Tem que vir pra enfermaria. Não tem outros (PM_37). [...] eu procuro sempre buscar em livros [...] (PM_34).</p>	<p>[...] embora eu já tivesse um certo conhecimento na questão de sites seguros na internet eu pude reforçar alguns pontos [...] (PM_1). Foi de muita importância para mim, pois no meu caso eu não tinha conhecimento sobre a bula, de informação segura sobre a saúde, em especial, a hipertensão arterial na internet (PM_6). Esta atividade foi muito boa pois aprendemos a procurar e tirar qualquer tipo de dúvidas pois a internet é uma fonte muito cheia de informações, pois também tem seus meios corretos de pesquisar, em fontes seguras e isso foi muito bom de aprender (PM_28)</p>

HK-LS

<p>[...] com essa atividade eu entendi que preciso tomar meus remédios corretamente, aprendi a controlar minha alimentação, antes dessa aulinha eu não sabia nada, nem que existia hipertensão, mas no decorrer da aulinha já emagreci uns quilos, estou fazendo exercícios e vou repassar esses cuidados que devemos ter, aprendi até uns sites na internet para buscar se tiver dúvidas (PM_11).</p>	<p>Antes dessa atividade de educação em saúde que a enfermeira trouxe para ensinar para nós eu não tinha entendimento nenhum [...] para mim foi bom pois não sabia nada sobre o problema [...] (PM_12).</p> <p>[...] Até então eu tinha os problemas, o tipo problema, de tontura que eu já tinha pressão alta, mas não sabia (PM_17).</p>	<p>20,4 ($\pm 1,3$)</p>	<p>15,2 ($\pm 3,3$)</p>	<p>Geral</p>	<p>Bom, me fez entender primeiro o que é a pressão arterial elevada, os riscos à saúde se não controlada, por meio deste ensino aprendi as melhores formas de manter meus hábitos saudáveis, diminuir medidas e peso, atividade física, com dieta diária me ajudou a melhorar meu dia-a-dia, então para mim os ganhos ao longo desses seis meses foram impagáveis, me reeduquei, mudei hábitos e estou grato ao programa e em especial a enfermeira que disponibilizou seu tempo para este cuidado com minha pessoa (PM_29).</p>	<p>[...] tive a oportunidade de esclarecer algumas dúvidas sobre a pressão diastólica elevada [...] (PM_1).</p>	<p>[...] eu nem sabia que tinha pressão alta e agora estou ciente do que ela pode me causar, e achei muito legal esse trabalho aprendi tudo sobre a doença e se não fosse esse trabalho eu nem saberia dessa doença (PM_31).</p>	<p>1,5 (0,8\pm)</p>	<p>0,53 ($\pm 0,8$)</p>	<p>[...] falar bem a verdade eu nunca entendi nada sobre a pressão e agora eu tirei todas as minhas dúvidas (PM_24).</p>	<p>[...] falar bem a verdade eu nunca entendi nada sobre a pressão e agora eu tirei todas as minhas dúvidas (PM_24).</p>	<p>1,5 (0,8\pm)</p>	<p>0,53 ($\pm 0,8$)</p>	<p>Definição</p>
--	--	------------------------------------	------------------------------------	--------------	--	---	--	----------------------------------	------------------------------------	--	--	----------------------------------	------------------------------------	------------------

Tratamento Médico	3,3 (±0,7)	3,9 (0,3±)	<p>Trouxe muitas informações que eu não fazia ideia, sobre alimentos, quantidade de alimentos, tipos e alguns transtornos que os remédios podem causar (PM_1).</p> <p>[...] quando estava em liberdade não dava muita atenção aos cuidados adequados para o bem-estar da minha saúde (PM_18).</p>	<p>Achei maravilhoso participar deste programa, pois além de aprender muito sobre hipertensão, os prós e os contras, ensinou o que devemos evitar, as facilidades do tratamento (PM_26).</p> <p>[...] graças a esse projeto consegui aprender como controlar minha pressão e como cuidar melhor de minha saúde (PM_28).</p>
Adesão Medicamentosa	3,1 (±0,9)	3,9 (0,3±)	<p>[...] eu tinha dúvida sobre medicação e alimentação (PM_8).</p> <p>[...] para manter minha saúde eu tomo meus remédios certos [...] (PM_2).</p>	<p>Me fez aprender que o remédio deve ser tomado diariamente, mas não podemos deixar de fazer exercício físico ou seja foi bom para mim [...] (PM_2).</p> <p>Depois que eu comecei a participar do programa que fui saber a importância de tomar o remédio certo, até mesmo eu tomava o remédio quando eu estava com o sintoma, também falamos sobre a atividade física, sobre os alimentos mais saudáveis, então hoje eu sei o quanto é importante eu levar a sério meu tratamento, pra mim ter uma vida melhor e mais longa [...] (PM_12).</p>
Estilo de Vida	3,8 (±1,4)	4,8 (0,4±)	<p>[...] basicamente até o momento, na prisão, como eu te disse antes, nada, porque não estou fazendo exercícios, agora que comecei a cuidar da alimentação [...] (PM_1).</p> <p>[...] Procurando comer uma alimentação certa e procurando fazer exercícios [...] (PM_34).</p>	<p>Minha participação sobre este programa de saúde foi ótima peguei alguns conhecimentos que não sabia, consegui perder peso, controlei minha pressão (PM_38).</p> <p>[...] antes dessa aulinha eu não entendia nada sobre hipertensão, aí esses seis meses consegui pegar uma visão ampla, e para mim foi bom pois estou fazendo atividade, me controlando na alimentação e tomando remédios corretamente [...] (PM_11).</p>

Dieta	0,9 (±0,9)	1,9 (0,5±)	<p>[...] antes não sabia em relação a alimentação saudável [...] (PM_17).</p> <p>[...] evito comer bastante, que eu tenho a tendência de engordar muito rápido [...] (PM_30).</p>	<p>[...] aprendi muito sobre a importância da alimentação balanceada e a prática de exercício físico no controle da hipertensão [...] (PM_1).</p> <p>Senti que este programa só me trouxe benefícios pois aprendi me alimentar de maneira correta e mudar meus hábitos e fazer atividades físicas, pois assim perdi peso e consegui controlar minha pressão com o remédio e atividades físicas (PM_7).</p> <p>[...] Antes eu só sabia que tinha pressão alta, hoje sei o que ela causa e como eu posso tratá-la e até observar os efeitos [...] (PM_10).</p>
Complicações	3,6 (±1,0)	4,6 (0,6±)	<p>[...] eu a hora que eu tiver com uma pressão alta ou problema no coração, se não me tirarem, eu vou, eu posso morrer lá dentro [...] (PM_17).</p> <p>[...] a hipertensão minha está bem controlada assim, não estou sentindo, tem vezes aí quando eu alimento com um pouquinho a mais de sal, quando está calor parece que minha pressão sobe um pouquinho, mas não estou sentindo nenhum fato que eu digo há vou buscar uma informação [...] (PM_32).</p>	<p>[...] Para mim foi muito bom ter essa atividade de saúde, aprendi como lidar e como cuidar da minha saúde, até mesmo antes de eu ter essas atividades dentro da unidade com a enfermeira eu mesmo nem sabia o que era hipertensão, muito menos o que a hipertensão causava no meu organismo no meu corpo o que a hipertensão gerava que até a morte ele pode levar [...] (PM_12).</p> <p>Bom com essas atividades de educação em saúde aprendi muito sobre hipertensão, [...] mesmo que com o meu problema de saúde, se for seguido da forma certa que posso evitar futuramente tenha perda da visão, múltipla falência dos rins, derrame, acidente vascular cerebral, prolongando mais minha vida, até mesmo usar esse conhecimento para instruir pessoas que não tem esse entendimento mais amplo do seu problema de saúde, sobre os cuidados com hipertensão [...] (PM_17).</p>

FONTE: A autora (2023).

Quadro 7 – RESULTADOS INCORPORADOS DE HABILIDADES DE SOC, LS E HK-LS E PERCEPÇÕES DAS PPL COM HAS. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2023.

SOC		
Categorias	Componentes do SOC Média e DP	Meta-inferências
<p>Saúde, bem-estar e qualidade de vida na prisão</p> <p>Esta categoria apresenta as percepções de saúde, bem-estar e qualidade de vida. Cujo conceito prioritário relacionou-se a saúde física.</p>	<p>Geral 135,5 (±29,1)</p> <p>Compreensão 42,7 (±12,5)</p> <p>Manuseio 47,9 (±11,4)</p> <p>Significado 44,9 (±8,9)</p>	<p>Apesar de médias elevadas no SOC geral, algumas questões no componente compreensão – questão 8, 10 e 21 – participantes 8, 10 e 7 obtiveram pontuações mínimas, relacionadas ao passado/futuro e sentimentos, o que pode relacionar-se às percepções de vida, saúde e QV obtidas no âmbito prisional. 10 participantes obtiveram valores inferiores a 50% da pontuação no componente compreensão. Ainda que o conceito apreendido dos relatos seja aquele de ausência de doenças, alguns excertos trouxeram elementos como: o bem-estar, o relacionamento interpessoal, a liberdade e aspectos psicológico e social. Contudo, justificam baixos níveis em alguns domínios do SOC, visto que é um componente global de saúde e, portanto, pode-se inferir que a privação de liberdade e/ou a marginalização prévia podem afetar, em especial na compreensão da vida e saúde.</p> <p>Na mensuração do componente manuseio, as questões 6 e 9 obtiveram pontuações <2, para 14 e 15 participantes, respectivamente, relacionados ao suporte das pessoas e ao sentimento de ser injustiçado; e 1 participante pontuou menos de 50% no manuseio. Dentre as PPL com SOC alto, foram identificadas 50 referências de codificação de GRRs, em comparação a 39 com SOC moderado. Assim, são elementos que se justificam nos relatos qualitativos, nos quais as PPL conseguiram identificar GRRs no ambiente, nas pessoas e no cuidado pessoal que as auxiliam no processo de manutenção de saúde na prisão. Contudo, prevalecem os GRDs, ou seja, as ausências de GRRs. Quando se observam as médias gerais de SOC e seus componentes, se infere que as PPL têm utilizado os recursos à disposição; contudo, as limitações podem prejudicar o processo de cuidar de sua vida e saúde. Assim, o fortalecimento dos GRRs no contexto prisional é fundamental para o manejo da vida, saúde e doença crônica na prisão, os quais passam mudanças em rotinas institucionais, estrutura e na disponibilização de serviços de saúde, de acordo com as demandas.</p>
<p>GRRs e Déficits generalizados de resistência (GRDs)</p> <p>Este tema apresenta os recursos que auxiliam as PPL na manutenção da saúde e as ausências destes.</p>		

<p>(Des)esperanças com a vida e o futuro</p> <p>A categoria apresenta as esperanças e des (esperanças) das PPL com o viver e seus planos e projetos para o futuro.</p>		<p>No componente significado, os dados quantitativos explicitam maiores proporções de pontuações máximas (7) em todos as suas questões, a totalidade de participantes obteve níveis >50%, o que se alinha aos relatos qualitativos relacionados às esperanças com a vida e o futuro, os quais foram predominantes em detrimento das desesperanças. Inclusive, foi manifestada a percepção sobre a prisão como um processo de recuperação, reflexão e, ainda, que também proporciona sofrimentos. Contudo, para algumas PPL, a distância da família, as longas penas e as limitadas perspectivas de futuro lhes geram desesperanças, o que pode justificar as pontuações mínimas obtidas, ainda que em menor proporção (como, por exemplo, os escores obtidos por dois participantes de 97 e 103, respectivamente).</p>
<p>(Des)cuidados com a saúde</p> <p>Apresenta relatos das PPL de como cuidavam de sua saúde antes e após a prisão.</p>		<p>No componente manuseio, os dados quantitativos apontam para uma perspectiva de busca por compreender a vida positivamente e confiar nas pessoas (questão 13, 25 PPL pontuaram positivamente; e, na questão 23, foram 16 PPL). Previamente à prisão, a maioria dos participantes relataram não cuidar de sua saúde; já no contexto penal, relatam ações que têm executado, ainda que existam as limitações do contexto expresso nos GRDs. Assim, apesar de todas as dificuldades da vida pré e pós-prisão, as PPL, em sua maioria, têm buscado confiar nas pessoas, inclusive nos servidores do serviço penal, que foram relatadas como suportes; também buscam vislumbrar a vida e o futuro positivamente.</p>

HLAT	
Temas	Domínios do HLAT Média e DP
<p>Saúde, bem-estar e qualidade de vida na prisão</p> <p>Esta categoria apresenta as percepções de saúde, bem-estar e qualidade de vida. Cujo conceito prioritário relacionou-se a saúde física.</p>	<p>Geral 18,3 (±5,2)</p> <p>EIS 6 (±3,1)</p> <p>BIS 3,4 (±1,3)</p> <p>IS 5,2 (±3,13)</p> <p>CCS 4,7 (±2,6)</p>
	<p>Meta-inferências</p> <p>Nesta categoria, os participantes evidenciaram a percepção de saúde majoritariamente atrelada à ausência de doenças e prevenção, vinculada aos hábitos de vida (a cessação do uso de drogas, cigarro e bebidas alcóolicas, alimentação; atividades físicas), bem como aos atendimentos de saúde e exames, o que não repercutiu, necessariamente, em níveis elevados na média geral e/ou nos domínios do HLAT. Infere-se que, ainda que tenham informações (domínio 1,2), elas não foram suficientes para percepções mais críticas dos conceitos de saúde e QV (domínio 7, 8), o que limitou a busca de informações à equipe de saúde e exames (domínio 3, 4, 5, 6). Desse modo, ainda que as médias do HLAT tenham sido superiores a 50%, os participantes explicitam as lacunas no processo de alfabetização em saúde, visibilizando a necessidade de fortalecimento da LS, explicitados nos níveis de LS <50% em 17 PPL, das quais apenas 2 tinham escolaridade >12 anos. Assim, pode-se inferir que a escolaridade também tenha influenciado no processo de busca e compreensão das informações em saúde pelas PPL.</p> <p>Foram evidenciados GRRs relacionados ao ambiente, pessoas e autocuidado. A equipe de saúde, os demais funcionários do sistema penal, outras PPL e a família foram apresentados como fonte de informação em saúde e suportes na manutenção da saúde (domínio 5, 6); e, na busca de informações prioritariamente vinculada à equipe de saúde e demais funcionários do sistema penal (domínio 3, 4). Por mais que existam suportes, questiona-se se possuem possibilidades de informações adequadas, críticas e suficientes (domínios 1, 2, 7, 8), visto os índices apresentados pelas PPL. Houve predomínio dos GRDs em detrimento dos GRRs, o que pode explicitar os valores encontrados; nos relatos estão: a demora, a ausência de atendimento de saúde e a falta de autonomia para buscar o serviço e, sendo os profissionais de saúde a principal fonte de informação; o que pode justificar a média geral do HLAT e todos os seus domínios. As limitações geradas pelo ambiente prisional relatadas são explicitadas nos dados quantitativos (domínios 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8). Assim, é imprescindível refletir que, possivelmente, a prioridade das PPL, em tal contexto de vida, não se relacione com a forma de buscar informação/interagir, mas em</p>

		<p>sobreviver em ambiente insalubre, limitador de direitos básicos e fundamentais, como a liberdade de ir e vir, de fala, de opção alimentar, dentre outros.</p>
<p>(Des)esperanças com a vida e o futuro</p> <p>A categoria apresenta as esperanças e des (esperanças) das PPL com o viver e seus planos e projetos para o futuro.</p>		<p>Em sua maioria, os relatos das PPL demonstram desejo de manter uma vida mais tranquila, viver de forma saudável e manter-se em cessação do uso de drogas. Assim, apesar do desejo pela busca de um uma vida mais saudável, não necessariamente se fundamenta nos valores expressos nos domínios do HLAT: pode-se inferir que, ainda que exista o desejo, tais PPL podem não possuir LS suficiente para que tais desejos sejam efetivados. Dentre as PPL que se descreveram não esperançosas com a vida, estão as que convivem com o abandono/ausência dos familiares.</p>
<p>(Des)cuidados com a saúde</p> <p>Apresenta relatos das PPL de como cuidavam de sua saúde antes e após a prisão.</p>		<p>Os relatos de cuidados com a saúde previamente à prisão das PPL alinham-se aos níveis de LS (domínios 1, 2, 7, 8) encontrados quanto às ausências de cuidados, a não preocupação, o uso de drogas, bebida alcoólica e fumo/tabagismo e a inatividade física. Ainda que tenham informações, são conhecimentos limitados e não resultaram em ações efetivas no período anterior à prisão. Já no contexto da prisão, são relatados cuidados como: a tomada das medicações conforme indicado; os cuidados com a dieta; as atividades físicas; os atendimentos com os profissionais de saúde; o estímulo da ingestão de água; a restrição de alimentos com muito sal; sono adequado; o controle do estresse e da ansiedade; e a leitura – todos como ações que são implementadas, o que corrobora com os domínios 1, 2. No que se refere aos meios de informar-se no âmbito prisional, foram relatados: o ambulatório da unidade penal e/ou os atendimentos de saúde; o rádio e a televisão. Contudo, explicita que alguns não têm acesso à informação, ou as possuem raramente, elementos que fundamentam todos os domínios e o geral. Dentre as PPL que pontuaram acima de 50% (27), foram codificadas 20 referências a fontes de informações; já entre as que pontuaram <50% (11), foram codificadas 7 fontes.</p>

HK-LS		
Temas	Domínios do HK-LS Média e DP	Meta-inferências
<p>Saúde, bem-estar e QV na prisão</p> <p>Esta categoria apresenta as percepções de saúde, bem-estar e qualidade de vida. Cujo conceito prioritário relacionou-se a saúde física.</p>	<p>Geral 15,2 (±3,3)</p> <p>Definição 0,53 (±0,8)</p> <p>Tratamento Médico 3,3 (±0,7)</p> <p>Adesão Medicamentosa 3,1 (±0,9)</p> <p>Estilo de Vida 3,8 (±1,4)</p> <p>Dieta 0,9 (±0,9)</p> <p>Complicações 3,6 (±1,0)</p>	<p>As PPL relataram, nesta categoria, a saúde vinculada aos cuidados com a alimentação (domínio dieta); aos hábitos de vida (domínio estilo de vida); a tomada correta da medicação (adesão medicamentosa); cessação do uso de cigarro/álcool/drogas, atendimento de saúde e exames (domínios tratamento médico). As limitações do ambiente penal podem ser definidoras quanto ao manejo da HAS na prisão, visto que a autonomia não garantida às PPL também limitam sua busca pelo tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Os dados quantitativos demonstram que as PPL com HAS, em média, conhecem as ações para tratamento da HAS, ainda que os valores possam ser melhorados, especialmente quanto ao conceito da HAS, o domínio definição obteve os menores valores (21 participantes não pontuaram), a dieta (12 PPL não pontuaram) e complicações que pouco foram mencionados nos relatos. Contudo, a situação não necessariamente se expressa em resultados alcançados, visto que o excesso de peso foi prevalente e PA fora do normal também foram encontradas na avaliação de saúde.</p> <p>A presença de GRRs no contexto prisional, tais como o suporte da equipe de saúde, funcionários do sistema penal, companheiros de cubículo, família; ambientais, como possibilidade de realizar atividade física e cuidados com a dieta, e cuidado pessoais, ainda que limitados; todos podem justificar os índices encontrados no HK-LS, mesmo que não seja a totalidade de PPL que os tenham em valores elevados – a maioria superou o percentual de 50%, do que se pressupõe que, em alguma medida, tais recursos vem sendo utilizados pelas PPL. Contudo, especialmente relacionada à demora para o atendimento de saúde, as ausências/GRRs, se sanados, poderiam contribuir no processo de gerenciamento da doença crônica pelas PPL.</p> <p>Apesar das esperanças predominarem sobre as desesperanças, o sofrimento na prisão e a falta de perspectivas parecem ser limitadores ao gerir a doença crônica, na medida em que a motivação para o viver se limita. As PPL que mantêm esperanças demonstraram que, apesar da prisão, se sentem bem e</p>
<p>GRRs e Déficits generalizados de resistência (GRDs)</p> <p>Este tema apresenta os recursos que auxiliam as PPL na manutenção da saúde e as ausências destes.</p> <p>(Des)esperanças com a vida e o futuro</p> <p>A categoria apresenta as esperanças e des (esperanças) das PPL com o viver e seus planos e projetos para o futuro.</p>		

		<p>saudáveis e, em alguma medida, a prisão lhes auxiliou na cessação de drogas/cigarro, dieta (domínio estilo de vida, dieta, adesão medicamentosa).</p> <p>Os relatos prioritários de não cuidados com a saúde prévios à prisão, uso de substâncias de modo abusivo e hábitos de vida (n= 21 ou 55,3%); e de busca por ações na prisão, como: atividades físicas; cuidados com a dieta; tomada das medicações conforme indicações; permitem apreender que, por mais que o contexto prisional ofereça poucos GRRs às PPL, em liberdade, muitas dessas pessoas parecem sofrer com marginalização ao acesso aos cuidados em saúde, ao passo em que não mantinham os cuidados de saúde e/ou sequer possuíam diagnósticos da HAS. Para tanto, os domínios tratamento médico, dieta, adesão medicamentosa e estilo de vida estão presentes nos relatos, ainda que seus níveis possam ser melhorados.</p>
<p>FONTE: A autora (2023).</p>		

(Des)cuidados com a saúde

Apresenta relatos das PPL de como cuidavam de sua saúde antes e após a prisão.

8 DISCUSSÃO

A discussão dos resultados será apresentada de acordo com as fases dos resultados, são elas: Fase 1 – pesquisa quantitativa; Fase 2 – pesquisa qualitativa e quantitativa; Fase 3 – intervenção.

8.1 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: FASE 1 – PESQUISA QUANTITATIVA

Neste subcapítulo é realizada a discussão das etapas da Fase 1, sobre a pesquisa quantitativa, são eles: primeira etapa, que discute os dados sociodemográficos, hábitos de vida e condições de saúde das PPL; e segunda etapa, o SOC correlacionado com os dados da primeira etapa.

8.1.1 Caracterização da população do estudo: condições de saúde das PPL

A caracterização sociodemográfica das PPL desta pesquisa não apresentou discrepância em relação aos resultados identificados em outras investigações. A média de idade foi de 32,2 anos e assemelha-se ao estudo realizado nos EUA com 1997 homens presos, cuja média foi de 33,5 anos (FREEMAN, *et al.*, 2017) e a etíope com média de 28,1 anos (RETA *et al.*, 2020). A população encarcerada era predominantemente masculina e jovem, alinhando-se ao estudo realizado no Chile, com 141 PPL (OSSES-PAREDES; RIQUELME-PEREIRA, 2013), e outro da Paraíba, Brasil, cujas 35 PPL possuíam idades entre 25 a 30 anos (42,9%) (DOURADO; ALVES, 2019); assim como apresentaram-se os dados do contexto prisional nacional brasileiro, nos quais $n = 625.589$ (95,6%) são homens e $n = 549.951$ (84%) tem entre 18 a 45 anos (SISDEPEN, 2022).

Assim, corroborando com estudos no contexto brasileiro, como o realizado com 151 mulheres encarceradas em Alagoas, no qual 58,2% tinham entre 18 e 29 anos e cujo número de pessoas com mais de 60 anos chegou a 2% (MEDEIROS *et al.*, 2021), e com estudo executado no Maranhão, cuja faixa etária predominante foi de 26 a 35 anos (OLIVEIRA *et al.*, 2016), em consonância aos dados do INFOPEN (2016). Apesar da dominância de pessoas do sexo masculino nas prisões, pondera-se que a proporção de mulheres presas tem aumentado consideravelmente: entre 1980 e 2015 o número de mulheres presas aumentou 700% (WANG *et al.*, 2019).

Em relação ao estado civil, nesta pesquisa, houve a predominância de solteiros, tal como em outros estudos realizados com mulheres em Alagoas, Brasil (MEDEIROS *et al.*, 2021), e homens no Maranhão, Brasil, em situação de privação de liberdade (OLIVEIRA *et al.*, 2016). O mesmo alinhamento ocorre, também, com estudo etíope que encontrou 59,2% de participantes solteiros (RETA *et al.*, 2020). Ressalta-se que o predomínio do estado civil solteiro pode estar relacionado à faixa etária encontrada na pesquisa, visto que as pessoas têm apresentado tendência de casar-se menos e cada vez mais tarde (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2020).

A baixa escolaridade, inferior aos nove anos de estudo, apresentada nesta pesquisa, evidencia-se acima dos 51%, similar ao estudo com mulheres encarceradas em Alagoas. Ademais, ao analisar apenas as mulheres desta pesquisa, os índices se assemelham aos apresentados pelos autores, e em estudo com 122 PPL no Maranhão, no qual 73% possuíam o ensino fundamental incompleto. O estudo realizado com mulheres no estado de São Paulo, o nível de escolaridade foi ainda menor, pois 61,3% possuíam menos que três anos de estudo. (MEDEIROS *et al.*, 2021; OLIVEIRA *et al.*, 2016; AUDI *et al.*, 2016).

O percentil de escolaridade encontrado no estudo estadunidense, com 1997 PPL do sexo masculino, apresenta que n= 667 (33,4%) não possuíam diploma equivalente ao ensino médio, demonstrando maiores níveis de escolaridade. Já os resultados encontrados nesta pesquisa apontam que 78,5% não concluíram o ensino médio e 55,8% sequer concluíram o ensino fundamental para ambos os sexos, o que se equipara ao estudo realizado na Etiópia, que encontrou 57,4% de PPL que frequentaram apenas o equivalente ao ensino fundamental (FREEMAN *et al.*, 2017; RETA *et al.*, 2020). Destaca-se, então, que os níveis de escolaridade dos países desenvolvidos são superiores aos dos países em desenvolvimento, refletindo, também, na população carcerária, elemento que restringe o conhecimento e a participação da população na sociedade (NAGASAKI, 2021).

Ainda, assevera-se que as PPL exerciam profissões que não exigiam qualificação profissional, majoritariamente; resultando, portanto, em baixa remuneração e diminuto nível educacional. Sendo assim, tais dados corroboram com os resultados de estudo com mulheres encarceradas em Alagoas, que encontrou baixa qualificação profissional, remuneração e nível educacional (MEDEIROS *et al.*, 2021). Já o estudo realizado com 35 PPL da Paraíba, também no Brasil, igualmente

evidenciou que tiveram pouco acesso à educação e formação profissional, resultando em atividades laborais exercidas dentro da informalidade e em carreiras pouco estáveis (DOURADO; ALVES, 2019).

Outro achado relevante encontrado na presente pesquisa, foi referente à renda de 77,9 % das PPL ser inferior a dois salários-mínimos, o que difere da informação encontrada em estudo etíope, no qual 72,9% das PPL possuíam renda mensal inferior a 500 Ethiopian Birrs (ETB), cerca de 49 reais (RETA *et al.*, 2020).

Ressalta-se que o índice de desenvolvimento humano do Brasil é superior ao da Etiópia, o que dificulta a comparação entre ambos. Porém, é possível inferir que as rendas das PPL são baixas devido a ocuparem atividades de trabalho que são pouco remuneradas. A situação, então, demonstra a necessidade de investimentos em políticas públicas que permitam melhorias na distribuição de renda à população brasileira, maior acesso à educação e melhores oportunidades de trabalho, a fim de diminuir as desigualdades sociais do país. Ademais, pontua-se que as PPL, frequentemente, ingressam na criminalidade por não vislumbrarem outra possibilidade de garantia do sustento e de sua família, sendo que o crime se apresenta como uma solução rápida ao problema (MARCHI; GRANZA FILHO; DELLECAVE, 2018). A importância da inclusão das PPL em atividades laborais, evidenciado a partir de estudos na Coréia do Sul, por meio do projeto de horticultura com pessoas presas, repercutiu em diminuição da depressão, aumento da autoestima e satisfação com a vida (AUDI *et al.*, 2016; LEE *et al.*, 2021).

Em comparação, assevera-se a situação na qual a participação em atividades na unidade penal, encontrada em estudo paulista com mulheres presas, demonstrou que 95,8% e 88,5%, respectivamente, não estudavam ou trabalhavam, em contraponto ao disposto nesta pesquisa, que obteve altas frequências de ocupação entre as pessoas do sexo feminino.

Ao comparar a autoavaliação do estado de saúde das PPL investigadas com a encontrada na comunidade, acerca das que avaliaram negativamente o próprio estado de saúde, 13,8% *versus* 4,8% (VIGITEL, 2022), respectivamente, PPL e comunidade, o percentil se mostrou muito superior ao da comunidade, contudo inferior ao encontrado em estudo de Aquino e colaboradores com 99 PPL de Minas Gerais, no Brasil, no qual a autoavaliação ruim da saúde foi de 31,3% (AQUINO *et al.*, 2022). Compreende-se, desse modo, que a autoavaliação negativa da saúde pelas PPL pode

atrelar-se ao próprio ambiente prisional, ao acesso e à qualidade, limitados, dos serviços de saúde.

Em estudo realizado com 199 PPL nos EUA, a maioria considerou seu estado geral de saúde como bom (34,9%) e regular (29,2%), o que corrobora com os achados da presente pesquisa. Enfatiza-se, contudo, que as prisões abrigam pessoas, em maioria, marginalizadas socialmente, com problemas de saúde (doenças crônicas não tratadas e doenças mentais) e estilos de vida de risco, que comportam consumo elevado de drogas ilícitas e álcool; asseverado pelo contexto de ambiente prisional superlotado, insalubre e violento nos quais estão inseridas as PPL (VIGITEL, 2019; TROTTER *et al.*, 2018; BAYBUTT; CHEMLAL, 2015). Ressalta-se, assim, a visão salutogênica, na qual apesar dos estressores, que às PPL são inúmeros, elas conseguem permanecer bem e saudáveis (ANTONOVSKY, 1979).

O relato de morbidade encontrado nesta pesquisa sobre a população prisional foi de 50%, percentil semelhante ao encontrado em estudo chileno com 141 PPL de ambos os sexos: de 45%. Contudo, entre as mulheres da presente pesquisa, o percentil foi de 73,3%, semelhante ao do encontrado em estudo com mulheres encarceradas em Minas Gerais, de 77,4%. Cabe pontuar que, por serem majoritariamente jovens, as PPL deveriam associar-se aos baixos índices de adoecimento (OSSES-PAREDES; RIQUELME-PEREIRA, 2013; AQUINO *et al.*, 2021). Entretanto, a marginalização das pessoas privadas de liberdade, tanto socioeconômicas, culturais e relativa ao dificultoso acesso aos serviços de saúde que ocorrem previamente à detenção – perdurando ao longo da prisão – podem ser determinantes para o adoecimento.

Em consonância aos achados desta pesquisa, um estudo qualitativo realizado com oito mulheres em uma cadeia pública no estado do Ceará, no Brasil, identificou relatos de doenças cardiocirculatórias, respiratórias e queixas álgicas; mostrou, também, que os agravos surgiram ou se aumentaram após a prisão (ARAUJO *et al.*, 2020). Neste íterim, portanto, o contexto pode representar risco maior de adoecimento. Ainda mais, as PPL tendem a apresentar uma alta carga de doenças e saúde mais deteriorada que a população livre, sobretudo relacionada aos transtornos mentais, doenças crônicas não transmissíveis e infectocontagiosas (NOLAN; STEWART, 2017). Destaca-se a importância da equipe de saúde no ambiente prisional, bem como as atividades de educação em saúde, que tenham a finalidade de promover a saúde e prevenir o adoecimento das PPL, para que retornem à

liberdade com, ao menos, a saúde igual ao momento em que adentraram o ambiente prisional e, não acrescentem carga de doença nos serviços de saúde.

Cabe retomar que o perfil de saúde das PPL resulta também de déficits nas condições de vida anteriores ao regime de reclusão, expressos por determinantes sociais, como: pobreza, baixa escolaridade e abusos na primeira infância; bem como comportamentos de riscos: uso de drogas e álcool, tatuagens, agressão física – situações mais frequentes se comparadas àquelas sofridas por pessoas da comunidade geral, podendo ser potencializado por condições inadequadas na prisão, tais como superlotação, estrutura inadequada, confinamento, higiene inadequada; e a falta de cuidado quando admitidas em unidades penais (NOLAN; STEWART, 2017; PINHEIRO *et al.*, 2015). A vulnerabilidade social encontrada nas PPL indica a necessidade de investimentos em educação, emprego e renda nas comunidades das quais estas pessoas partem.

A principal causa de adoecimento encontrada nesta pesquisa relacionou-se ao sistema respiratório com percentil de 22,7%; diverge de estudo com 141 PPL no Chile que encontrou como doenças prevalentes os transtornos mentais (9,2%), doenças do sistema respiratório (7,8%), sistema circulatório (7,1%) e digestivo (5,7%) (OSSES-PAREDES; RIQUELME-PEREIRA, 2013). Salienta-se que as doenças respiratórias nesta pesquisa são do período da pandemia da Covid-19; no entanto, acredita-se que as síndromes respiratórias sejam predominantes no ambiente carcerário devido às condições de estrutura, como locais insalubres e aglomerações de pessoas, visto que as que prevaleceram nos relatos foram asma e rinite. Destaca-se que no espaço de cerca de 16 metros há, em média, de cinco a oito pessoas, o que torna o ambiente propício para disseminação de doenças respiratórias. Por isso, as campanhas de vacinação para Covid e Gripe são priorizadas para o grupo prisional no Brasil.

Em contraponto, em um estudo com mulheres presas no nordeste brasileiro foram encontrados altos percentis de infecções sexualmente transmissíveis (51,0%) e hipertensão arterial (46,9%), o que não corrobora com os dados da presente pesquisa. Ainda, em outro estudo, com 271 mulheres presas no Canadá, foram encontrados percentis que se aproximam dos resultados desta quanto às doenças respiratórias (22,7 *versus* 18%), e diferiram quanto às doenças infectocontagiosas (3,4% *versus* 19,0%) e do sistema musculoesquelético (4,6% *versus* 31,0%) (MEDEIROS *et al.*, 2021; NOLAN; STEWART, 2017).

No estudo realizado nos EUA com 900 pessoas presas também foram encontrados como doenças prevalentes, as respiratórias (34,1%), seguidas das cardiovasculares (17,4%) e sexualmente transmissíveis (DST; 16,1%); tal como nesta pesquisa, com baixa prevalência de infectocontagiosas, HIV (3,6%). Em contraponto, em outro estudo com 199 PPL nos EUA teve como condições autorreferidas com maior prevalência a hipertensão (35,9%); o colesterol alto (17,8%), a artrite (17,5%) e a asma (14,9%) (TROTTER *et al.*, 2018; BAI *et al.*, 2015). Cabe pontuar que pessoas com histórico de encarceramento, por serem prevalentemente populações em vulnerabilidade social, possuem alto risco cardiovascular, em especial relacionados ao tabagismo e HAS. A doença cardiovascular (DCV) se constitui de principal causa de morte entre PPL nos EUA, e os recém libertados têm maior risco de hospitalizações e morte por DCV, ambos comparados à população livre, mesmo quando computadas diferenças étnicas e socioeconômicas.

No entanto, é preciso ponderar que a triagem/avaliação inicial das PPL na entrada da prisão pode repercutir nos índices de adoecimento encontrados nessa população, uma vez que os dados da comunidade utilizados para comparação podem ser subestimados quando comparados ao contexto prisional (WANG *et al.*, 2017). Diante desse contexto, destaca-se a importância da consulta de enfermagem no momento da admissão da PPL – no que tange a avaliação da PPL quanto ao histórico de saúde, condições atuais de saúde e demandas de cuidado direcionadas às suas necessidades. Desse modo, é fundamental a construção e seguimento de um protocolo de cuidados na admissão da PPL na prisão, visando a prevenção, recuperação e promoção a saúde, tanto nas doenças crônicas infectocontagiosas quanto não contagiosas.

A HAS obteve índices de 24,4% em estudo com 1327 PPL do sexo feminino, o qual utilizou dados do Inquérito Nacional de Saúde na População Penitenciária Feminina e em Servidoras Prisionais (SILVA *et al.*, 2023), em detrimento ao percentual de 6,7% nesta pesquisa, sugere-se que esse percentil menor esteja vinculado à idade da população estudada, majoritariamente jovens.

Em estudo realizado no Rio de Janeiro, no Brasil, demonstrou que as PPL compreendiam que o acesso à medicações era deficiente, demandando que a família custeasse o tratamento, inclusive de medicações de uso contínuo (MINAYO; RIBEIRO, 2016); logo, a informação está alinhada aos achados desta pesquisa, os

quais divulgam que grande proporção das PPL (21%) referiram não ter acesso aos seus medicamentos, apesar da maioria recebê-los na unidade penal (64,3%).

A atividade física com prática de 150 minutos/semana de atividades moderadas ou 75 minutos/semana de atividades vigorosas ou mista (moderada/vigorosa) (AINSWORTH *et al.*, 2011) foi encontrada em 71,2% dos achados desta pesquisa, contudo ausente em 80% das mulheres, o que corrobora com dados da comunidade, homens 46,7% e mulheres 32,4% (VIGITEL, 2019). No caso das mulheres, assemelham-se aos dados de um estudo realizado com 99 mulheres encarceradas em Minas Gerais, com índices de 22,6% (AQUINO *et al.*, 2021). Silverman-Retana e colaboradores encontraram níveis mais altos de atividade física entre PPL mexicanas do sexo masculino do que na comunidade (SILVERMAN-RETANA *et al.*, 2018), alinhado aos resultados desta pesquisa.

Ao comparar os resultados encontrados na pesquisa com a comunidade, as PPL apresentaram prática superior de atividade física (71,2 *versus* 39,0%). Ressalta-se, então, a importância da prática de atividade física, uma vez que em estudo com 199 PPL no Arizona, nos EUA, encontrou índice de 61,3% de sobrepeso e obesidade. Enfatiza-se que o sedentarismo aliado ao excesso de peso são fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (AUDI *et al.*, 2016; TROTTER *et al.*, 2018). Salienta-se que a atividade física na prisão é uma oportunidade de se manter ocupado e gera bem-estar físico e mental às PPL.

O tabagismo, nesta pesquisa, obteve percentis menores do que o encontrado em outros estudos sobre contextos brasileiros, que apontaram percentis de fumantes de 80,6% de 99 mulheres encarceradas em Minas Gerais, (AQUINO *et al.*, 2021) e de 60,3% também com 151 pessoas do sexo feminino, em Alagoas (MEDEIROS *et al.*, 2021) e em São Paulo, com índices de 26,1% (AUDI *et al.*, 2016). Em contraponto aos dados da comunidade (9,8% *versus* 12,3%, respectivamente entre sexo masculino e feminino), a proporção verificada na presente investigação foi maior para PPL se comparadas às pessoas da comunidade livre (VIGITEL, 2019). Assim, as medidas de controle implementadas no Brasil nos últimos 20 anos que repercutiram em diminuição significativa da prevalência do tabagismo e de doenças relacionadas ao tabaco, não se efetiva dentro das instituições prisionais do país, ainda que a unidade pesquisada fosse ambiente teoricamente livre do tabaco.

O autorrelato de uso de cigarro nas prisões foi comparado com medidas de monóxido de carbono exalado (Eco) e cotidiana (metabólito da nicotina com meia

vida de 16 horas) em estudo realizado com 200 PPL do sexo masculino de Ohio, nos EUA, o qual evidenciou forte concordância entre os autorrelatos e biomarcadores, indicando que perguntar diretamente às pessoas presas pode ser um meio preciso de avaliar o uso de tabaco em prisões (KAUFFMAN *et al.*, 2010), situação que se considera extensiva às demais variáveis analisadas.

Brown e colaboradores (BROWN *et al.*, 2020) realizaram análise qualitativa a fim de compreender a percepção de 77 PPL escocesas sobre a implementação de política antifumo nas prisões; obtiveram relatos divergentes: em uma extremidade do *continuum* os participantes expressaram os pontos de vista negativos, são eles: política injusta ao restringir a liberdade de escolha de fumar, associada aos benefícios como prazer, relaxamento, alívio do estresse; e no outro extremo opiniões positivas relacionados aos potenciais benefícios à população prisional, uma vez que programas de tratamento e suporte para cessação do tabagismo estavam disponíveis na prisão, considerando também uma oportunidade para conseguir parar de fumar; outros, ainda, reconheciam os aspectos positivos e negativos da cessação do tabagismo.

A prisão onde a presente pesquisa foi realizada se constitui de unidade com política antifumo implementada. Contudo, é preciso ponderar o papel fundamental de programas que deem suporte ao processo. No contexto paranaense e brasileiro, não é geral a política antitabagista.

O uso de bebidas alcoólicas (44,4%) foi semelhante ao encontrado em estudo em Alagoas, no Brasil, bem como o de uso de drogas ilícitas anteriormente (41,7%) (MEDEIROS *et al.*, 2021); bem como foi correspondente ao estudo paulista com mulheres presas, que encontrou índices de 62,3% de uso prévio de drogas ilícitas (AUDI *et al.*, 2016); ainda mais, houve um estudo estadunidense que encontrou 77,5% de histórico de uso de drogas ilícitas (ROWELL-CUNSOLO *et al.*, 2016), que diverge do estudo realizado com 1977 homens presos nos EUA, no qual evidenciaram índices de 19,6% de uso de bebidas alcoólicas e 50,5% de uso de drogas ilícitas (FREEMAN *et al.*, 2017).

Estudo realizado nos EUA encontrou associação significativa ($p < 0,05$) entre uso de drogas e bebida alcoólica com saúde mental e física, no qual os ex-usuários apresentaram condições de saúde que diferiram muito dos não-usuários, sobretudo associados com Depressão e Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDHA) para os primeiros. Concluíram que abordagens com uso de terapia comportamental ou medicamentosa possuem potencial para melhorar a saúde

individual e coletiva, o que evidencia a necessidade de tratamento para uso de substâncias durante e após o encarceramento, a fim de promover saúde e auxiliar a reinserção social (FREEMAN *et al.*, 2017).

Assim, pontua-se que as unidades penais devem ser utilizadas como recursos para a oferta do serviço para coibir o uso de drogas (ROWELL-CUNSOLO *et al.*, 2016), tal como para a cessação do fumo, oferecendo medidas terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas, conforme necessidades individuais.

As unidades prisionais da região de tríplice fronteira parecem atuar como fator de proteção quanto ao consumo de álcool, cigarro e outras drogas, bem como no sentido de ofertar espaço para prática de atividade física; contudo, a alimentação balanceada poderia melhorar a QV destas pessoas. Portanto, são elementos que se assemelham aos dados de estudo com 141 PPL no Chile, quanto à proteção ao consumo de álcool, drogas e dificuldade quanto à alimentação, mas diferem sobre fatores que poderiam ser melhorados, como tabagismo e atividade física (OSSES-PAREDES; RIQUELME-PEREIRA, 2013). Já o estudo realizado com 3774 PPL em prisões na Cidade do México, no México, concluiu que a exposição ao ambiente prisional por tempo de encarceramento promovia comportamentos de risco para doenças relacionado à baixa qualidade de dieta e uso de cocaína (SILVERMAN-RETANA *et al.*, 2018).

Ainda mais, em um estudo realizado com 17 enfermeiros no Reino Unido foram identificados fatores que podem contribuir para obesidade e ganho de peso nas prisões, como o comportamento do preso com escolhas alimentares inadequadas e o sedentarismo. Outrossim, em revisão sistemática e meta-regressão, evidenciaram maior prevalência de fatores de risco cardiovasculares entre presos se comparados à população livre, encontrando aumento médio de 5,3 quilos durante o encarceramento, em especial logo após a entrada na prisão, com estabilização após dois anos (CHOUDHRY; ARMSTRONG; DREGAN, 2017; BONDOLFI *et al.*, 2020).

Nesta pesquisa, 72,7% das PPL dependem exclusivamente de alimentos fornecidos pela unidade penal, em contraponto ao estudo mexicano, no qual 48,3% das PPL recebiam alimentação extra dos visitantes e 38,3% compravam em lojas na unidade penal (SILVERMAN-RETANA *et al.*, 2018), o que explicita a relevância para as PPL desta pesquisa quanto à qualidade nutricional, visto que a maioria depende exclusivamente da prisão para alimentar-se.

Retoma-se que, na comunidade, 34,3% das pessoas consomem frutas e hortaliças e, 59,7% feijão em cinco ou mais dias da semana (VIGITEL, 2019); superior, portanto, ao consumo das PPL estudadas quanto às frutas e hortaliças e, ainda, inferior ao consumo de feijão e arroz, encontrado nesta pesquisa. Ademais, em pesquisa realizada em cardápios de sistemas correccionais do meio-oeste dos EUA revelaram baixas ofertas de frutas e fibras alimentares nos presídios masculinos e excessivas calorias e falta de vegetais nos femininos e masculinos, bem como oferta excessiva de sódio (HOLLIDAY; RICHARDSON, 2021).

Pontua-se, entretanto, que a frequência do consumo de pães e massas foi elevado para a população aqui estudada, corroborando com estudo transversal com 1013 mulheres presas do estado de São Paulo, que encontrou para 91,9% consumo de pão de hot dog, pão doce com margarina ou manteiga, que faz parte do grupo de alimentos ultraprocessados, diariamente. Quanto à ingestão de biscoitos e doces, em contraponto aos resultados desta pesquisa, encontrou consumo de biscoitos com ou sem recheio e doces, diariamente, de 50,4% (AUDI *et al.*, 2018). A melhora nas condições nutricionais e regulamentação de padrões mínimos de alimentação podem reduzir a carga de condições crônicas de saúde a este relacionada (HOLLIDAY; RICHARDSON, 2021;).

Cabe retomar que conforme o Guia Saúde das Prisões (AUTOR, 2014) as pessoas presas não devem sair das prisões em piores condições do que apresentavam quando adentraram. Desse modo, a manutenção de hábitos de vida saudável e o controle das doenças crônicas são imprescindíveis para garantia do direito à saúde das PPL. Destaca-se que as doenças cardiovasculares foram as principais causas de morte entre encarcerados e recém libertados nos EUA e, ainda, que 89% dos óbitos se relacionaram com doenças crônicas (WANG *et al.*, 2017; LOEB; MCGHAN; HOLLENBEAK, 2014). Nas unidades prisionais aqui pesquisadas, a oferta alimentar ocorre três vezes ao dia e apresenta um cardápio majoritariamente composto por carboidratos (feijão e arroz) e baixa oferta de frutas e verduras, o que não colabora com a dieta ideal das PPL.

Para tanto, apreende-se dos dados levantados, que a avaliação inicial das PPL pela equipe de saúde prisional – considerando os fatores de risco cardiovascular, a exposição ao ambiente prisional e o aumento na carga de doenças acrescido pela reclusão, para o planejamento do cuidado centrado nas necessidades específicas deste grupo populacional e para a transição no retorno à comunidade – é

imprescindível para a qualificação e continuidade da assistência. Considera-se, ainda, que a composição de equipes de saúde em número suficiente para o atendimento às necessidades aumentadas dos serviços de saúde, deve ser incluída nas pautas de políticas públicas de saúde prisional.

8.1.2 SOC em PPL

As prisões necessitam ser constituídas de espaços promotores de saúde, que oportunizem às PPL melhorias de sua condição de saúde e bem-estar, principalmente por serem pessoas marginalizadas socialmente, antes e após a prisão. Logo, o tratamento das PPL nas unidades penais é uma oportunidade para que a saúde pública promova saúde e proteção ao referido grupo populacional, tanto no cenário prisional quanto no seu reingresso à comunidade livre (BAYBUTT; CHEMLAL, 2015; NOLAN; STEWART, 2017). Nesta perspectiva, as ações centradas nas necessidades das PPL implicam em conhecer como manejam a vida e saúde, o que pode ser realizado por meio da mensuração do SOC e análise dos GRRs.

Ao explorar o SOC em PPL, encontrou-se percentis de SOC forte em 33,1%, em detrimento de SOC moderado em 65,9% e fraco em 0,9%. O nível de SOC moderado, apesar de serem populações diferentes, foi encontrada também em 45 jovens apreendidos em centro de menores na Espanha com questionário SOC-13 (PAREDES-CARBONELL *et al.*, 2013) e em 70 PPL polonesas com o SOC-29 (PORAZYNSKI *et al.*, 2014) e, em outro estudo espanhol utilizando a escala SOC-13, houve predomínio de SOC moderado em 124 PPL (VERA-REMARTÍNEZ *et al.*, 2017).

A média do SOC de 128,9 encontrada nesta pesquisa assemelha-se a dois estudos realizados com PPL na Polônia, o primeiro realizado com 390 homens, com média 118,9 (SKOWROŃSKI; TALIK, 2021) e o segundo, que considerou 100 PPL mulheres jovens, que cometeram crimes violentos e não violentos de 122,2 e 151,2, respectivamente (ZAJENKOWSKA *et al.*, 2021); outrossim, um estudo brasileiro com 203 pessoas com Cardiopatias averiguou valor superior: apresentou média de 143,2 (D.P. = 24,9) (DANTAS, 2007).

A média geral observada de SOC também foi superior a encontrada em outro estudo com 70 PPL polonesas – que cumpriam pena pela primeira vez e, ainda, que se auto lesionaram –, utilizando a versão SOC-29 itens: encontrou média de 119 (máximo e mínimo de 87 e 149, respectivamente). Já em análise dos componentes

isolados, nesta pesquisa, foram encontradas médias inferiores no componente compreensão (39,7 em detrimento de 41,2); e maiores no manuseio (47,2 em detrimento de 44,0) e significado (41 em detrimento de 34,6) (PORAZYNSKI *et al.*, 2014). Percebe-se, destarte, que as PPL desta pesquisa, apesar de compreenderem de modo pior, conseguem atuar melhor com os recursos disponíveis e atribuir maior significado às suas vidas.

Cabe retomar que a compreensão é uma estrutura cognitiva com base na qual a pessoa planeja suas atividades e desenvolve as estratégias de enfrentamento nos diversos contextos da vida. Pessoas que cometem crimes tendem a apresentar baixa compreensão, manifestados por falta de reflexão sobre as consequências de suas ações; foco nos ganhos reais e, não, em consequências e atividade antissocial; tendência de atribuir a causa da própria ação aos eventos externos; dificuldade de avaliar a situação; e problemas em formular, planejar e cumprir metas (PORAZYNSKI *et al.*, 2014).

Quanto ao manuseio, o fato de apresentar poucas ações que modifiquem atitudes podem levar a consequências como: ansiedade, apatia, depressão e risco de automutilação. Já o significado reflete a atitude emocional-motivacional da pessoa diante do ambiente circundante, pois pessoas com SOC alto tendem a planejar e realizar soluções construtivas (PORAZYNSKI *et al.*, 2014).

Reflete-se a relação do SOC com a saúde e com os GRRs (fatores biológicos, materiais e psicossociais) que a pessoa possui. Assim, ter SOC forte repercute em tendência ao otimismo e ações positivas para promoção da saúde (FAGERMOEN; HAMILTON; LERDAL, 2015; LI *et al.*, 2017). Todavia, cabe retomar que as prisões abrigam pessoas majoritariamente marginalizadas sociais, com problemas de saúde, doenças crônicas não tratadas e doenças mentais; com estilos de vida arriscados, como consumo elevado de drogas ilícitas e álcool; e o ambiente prisional superlotado, insalubre e violento também podem determinar o bem-estar das PPL (BAYBUTT; CHEMLAL, 2015).

Em relação as variáveis sociodemográficas, o SOC foi relacionado a idade, demonstrando-se mais elevado em PPL com idade inferior a 30 anos. Contudo, as pesquisas de Antonovsky apontavam que o SOC estabilizaria em algum lugar do contínuo saúde-doença em torno dos 30 anos, após a pessoa experimentar as relações de trabalho, familiares e culturais; entretanto, a idade não se relacionaria diretamente aos índices do SOC (ANTONOVSKY, 1987).

Já o sexo não apresentou relação significativa com o SOC nesta pesquisa, alinhado ao estudo do fundador do Questionário de SOC, Antonovsky (1987), em contraponto aos resultados de estudo com 203 pessoas cardiopatas no Brasil em 2014, que usando o SOC-29, foi estatisticamente diferente para homens e mulheres; e, igualmente contraposta no estudo com PPL israelenses (65 homens e 54 mulheres) realizado em 2010, no qual o SOC foi maior para os homens, comparado às mulheres (DANTAS; SILVA; CIOL, 2014; CHEN, 2010).

Em estudo com 100 mulheres jovens privadas de liberdade na Polônia, evidenciou-se que, quanto maior o nível de escolaridade, maior foi o SOC, pois existe a capacidade de perceber o mundo como abrangente, gerenciável e significativo (ZAJENKOWSKA *et al.*, 2021). Assim, a escolaridade e a família têm interferência significativa no nível de SOC (SAGY; ANTONOVSKY, 2000); sendo um elemento que não foi evidenciado nesta pesquisa.

O envolvimento em atividades na unidade penal, tais como estudo e trabalho, associou-se a 70,4% de escore de SOC forte, representando elemento facilitador da autogestão das vidas das PPL. Dado, tal, alinhado ao que se encontrou em um Projeto de Horticultura com PPL na Inglaterra, o qual demonstrou aumento da confiança e autoestima das PPL, fornecendo-lhes ferramentas para transformar suas vidas, apesar das experiências prévias negativas: as PPL possuíam esperança de um futuro melhor e aprimoram o enfrentamento. A atividade preservou o bem-estar das PPL, permitindo apurarem a autogestão da ansiedade e do estresse (BAYBUTT; CHEMLAL, 2015).

Em estudo realizado na Espanha utilizando a escala SOC-13, foram encontrados índices maiores no componente significado do SOC em PPL incluídas em atividade física, educação e trabalho; porém, não no SOC global (VERA-REMARTÍNEZ *et al.*, 2017). Já em estudo com PPL nas Filipinas, concluiu-se que são mecanismos de enfrentamento na prisão: ocupar-se, participar de atividades religiosas e submissão (acatar as ordens dadas com obediência) (FLORES-BAROLO; VICENTE, 2019). Em comparativo, por meio dos relatos dos participantes da presente pesquisa, acredita-se que as atividades físicas, religiosas e de leitura contribuem para a diminuição dos níveis de ansiedade, por isso sugere-se que as unidades prisionais proporcionem ações que possibilitem para as PPL que ocupem o tempo ocioso com atividades que possam contribuir não somente com a redução da ansiedade, mas também com a saúde deles.

Em relação às variáveis clínicas, as doenças mentais e infectocontagiosas mostraram-se negativamente relacionadas ao SOC. Em relação ao adoecimento, o SOC fraco foi prevalente em pessoas com transtornos mentais e doenças infectocontagiosas. Na mesma perspectiva, um estudo espanhol com familiares cuidadores identificou relação inversa com SOC com sobrecarga subjetiva, ansiedade e depressão (LÓPEZ-MARTÍNEZ; FRÍAS-OSUNA; DEL-PINO-CASADO, 2019). Assim, SOC forte relaciona-se ao menor risco de transtornos psiquiátricos e menor índice de sintomas psicopatológicos (MOKSNES, 2021; WITKOWSKA-LUÉ, 2018). O adoecimento no contexto geral não representa elemento delimitador do SOC, mas relacionado aos recursos percebidos, ao significado e à gestão destas (ANTONOVSKY, 1987).

Em relação aos hábitos de vida nesta pesquisa não foi identificada significância com o SOC; contudo, em estudo realizado com PPL israelenses demonstrou associação entre SOC e uso de drogas ilícitas e recaídas (CHEN, 2010). Compreende-se que o ambiente das unidades penais investigados nesta pesquisa, teoricamente livre de cigarro, bebida alcoólica e drogas, resulta em restrição no uso destas substâncias, podendo interferir nas associações com o SOC.

Destaca-se que o SOC se relaciona à forma como as pessoas podem manter-se saudáveis e com QV e bem-estar, apesar das adversidades. Portanto, estudá-lo no contexto prisional pode implicar em compreender como pessoas presas, apesar do contexto disciplinador e estruturalmente limitante a vida, desenvolvem estratégias que permitem que se mantenham saudáveis e consigam criar possibilidades para lidar com a situação de prisão. Assim, pode-se considerar que o SOC é uma importante ferramenta preditora para a saúde da população prisional (ZAJENKOWSKA *et al.*, 2021).

Apesar do SOC e GRRs serem pouco explorados no contexto prisional, existem fatores que podem criar condições para que as PPL mantenham uma atitude positiva, contribuindo com a saúde e bem-estar, apesar dos impactos negativos da prisão (WOODALL; VIGGIANI; SOUTH, 2022). A criação de um ambiente promotor de saúde nas prisões implica que tais instituições considerem as recomendações da WHO e que institua políticas de saúde a fim de construir comunidades resilientes e ambientes salutogênicos (VERA-REMARTÍNEZ, *et al.*, 2017; WHO, 2012). Diante dos achados desta pesquisa, considera-se importante a utilização do SOC em estudos com as PPL para avaliar como elas manejam, compreendem e significam suas vidas,

em especial quando aliados às abordagens qualitativas que apontem aos GRRs mobilizados por essas pessoas, para a manutenção da saúde, apesar da prisão e dos GRD, sobre os quais devem ser planejadas as políticas de saúde prisionais. Salienta-se a necessidade de maior interlocução da saúde prisional e saúde pública extramuros na construção de estratégias e protocolos de cuidados que realmente atendam as necessidades do grupo populacional de pessoas privadas de liberdade.

8.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: FASE 2 – PESQUISA QUANTITATIVA: CARACTERIZAÇÃO DAS PPL COM HAS INCLUÍDAS NA INTERVENÇÃO

Os homens com diagnóstico de HAS incluídos na pesquisa de intervenção, apresentavam médias de idade de 39,2 anos (8,8), semelhante ao estudo que envolveu 261 PPL do sexo feminino de Dakota, EUA, cuja média de idade foi de 39,3 anos, e superior ao estudo com 3774 PPL mexicanas com média de idade foi 29 anos (KHAVJOU *et al.*, 2007; SILVERMAN-RETANA *et al.*, 2018). Assim, as PPL com HAS são jovens, elemento que se alinha ao apontado acerca das PPL do sexo feminino, no qual a população carcerária feminina, embora mais jovem que a população feminina em geral, apresentou um perfil de adoecimento semelhante ao das mulheres mais velhas da população livre (SILVA *et al.*, 2023).

Discorrendo acerca das mulheres em prisões, Silva e colaboradores (SILVA *et al.*, 2023) afirmam que são majoritariamente pobres, com baixa escolaridade, com acesso limitado à saúde, viciadas em drogas e álcool e vítimas de traumas prévios ao encarceramento. Desse modo, chegam à prisão com o estado de saúde precário, evidenciando que as iniquidades sociais entre as populações intensificam as múltiplas disparidades em saúde, o que compreendemos extensivo às PPL do sexo masculino.

Um estudo com 3774 PPL mexicanas obteve média de escolaridade de nove anos, nesta pesquisa predominou a escolarização inferior a 12 anos de estudo; e, já para PPL norte-americanas, prevaleceu o ensino superior com 41% e apenas 10% não concluíram o equivalente ao ensino médio (SILVERMAN-RETANA *et al.*, 2018; KHAVJOU *et al.*, 2007).

Os dados de estudo com 9327 PPL dos EUA, de Wang e colaboradores (WANG *et al.*, 2017) encontrou índices de excesso de peso em 62% (sobrepeso, obesidade e obesidade mórbida); e de Khavjou e colaboradores (KHAVJOU *et al.*, 2007), com 71% em 261 mulheres presas, sendo que 52,4% eram obesas e 28,6% estavam com

sobrepeso, em Dakota do Sul, EUA. Vigitel (2022), ao apresentar dados da população brasileira, aponta excesso de peso de 57,2%, obesidade de 22,4% e sobrepeso de 57,2%; assim, pode-se apreender que o excesso de peso e a obesidade foram superiores nesta pesquisa quando comparada aos dados da população em geral.

Uma meta-regressão realizada por Bondolfi e colaboradores (BONDOLFI *et al.*, 2020) observou que o encarceramento repercute em aumento médio de peso de 5,3 kg, e alteração no IMC de 1,8 kg/m² em dois anos, tendendo ser maior nos primeiros dois anos e, após, estabilizar. Estes foram relacionados ao sedentarismo, estilo de vida, dieta pouco saudável, cessação forçada do tabagismo, uso de medicamentos psicotrópicos e altos níveis de estresse.

O tabagismo obteve índices de 24% no estudo com mulheres presas nos EUA, mesmo a prisão sendo considerada livre do fumo (KHAVJOU *et al.*, 2007). Os índices de fumantes nesta pesquisa foram de 16,7%, também em prisão livre do fumo. Contudo, enfatiza-se que 46,7% apresentavam histórico de fumo e/ou eram fumantes. Em comparação aos dados da população brasileira livre, a frequência de fumantes entre as PPL na pesquisa ora apresentada foi muito superior, 16,7% *versus* 9,1% e, se considerado apenas o sexo masculino, neste caso, *versus* 11,8%. Quanto a ingestão de bebida alcoólica, 60% das PPL relataram índice de ingestão maior que o encontrado para homens da comunidade pelo Vigitel de 25% (VIGITEL, 2022). O uso de outras drogas foi referido por 23,3% dos participantes da pesquisa. Esses resultados confirmam que a população carcerária, e em especial em região de fronteira, apresenta maior risco para uso de substâncias, drogas e inserção no tráfico.

Estudo com 211 PPL na Catalunha, Espanha, destacou o tabagismo como o principal fator de risco cardiovascular, com prevalência de 30%, superior àquela encontrada na população espanhola (70-80% *versus* 30-40% (VERA-REMARTÍNEZ *et al.*, 2018). Em revisão sistemática e meta-análise de Fazel, Yoon e Hayes (2017), com 24 estudos e 18388 PPL de 10 países, encontrou índices médios de transtorno por uso de álcool de 24% (variam de 16-51%) e drogas de 30% (variam de 10-61%) em PPL do sexo masculino, demonstrando heterogeneidade elevada nos dados analisados. Já em estudo com 3774 PPL realizado no México encontrou índices de uso de cocaína de 24,2%, tabagismo de 53,2% e álcool 23,4%, sendo que o uso de cocaína e álcool aumentaram com o tempo de prisão.

Destaca-se que um dos papéis desempenhados pelos enfermeiros atuantes em prisões é a promoção à saúde; de acordo com um estudo realizado nas prisões

catalãs com 29 enfermeiros, 82,8% da amostra manifestou ações de promoção à saúde na prisão onde atuavam, cujos temas mais frequentes foram a saúde mental e cessação de tabaco e drogas (CHAER-YEMLAHI; FREIXENET, 2022).

Em relação à alimentação das PPL, 96,7% relatou ingerir frutas 1x na semana, e 66,7% legumes e verduras de 7 a 14 x na semana; assim, de acordo com o Vigitel (2022) – que considera consumo regular de frutas e hortaliças quando ambos alimentos são consumidos em cinco ou mais dias da semana –, 100% dos participantes da pesquisa não atende ao requisito; já na comunidade, 22,1% atendia o padrão recomendado. Entretanto, a frequência de ingestão de feijão e arroz para as PPL em cinco ou mais dias da semana foi de 100%, em discordância do percentual apresentado na comunidade de: 60,4%. Em relação ao consumo de refrigerantes em cinco ou mais dias na semana foi de 0% *versus* 14,0%, ao comparar PPL e comunidade. O consumo de ultraprocessados na comunidade é de 18,2% e, já para a amostra de PPL, a ingestão é muito aquém dos máximos, o que se mostra positivo (VIGITEL, 2022).

O cardápio da prisão de Dakota, EUA, era composto por vegetais, sem adição de gordura e/ou pouco sal, proteína magra, muito alimentos com fibras (20-25 gramas/dia) e leite com baixo teor de gordura (KHAVJOU *et al.*, 2007), o que não corrobora com os resultados desta pesquisa. Em pesquisa qualitativa com 30 ex-presidiárias nos EUA sobre a comida na prisão, encontraram-se relatos de sistemas alimentares mal projetados e desleixados, o que fez com se sentissem ignorados, frustrados e humilhados; relatam, ainda, experiências de fome, tanto relacionado à privação de alimentos adequados, quanto relativo às atenções humanas. Em contraste, encontrou relatos de experiências alimentares positivas e não punitivas (SMOYER; LOPES, 2017). Nesta pesquisa, houve manifestações quanto ao excesso de alimentos e baixa qualidade; em contraste, relatam dieta adequada por ser planejada por nutricionista. Pondera-se, contudo, que ações interdisciplinares poderiam melhorar os cardápios, com maior oferta de frutas e verduras, substituição de carboidratos em excesso por outros grupos alimentares e menor intervalo entre as refeições.

Quanto à prática de atividade física, 93,3% das PPL realizavam pelo menos 150 minutos semanais de atividades de intensidade moderada ou 75 minutos de atividades vigorosas, em comparação aos dados da população brasileira em liberdade, uma vez que 48,2% não alcançaram níveis suficientes e, dentre os homens,

caso dos participantes da presente pesquisa, 39,3% (VIGITEL, 2022). Assim, infere-se que as PPL inseridas nesse estudo têm índices muito superiores de práticas de atividade física se comparados àqueles encontrados na comunidade.

Muitos fatores relacionados ao encarceramento contribuem para o aumento do risco de DCV entre PPL, tais como prevalência de sobrepeso e obesidade, atividade física inadequada e nutrição pouco equilibrada. Ademais, fatores clássicos de risco são comuns, tais como: HAS, DM, síndrome metabólica e tabagismo. A prisão, então, está associada à predominância de doença mental inerente ao contexto – depressão, ansiedade, estresse e aquelas decorrentes do abuso de substâncias, entre outras – e doenças transmissíveis não tratadas (GRAMMATIKOPOULOU *et al.*, 2021).

Retoma-se estudo de Wang e colaboradores (WANG *et al.*, 2009) que explicitou o encarceramento associado ao aumento do risco de HAS (12%) e *Hipertrofia Ventricular Esquerda* (HVE) (7%) em adultos jovens; o estudo de Howell e colaboradores (HOWELL *et al.*, 2016) concluiu que o encarceramento está relacionado com o aumento do risco de hipertensão e risco de morte por doenças cardiovasculares – a principal causa de morte de pessoas com histórico de encarceramento. O risco cardiovascular de PPL é médio a alto quando comparado à comunidade, especialmente relacionados ao tabagismo e a HAS (WANG *et al.*, 2017).

A associação entre encarceramento prévio e maior risco de DVC pode ser parcialmente explicado pela predominância aumentada de fatores de risco cardiovascular pela população carcerária, especialmente relacionado a HAS, embora os mecanismos não sejam conhecidos. O controle da PA nesse contexto é indispensável para evitar as complicações dela decorrentes. (HOWELL *et al.*, 2016). O estudo de Silva e colaboradores (SILVA *et al.*, 2023), com 1327 PPL do sexo feminino, conclui que são fatores de risco para HAS em PPL mulheres idade, etnia/cor, obesidade, inatividade física e estresse.

As intervenções envolvendo estrutura, atividade física, modificação de dieta, educação nutricional, cessação tabágica, podem ser importantes elementos na melhoria da saúde cardiovascular em PPL quando encarceradas (BONDOLFI *et al.*, 2020).

Relativamente à média de PA sistólica, um estudo com 261 mulheres encarceradas norte-americanas encontrou média de 116,6 mmHg entre a população prisional geral. Já as PPL da pesquisa, as quais eram todas hipertensas, obtiveram média de 138 ($\pm 14,0$) mmHg no T0, e 134 ($\pm 10,2$) mmHg no T2. No estudo supracitado

das PPL estadunidenses com autorrelato de HAS, apenas 34,9% utilizavam de medicamentos para controle da patologia, divergindo da presente pesquisa, em que 100% os utilizavam.

Assim, coadunam Wang *et al.* (2009), o qual explicitou que o encarceramento se associa com a HAS e HVE em adultos jovens, e estudo de Howell *et al.* (2016), que demonstrou que as pessoas com história de encarceramento recente e passado se apresentaram mais propensas à PA descontrolada, respectivamente, 67% e 56%, em relação a quem não possuía histórico de prisão: 51%. As médias de pressão encontradas para encarceramento recente e passado foram, respectivamente, 132,1 mmHg ($\pm 12,1$) e 131,1 ($\pm 12,2$), em contraposição aos nunca encarcerados, com média de 130,4 ($\pm 12,6$).

Para o manejo das doenças crônicas, tais como a HAS, é relevante conhecer como as pessoas compreendem, manejam e significam sua vida e saúde, sendo a mensuração do SOC auxiliar no processo. Em relação ao SOC mensurado das PPL com HAS, a média geral no T0 foi de 141,4 ($\pm 21,8$), com predomínio do SOC forte em 63,3% das PPL; em contrapartida aos 33,3% de SOC moderado e 3,3% SOC fraco: índice superior ao encontrado nesta pesquisa quando verificado nas PPL em geral (128,9) e em estudos poloneses com PPL do sexo masculino e feminino, com médias de 118,9 e 122,2 e 151,2 (crimes violentos e não violentos), respectivamente (SKOWROŃSKI; TALIK, 2021; ZAJENKOWSKA, et al., 2021).

O SOC, na medida em que reflete uma orientação global para ver o mundo, estando em níveis altos implica na confiança das pessoas relativamente ao modo como as coisas acontecer, confiando que vão funcionar tão bem quanto se pode esperar. Logo, ao apresentar capacidade de compreender, manejar e significar a vida, aumenta a capacidade das pessoas de gerenciar a tensão, identificar os recursos e lidar de modo eficaz com situações difíceis (ANTONOVSKY, 1979), tal como a prisão, a DC e as limitações por elas impostas.

No manejo da HAS, compreender os GRRs disponíveis, tal como a LS, permite planejar o cuidado atrelado ao contexto de vida das PPL. Nesta pesquisa os índices de LS no T0 obteve média de 21 ($\pm 6,2$), com pontuação mínima de 8 e máxima de 34 pelo HLAT-8. Assim, apresentaram nível suficiente de LS $n = 17$ (56.7%) dos participantes. Em contraponto, em um estudo realizado em Portugal com 76 pessoas hipertensas, obteve-se 62,5% de níveis problemáticos de LS, 27,6% suficientes e 3,9% excelentes, usando o Inquérito em LS em Portugal (ILS-PT). Outrossim, em

estudo realizado em Colombo, no Brasil, com 33 pessoas com DM, obteve no HLAT níveis suficientes em 57,6% (PAES, 2021), dado que se assemelha ao encontrado nesta pesquisa.

Ainda mais, em estudo com 401 pessoas com HAS e DM em Portugal, utilizando a *European Health Literacy Survey* (HLS-EU-PT), encontrou-se níveis de LS inadequado (40,4%) ou problemático (42,9%) e consideraram o médico e o enfermeiro como os profissionais que podem melhorar o seu nível (ARAÚJO *et al.*, 2018). Utilizando o mesmo instrumento, outro estudo português com 20 PPL encontrou níveis inadequados/problemáticos em 60% dos participantes, evidenciando que ela é problemática para a população reclusa (MORAES *et al.*, 2019).

Resultados de validação transcultural da mesma escala para o idioma chinês, com 650 adolescentes, apresentou a maior média na questão relacionada à compreensão de informações nas bulas ($3,8 \pm 1,0$); porém, destacou a menor média na questão sobre assuntos de saúde na internet ($2,8 \pm 1,1$) (GUO *et al.*, 2018), o que não corrobora com os achados da presente pesquisa ora apresentada. Os resultados acerca dos fatores estruturais encontrados na pesquisa diferem dos apresentados nos estudos de validação transcultural, sendo a maior média para BIS na versão brasileira e EIS na versão chinesa (QUEMELO *et al.*, 2017; GUO *et al.*, 2018).

As maiores médias nas questões do HLAT encontradas na pesquisa foram na questão sete, relativa a saber escolher os conselhos e recomendações que sejam melhores para a sua saúde ($3,47 \pm 1,3$); seguida da questão dois, referente ao entendimento sobre informações de saúde em folhetos/cartilhas ($3,4 \pm 1,4$). As menores médias foram nas questões oito, sobre a capacidade de determinar as informações de saúde de alta qualidade na internet ($1,2 \pm 1,4$); e cinco, sobre a frequência com que conseguiram ajudar aos seus familiares ou um amigo, em dúvidas sobre problemas de saúde $2,1 (\pm 1,6)$. O conhecimento crítico em saúde apresentou a menor média $4,7 (\pm 2,6)$, em oposição a EIS, que obteve a maior média $11,1 (\pm 5,6)$, já a busca de informações em saúde obteve média de $5,2 (\pm 5,6)$. Em contraponto ao estudo realizado em Colombo, no Brasil, a IS obteve maior média ($7,0 \pm 2,5$); corroborando aos dados acerca das questões com menores médias sobre assuntos de saúde na internet ($1,51$) (PAES, 2021).

Já o HK-LS, por sua vez, obteve média geral de $15,2 (\pm 3,3)$ e acertos de 69,09%; em relação aos componentes: definição $0,5 (\pm 0,8)$, tratamento médico $3,3 (\pm 0,7)$, adesão medicamentosa $3,1 (\pm 0,9)$, estilo de vida $3,8 (\pm 1,4)$, dieta $0,9 (\pm 0,9)$, e

complicações 3,6 ($\pm 1,0$). Arthur e colaboradores (ARTHUR *et al.*, 2018), no momento da validação do HKLS, obtiveram médias de acerto geral médio de 74,7%, superior ao da presente amostra; contudo, assemelham-se aos resultados da pesquisa quanto às subdimensões, sendo: de menor percentual, “definição”, com média de 46,2% para aquele estudo e, ainda, inferior às PPL de 25%; e, de maior percentual foi “estilo de vida”, com média de acerto 89,5% *versus* 76% nesta pesquisa (ARTHUR *et al.*, 2018).

Destaca-se que, no caso de doenças crônicas como a HAS, a mensuração do conhecimento sobre a doença é um fator que afeta o seguimento da terapêutica, sobretudo por tratar-se de doença silenciosa e agressiva, dependendo do conhecimento, colaboração e participação da pessoa (ARTHUR *et al.*, 2018). Assim, a compreensão dos níveis de conhecimento em HAS nas PPL deve ser norteadora do processo de gestão da doença e das atividades de educação em saúde pelos profissionais de saúde e para essa população.

8.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: FASE 2 – PESQUISA QUALITATIVA

As PPL participantes da pesquisa manifestaram, na análise de sentimentos, predominantemente os positivos, todavia com baixa diferença percentual em relação aos negativos. Logo, se explicita um misto de sentimentos negativos e positivos, que ocorrem simultaneamente durante o processo de privação de liberdade. Quanto aos temas mais discutidos nas entrevistas, destacam-se: tempo, atividade física, preso, vida, saúde e família; o que se compreende atrelado à centralidade da proposta de discussão ser a saúde e como mantê-la na prisão, apesar da privação de liberdade.

Entretanto, em uma pesquisa realizada na Itália com 113 PPL do sexo masculino, houve relatos de gratidão, perdão e bem-estar em níveis médios e altos; e médios a baixos para violência e intenção antissocial (DANIONI *et al.*, 2023). Assim, infere-se que os sentimentos positivos também estavam em níveis ligeiramente superiores nas PPL do estudo italiano, tal como nesta pesquisa.

Enfatiza-se a possibilidade de uma pessoa em gerenciar qualquer situação, independente do que ocorra em sua vida. Sendo assim, acerca dos sentimentos e temas analisados na presente pesquisa, o que se apreende é a busca das PPL por gerenciar suas vidas – apesar da prisão – e a capacidade de resistir na prisão, do que dependem a saúde e bem-estar (WOODALL *et al.*, 2022).

Nesse sentido, quanto ao conceito de saúde nos relatos dos participantes desta pesquisa, identificou-se, prioritariamente, relatos relacionados à saúde física e mental, respectivamente, e, em menor grau, demais elementos, como: espiritual, social, trabalho, felicidade, qualidade de vida, bem-estar, relações sociais, liberdade. Cabe retomar que a OMS (2014, p.1) define saúde como “[...] um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de condições ou doenças”.

Portanto, ainda que prevaleçam as preocupações com a saúde física, dos relatos se apreende um conceito ampliado de saúde, perpassando por bem-estar, saúde mental e social. Alinha-se aos dados desta pesquisa, deste modo, o estudo realizado em Minas Gerais, Brasil, no qual o conceito de saúde verificado entre PPL, profissionais de saúde e segurança de prisões, não se limitou a ausência de doenças, mas abordou liberdade, família, respeito ao próximo e trabalho (MARTINS *et al.*, 2014).

A saúde na perspectiva salutogênica não está restrita a ausência de doenças, mas concentra-se em resultados positivos de saúde, ou seja, por meio do bem-estar percebido pelas pessoas e o seu desenvolvimento se relaciona não apenas ao enfrentamento das situações de vida por elas, mas através dos GRRs, que promovem resultados positivos de saúde. Assevera-se, destarte, que o SOC auxilia a pessoa a mobilizar os GRRs ou Recursos de Resistência específicos (SRRs) diante de estressores físicos e psicossociais (WOODALL *et al.*, 2022).

A mobilização dos recursos pode terminar com estressores: evitados, definidos como não estressores; gerenciados/superados, levando a uma tensão que é gerenciada com sucesso e aumentando o SOC; ou levando a um gerenciamento malsucedido, a tensão. São esses resultados que impactam o movimento da pessoa no *continuum* saúde-doença. O foco está em um sistema mais amplo, no contexto de vida das pessoas, encontra-se nos recursos que possuem para alcançar saúde e que lhes permite adquirir habilidades e capacidades para acessá-los (WOODALL *et al.*, 2022).

Então, pensar em saúde na prisão implica em refletir não apenas a saúde das PPL, mas o contexto prisional salubre ou insalubre, criado por meio dos GRRs – que podem ser: estruturais, ambientais, sociais e econômicos – e produzirem consistência, estrutura e sentido para a vida das pessoas, como: dinheiro, conhecimento, experiência, autoestima, comportamento saudável, compromisso, apoio social, capital cultural, inteligência, tradições e visão da vida. Contudo, a saúde prisional ainda é

comumente compreendida por meio do modelo biomédico, da prevenção e controle de doenças nas PPL; a pessoa, em detrimento da perspectiva promotora de saúde, alinhada ao paradigma salutogênico, que considera o contexto social, econômico e ambiental de saúde e doença que cercam os sujeitos, o ambiente prisional e a sociedade em geral (WOODALL et al., 2022).

Assim, uma “prisão saudável” ou “não saudável”, refere-se tanto à estrutura da prisão quanto às experiências vivenciadas, bem como a saúde das PPL em si. Constitui-se de um braço da saúde pública, que objetiva produzir saúde e trabalhar com os determinantes sociais para criar ambientes que possam implicar em melhores condições de vida, atuando no sentido de capacitar as pessoas para controlar sua saúde e acessar recursos sociais e estruturais para tal (WOODALL *et al.*, 2022). Diante disso, pensar a saúde prisional como integrante do SUS e componente da AB e da RAS é indispensável para a qualificação do cuidado e superação da priorização das questões de segurança em detrimento daquelas relacionadas a saúde.

Outro elemento importante é a qualidade de vida, que foi relatada nesta pesquisa, em sua maioria, como diretamente associada à saúde física e psicológica, à disposição para realizar as atividades cotidianas e bem-estar, bem como condições financeiras adequadas, boas relações e proximidade com os familiares, sentir-se bem consigo mesmo, viver em paz e sem preocupações, fazer o que gosta, realizar atividades de lazer – em situações de descanso, de férias, de relaxamento), ter uma religião, ter respeito das outras pessoas – inclusive dos funcionários do sistema penal –, traçar metas e objetivos para o futuro objetivando melhoria de/na vida, ter acesso ao conhecimento e cultura.

Verifica-se que as PPL desta pesquisa apresentaram percepções alinhadas ao conceito da OMS, no qual a QV envolve a percepção da pessoa sobre sua vida em um determinado contexto cultural, de valores, objetivos, expectativas, normas e preocupações, englobando: a saúde física e psicológica, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e as relações com o ambiente. Assim, saúde e bem-estar relacionam-se ao entorno, aos determinantes sociais (WHO, 1998).

Cabe destacar que alguns participantes evidenciaram a impossibilidade de falar e/ou ter QV na prisão – envolvendo a ausência da liberdade, a distância dos familiares, a convivência dentro do cubículo com diversas pessoas em um espaço muito pequeno, tal como a ausência de alimentação, atividade física e cuidados adequados. Nesta mesma perspectiva, um estudo com 390 PPL polonesas concluiu que as formas

de enfrentamento do estresse utilizados por presidiários, como a busca de apoio, atividade pessoal para lidar com problemas e tirar conclusões da vida, relacionam-se ao maior nível de QV (SKOWROŃSKI; TALIK, 2018). Assim, como estratégia para melhoria na QV na prisão é necessário repensar as políticas públicas intersetoriais, visto que muitas PPL advêm de situações de vulnerabilidade social e marginalização que, por vezes, se mantêm na privação de liberdade.

No entanto, na perspectiva salutogênica, os estressores não levam ao adoecimento, necessariamente, uma vez que o gerenciamento das tensões e o enfrentamento podem modificar o efeito; dependem do grau em que as pessoas foram expostas aos estressores e dos graus de recursos que possuem para enfrentar os fatores que influenciam no *continuum* saúde-doença. Quando os GRRs são inadequados para atender a demanda diante de um problema, o organismo sofre. Assim, ter recursos, estar consciente deles e ter capacidade de usá-los no combate aos estressores é fator preponderante para evitar doenças e colapsos. A ausência de GRRs também pode se tornar um estressor, o que Antonovsky nomeou de Déficit Generalizado de Resistência (GRD) (VINJE; LANGELAND; BULL, 2022).

Os GRRs, nesta pesquisa, foram nomeados como fatores que auxiliam a saúde, e os GRD os que dificultam a manutenção da saúde na prisão, para facilitar a compreensão dos participantes. Pondere-se que, no contexto prisional, SOC e GRRs não foram totalmente explorados; contudo, evidências sugerem que determinados fatores podem proporcionar às PPL a manutenção de uma atitude positiva diante de sua vida e saúde, contribuindo para seu bem-estar, apesar dos impactos físicos, psicológicos, sociais e materiais que a prisão pode lhes proporcionar (WOODALL *et al.*, 2022).

Cabe retomar que Antonovsky enfatizou a importância dos SRRs, os quais seriam úteis na gestão de tensões particulares, tais como: medicações; linhas telefônicas para prevenção ao suicídio, um olhar compreensivo para quem necessita de ajuda para lidar com estressores específicos (ANTONOVSKY, 1979; WOODWALL, 2022).

Nesta pesquisa houve predominância dos GRD em detrimento dos GRRs, o que explicita a dificuldade em manutenção da saúde na prisão pela baixa disponibilidade de recursos. Todavia, cabe destacar que não é apenas a quantidade de recursos que delimitam a saúde, mas a capacidade de identificá-los e mobilizá-los (ANTONOVSKY, 1979).

Os fatores que auxiliam na manutenção da saúde na prisão, conforme os relatos das PPL da pesquisa, foram: a equipe de saúde e seus cuidados; o trabalho; os hábitos de vida – alimentação, atividade física, restrição ao acesso a drogas, cigarro e bebida alcóolica, autocuidado e rotina na prisão; já as estratégias para controle do estresse e da ansiedade englobaram leitura, jogos e religiosidade; quanto ao suporte social, destacaram a família, os companheiros de cubículo e os funcionários. Em contrapartida, os que dificultam a manutenção da saúde no contexto prisional, foram: as limitações do ambiente prisional; o convívio na prisão; a demora, ausência de atendimento de saúde e falta de autonomia para buscar o serviço de saúde; a família – sobre as preocupações, a distância, a ausência de notícias; a desorientação temporal; a própria PPL; “tudo” dificulta; a pandemia.

Diante dos GRRs e GRD apontados, assevera-se que, apesar da delimitação legal, os cuidados de saúde na prisão necessitam ser equivalentes aos fornecidos na comunidade (WHO, 2014). Entretanto, os relatos dos participantes da pesquisa apontam para a demora, a ausência de atendimento de saúde e a falta de autonomia para a busca do serviço – situações que se alinham ao estudo qualitativo suíço que entrevistou 35 PPL maiores de 60 anos: apresentou limitações na infraestrutura das celas, que não se ajustavam às necessidades de saúde específicas e da própria unidade de saúde, agendamentos, medidas de segurança, escassez de certos equipamentos e tratamentos médicos, bem como a limitação de autonomia para o acesso aos serviços (HEIDARI *et al.*, 2017).

Igualmente, o estudo qualitativo italiano com 10 PPL evidenciou que o sistema de saúde naquelas prisões não atende às necessidades das pessoas ali reclusas (TESTONI *et al.*, 2020). Já no Brasil, a pesquisa com PPL, agentes penitenciários e profissionais de saúde de uma unidade prisional masculina em Minas Gerais concluiu que o descaso do Estado com os detentos os submete a condições desumanas e insalubres, tornando-os vulneráveis às doenças (MARTINS *et al.*, 2014).

Nesta perspectiva, o estudo realizado nas prisões chilenas, evidenciou que 44,7% das PPL possuem uma percepção negativa quanto ao acesso ao atendimento de saúde no interior das unidades penais, reportando-o como de difícil acesso. Contudo, é preciso considerar que o acesso aos serviços de saúde prisional possui relação com outras variáveis da vida prisional e, logo um ambiente mais saudável pode repercutir em menores exigências e/ou acionamentos do serviço de saúde. Portanto, os mecanismos indiretos, como melhores estruturas prisionais, recreação,

ocupação produtiva, redução de abusos e violência, poderiam facilitar o acesso a saúde pela população prisional (SANHUEZA; CANDIA, 2019). Assim, as PPL compreendem-se constrangidas, em posições de submissão a uma ordem disciplinar de hierarquia para acessar o serviço de saúde (MARTINS *et al.*, 2014). Assevera-se, destarte, a previsão legal quanto aos cuidados em saúde para PPL equivalentes aos da comunidade, ou seja, atendimentos e cuidados integrais e de qualidade, extensivos ao ambiente prisional salubre.

Tal como no estudo de Heidari *et al.* (2017), na presente pesquisa demonstrou-se que a prisão pode limitar o acesso aos cuidados de saúde relacionado aos horários de funcionamento do serviço de saúde prisional, que pode não atender em período integral, tal como na unidade investigada. A prisão suíça analisada pelos autores também contava com serviços de saúde apenas diurnos, o que implicou em demonstração pelas PPL de necessidade de acionar o serviço de emergência no período noturno, submissão a burocracia e a possibilidade de não atendimento, bem como a necessidade de uma logística da equipe de segurança para o deslocamento da PPL ao atendimento de saúde, o que limita a autonomia dessas pessoas. As PPL suíças expressaram que consultas externas à prisão lhes gerava desconfortos relacionados aos transportes com traje prisional e/ou algemados (HEIDARI *et al.*, 2017).

Já, os fatores que auxiliam na manutenção da saúde das PPL participantes mais citados foram o suporte da equipe de saúde prisional e o acesso à medicação, o que diverge dos achados de Heidari e colaboradores (HEIDARI *et al.*, 2017), no qual as PPL suíças demonstraram falta de confiança, ineficiência dos serviços médicos prisionais e punição por recusar medicamentos, como fatores que os impediam de procurar o serviço de saúde. No estudo suíço, ainda, as PPL apresentaram preocupações em ir ao atendimento de saúde, uma vez que poderia lhes causar: acusação de simular condição clínica (de serem “farsantes”); consequências financeiras negativas (como ser retirado do trabalho); isolamento de PPL doente (HEIDARI *et al.*, 2017). Nos resultados da presente pesquisa, um participante relatou que o profissional médico possuía conduta coercitiva semelhante aos profissionais de segurança; nos demais relatos não se verificou argumento semelhante.

No Reino Unido, 35 PPL afirmaram que os profissionais de saúde não se preocupavam com sua saúde e bem-estar (VIGGIANI, 2007). Um participante desta pesquisa relatou que os enfermeiros do sistema prisional foram seu suporte para

adesão à terapia de HAS. Salienta-se, em relação aos enfermeiros do sistema prisional, a relevância de valores e atitudes que permitam compreender a assistência prestada às PPL como equivalentes às da comunidade, abandonando possíveis práticas punitivas e de pensamentos que essas pessoas não valem os cuidados dispensados. Por fim, tal perspectiva faz parte de um processo de mudança cultural (ROYAL COLLEGE OF NURSING – RCN, 2015), sendo importante a todos os profissionais de saúde que atuam no sistema prisional.

Outrossim, o processo de trabalho da enfermagem nas prisões envolve uma carga emocional complexa, constituindo-se de uma teia intersubjetiva, de níveis interativos, nas relações entre enfermeira/paciente/equipe de segurança, o que se explicita no trabalho conjunto entre essas pessoas, nos efeitos e afetos de cada um. Tal rede intersubjetiva sobre pensamentos e sentimentos é essencial para nortear o comportamento da prática, de modo a explicitar o suporte necessário (NOLAN; WALSH, 2012). Ressalta-se a importância da enfermagem na prestação dos cuidados às PPL, no processo global de cuidados a tais pessoas: avaliação inicial; controle e gerenciamento de agravos crônicos não contagiosos e contagiosos; prevenção e promoção à saúde.

A percepção dos participantes em relação aos funcionários da equipe de segurança da presente pesquisa foi paradoxal, uma vez que foram descritos tanto como facilitadores como dificultadores do acesso ao serviço de saúde, existindo, portanto, uma relação entre equipe e PPL que ora pode ser um GRRs, ora um GRD, visto que são os responsáveis pela decisão e deslocamentos das PPL para o atendimento de saúde.

Heidari *et al.* (2017) obtiveram relatos de PPL idosas que precisaram impor suas personalidades sobre os funcionários da equipe de segurança para obter atendimento de saúde. Ademais, o estudo com 35 PPL do Reino Unido obteve relatos de que os agentes penitenciários não se preocupavam com a saúde e bem-estar das PPL e viviam em uma relação tênue ao estabelecer limites que não poderiam ser ultrapassados, resultando em baixa interação, cujos pedidos de atendimento eram ignorados e desvalorizados (VIGGIANI, 2007). Ao que tange a presente pesquisa, houve relatos de que alguns funcionários da equipe de segurança eram inclusive fontes de informações em saúde para as PPL; apenas um dos participantes afirmou que eles submetiam as PPL a agressões físicas e verbais. Portanto, destaca-se a

imprescindibilidade de repensar o papel social do policial penal e sua formação atrelada aos direitos humanos para o atendimento as PPL.

Crewe *et al.* (2015), em estudo com 114 PPL da Inglaterra e País de Gales, explicitaram que, ao comparar instituições prisionais privadas e públicas, as PPL que estavam nas primeiras sentiam que os funcionários as menosprezavam, as julgavam moralmente, o que tornou suas vidas mais difíceis.

Relativamente ao presente estudo, assevera-se a relação entre a unidade prisional pública com prestações de serviços por empresas privadas: ainda que o estudo tenha sido conduzido em unidade prisional pública, determinadas funções da equipe de segurança são atribuídas às terceirizações de serviços, executados por meio de empresas privadas. Tal modelo tem se expandido no contexto prisional brasileiro, que mantém o caráter público da instituição, mas atribui a execução aos prestadores privados.

Agressões de outros presos também foram relatadas por PPL no Reino Unido (VIGGIANI, 2017), o que corrobora com o relato supracitado, o qual descreve que as PPL são desrespeitadas verbalmente, com humilhações e xingamentos, e fisicamente por meio de spray de pimenta e bala de borracha. Enfatiza-se, contudo, que condições severas de reclusão não reduzem as probabilidades de reincidência, mas podem repercutir em aumento de atividades criminosas pós-soltura (TESTONI *et al.*, 2020), como aponta a presente pesquisa por meio do relato de uma PPL, que sinaliza o desejo de “ser pior” em função das condições as quais está sendo submetido.

Uma PPL do estudo de Viggiani (2017) declarou que possuía medo contínuo de morrer na prisão, em virtude de que a demora para atendimento prévio implicou em parada cardiorrespiratória, o que entendia que poderia ter sido evitado caso tivessem ouvido suas queixas de mal-estar e necessidade de consulta médica. O relato supramencionado também se alinha a uma descrição obtida nesta pesquisa, que demonstra preocupação em apresentar condições agudas na ausência da equipe de saúde na unidade penal e não ser atendido a tempo, em virtude da demora para remoção do cubículo e espera do serviço móvel de urgência. Para melhoria nesse quesito, são relevantes ações, como protocolos de segurança com maior agilidade para remoção da PPL do cubículo e implementação de unidade de urgência e emergência móvel que possa deslocar-se em tempo oportuno. Contudo, é preciso destacar que a demora para o deslocamento da unidade móvel de urgência e emergência é problema compartilhado com a população livre.

O estudo de Heidari e colaboradores (HEIDARI *et al.*, 2017) evidenciou preocupações financeiras e dificuldades para marcação da consulta, a qual necessitou ser mediada por um advogado ou recluso que pagou ele próprio as despesas, elementos que divergem desta pesquisa na medida em que não identificou relatos associados com a necessidade de pagamentos de consultas externas à unidade penal; contudo, converge na perspectiva de dificuldade de acesso ao serviço de saúde. Destaca-se que a interação entre encarceramento e saúde é muito complexo, e pode ser ainda mais preocupante em países sem cuidado universal em saúde (VANJANI, 2017). Ressalta-se que as PPL encontram as mesmas dificuldades de acesso à saúde ao SUS, tal como a população livre. A precarização dos serviços de saúde na última década e a falta de investimentos necessários fez com que aumentasse o número de pessoas que necessitam de atendimento especializado, exames e cirurgias.

As relações com os familiares foram, na presente pesquisa, fatores que influenciaram a saúde: positivamente aos que mantinham seus vínculos, e negativamente aos que não possuíam notícias dos familiares e/ou visitas. As relações sociais, especialmente com a família, estão relacionadas intimamente com a concepção de ser saudável para as PPL, bem como as relações entre presos e profissionais, que podem gerar saúde, em especial, a mental e a emocional (WOODALL, 2010; CREWE *et al.*, 2015). O contato com a família é central aos valores das PPL, na medida em que restaura a dignidade pessoal, impactando positivamente em sua reabilitação e reintegração à sociedade, inclusive com potencial de prevenir a reincidência (TESTONI *et al.*, 2020), corroborando com os achados da presente pesquisa, na qual foi apontado como GRRs e GRD àqueles que tinham vínculos com seus familiares, inclusive a percepção do futuro era mais positiva.

Ainda, majoritariamente, as PPL apresentaram relatos de esperança e expectativa de mudanças no futuro e, quanto à percepção da vida, objetivam: sair da prisão; melhorar ou manter a vida; não retornar à criminalidade e a prisão; manter uma vida mais tranquila, em paz; estar próximo de seus familiares, em especial dos filhos; viver de forma saudável; inserir-se em um trabalho; manter-se em cessação do uso de drogas. O momento na prisão, por eles, é percebido como processo de recuperação, de reflexão, de sofrimento, de intervalo na vida e de cessação do uso de drogas. A fé, a religiosidade e a família são apontadas como suportes para manter sonhos e forças para continuarem bem e com expectativas para o futuro.

Em discordância com os supramencionados achados, o estudo italiano com 10 PPL condenadas a prisão perpétua demonstraram dificuldades para imaginar e planejar suas vidas, uma extrema negatividade, compreendendo que a prisão era pior do que a morte em si, a doença terminal e a tortura. Para essas pessoas, a dor crescia na medida em que compreendiam que não voltariam para seus entes queridos e a uma vida livre; assim, os presos viviam em uma condição em que qualquer valor que implicasse sentido à vida fosse destruído. Assim, apreende-se que, mesmo a prisão sendo ambiente limitador nos sonhos e esperanças, a possibilidade de retornar à sociedade é fator preponderante para o bem-estar e QV das PPL.

A atuação em atividades laborais que envolva educação e/ou papéis de suporte de seus pares (outras pessoas presas) pode trazer benefícios às PPL, uma vez que pode-se supor que tais pares contribuirão com sua saúde, pois relacionamentos produtivos na prisão podem criar um sistema mais harmonioso (VIGGIANI, 2007), o que se destaca nos relatos das PPL da presente pesquisa, quanto à figura do preso nomeado como “faxina” (PPL que trabalha na galeria), que atua como um interlocutor entre as PPL e os funcionários da equipe de segurança e saúde.

Pondere-se que o encarceramento em si, é prejudicial à saúde, uma vez que as estatísticas não capturam as experiências vividas na prisão. Apesar das estatísticas demonstrarem que a mortalidade entre PPL é menor que mortes de adultos da comunidade, não significa que o encarceramento é fator que melhora a saúde, apesar de constituir-se de oportunidade à saúde pública para diagnóstico de DCNT, doenças infectocontagiosas, cessação tabágica, dentre outros.

O viver na prisão implica em consequências relacionadas ao confinamento em si. Ainda, as condições materiais de confinamento contribuem para problemas de saúde, como: más condições de habitação, alimentação inadequada, pobreza, discriminação, perda de apoio, falta de redes de apoio e controle sobre suas vidas. A falta de autonomia pode lhes tornar imaturos, cansados e desanimados, o que prejudica a participação social podendo igualmente afetar sua saúde (VANJANI, 2017).

Corroboram com os achados desta pesquisa, o estudo qualitativo italiano, no qual identificou-se a obstrução da liberdade social – as PPL não podem decidir sobre suas vidas e pelos outros, sua privacidade e autodireção são severamente limitadas –, implicando que necessitem solicitar autorização para quaisquer atividades, seja lazer, tratamento, educação, trabalho, dentro ou fora da prisão (TESTONI *et al.*, 2020).

O ponto crucial para a não abordagem, nas condições de confinamento, à saúde das PPL enraíza-se na organização social que utiliza a crença de que os presos são diferentes das outras pessoas, como se fossem cidadãos de segunda classe, sendo que a prisão atua não como mecanismo de reabilitação, mas de retribuição e punição (VANJANI, 2017). Retoma-se que, ao contrário dos outros ambientes de prestação de cuidados de saúde, a prisão não tem como função principal a saúde pública, mas a segurança pública; desse modo, embora os cuidados de saúde sejam vistos como necessários, não são prioritários (WANG *et al.*, 2019). Ressalta-se a importância da composição das equipes de saúde prisional em número adequado ao das PPL, conforme previsto na PNAISP, permitindo que possam advogar pelas PPL para o cumprimento do direito a saúde.

No que se refere ao cotidiano na prisão, conforme os relatos apresentados pelas PPL, apresenta uma rotina bem estabelecida e estruturada, evidenciados em seus depoimentos quanto ao andamento do cotidiano. No entanto, é preciso considerar que a rotina prisional se constitui de um paradoxo, na medida em que pode ser monótona e prejudicial; e/ou, em contrapartida, favorecer o bem-estar e a saúde mental ao passo em que as PPL podem sentir algum controle sobre suas vidas (WOODWALL, 2022).

Na rotina das PPL estudadas, observou-se a ausência de atividades ou presença de ociosidade na prisão em 25 referências codificadas; assim, vivem sem ocupações e/ou objetivos, usando grande parte deste tempo para dormir e/ou refletir sobre a vida. Expressaram, ainda, a dificuldade de serem implantados em atividades de estudo e/ou trabalho, bem como aqueles já implantados apontaram para um tempo mínimo, diminuto, reservado a tais atividades. Corroborou, desse modo, com estudo etnográfico realizado com 500 PPL do sexo masculino no Reino Unido, o qual concluiu que tais sujeitos eram forçados a longos períodos de ociosidade e/ou subempregos na prisão e, assim, queixaram-se de ociosidade, apatia, tédio e falta de motivação – sendo que as oportunidades de educação e treinamento eram limitadas e racionadas, apesar das previsões legais para tal.

A pesquisa com PPL italianas encontrou relatos de que a educação e o conhecimento, em suas percepções, poderiam aumentar a confiança dos presos nas instituições e em toda a sociedade, inclusive, uma vez que lhes fornece motivação existencial para se tornarem pessoas melhores (TESTONI *et al.*, 2020). Contudo, pontua-se que, no Brasil, a previsão legal explicitada na LEP (1986) parece não ser

suficiente para garantir às PPL o acesso aos direitos como a de educação, de saúde e o de trabalho.

O ambiente em que vivem a maior parte de seus dias, o cubículo ou cela, são descritos pelas PPL como pequenos, pouco ventilados, insalubres, espaço de quarto/banheiro compartilhado, não mantendo temperaturas confortáveis (calor extremo no verão e muito frio no inverno, sendo o período de frio acentuado pela falta de roupas, cobertas e ventilador que não pode ser desligado, conforme relato de um participante), a porta é totalmente fechada e impossibilita visão externa e a própria ventilação, compartilhados com cinco até oito pessoas. Neste sentido, assevera-se que um dos participantes relatou que vivem em condições piores que as de animais.

Assim, tais situações alinham-se ao estudo suíço com PPL maiores de 60 anos, que também encontrou estruturas de celas não ajustadas às necessidades de saúde (HEIDARI *et al.*, 2017). Prisões saudáveis, no componente do SOC compreensibilidade, quanto à estrutura, devem garantir que o tamanho dos espaços seja suficiente para o número de pessoas que nele interagem, evitando-se a superlotação (WOODWALL, 2022). É imprescindível repensar a estrutura prisional, a fim de adequá-las às condições adequadas de salubridade, tanto no sentido de garantir saúde quanto no de ressocialização das pessoas privadas de liberdade; bem como é essencial pensar em retorno em condições melhores ao contexto social, se lhes são designadas condições de vida que desconsideram os direitos humanos fundamentais.

A superlotação nas prisões é uma questão a ser analisada ao reflexionar sobre a saúde nas prisões, visto que possuem relação direta e recíproca. No contexto brasileiro, entre 2011 e 2021, existiam cerca de 66% mais presos do que vagas existentes e, mesmo diante de tal cenário, o país apresenta tendência de crescimento no aprisionamento. Assim, as PPL brasileiras convivem com: superlotação; condições sanitárias rudimentares; alimentação insuficiente; ausência de assistência médica, jurídica, educacional e profissional; violência entre presos e servidores do sistema penal; uso de drogas; sedentarismo; elementos que, somados, transformam a prisão em um local de risco à saúde (VIGGIANI, 2007; CNJ, 2022; MARTINS *et al.*, 2014).

O cenário da presente pesquisa não apresentava superlotação, se encontrava com número inferior de PPL relacionado à capacidade instalada constante (CNJ, 2020); o que não nos parece suficiente, contudo, para oferecer um local digno para as pessoas ali reclusas. Nesta perspectiva, em pesquisa realizada nas prisões de

Chorrillos, no Peru, concluiu-se, de acordo com 10 especialistas, que a estrutura da unidade prisional estava em estado de degradação e não fornecia serviços de saúde mínimos; e, conforme 30 PPL do sexo feminino, apontaram que a situação era precária (VILDOSO-CABRERA *et al.*, 2019).

Para as PPL não incluídas em atividades laborais e/ou estudo, são rotina os longos períodos que permanecem nos cubículos, uma vez que têm atividades externas à cela por cerca de 40-60 minutos ao dia, demonstrando a necessidade de maior tempo fora dela, acesso ao ar livre e à luz natural para se sentirem bem – o que se alinha ao componente SOC gerenciamento e significado – a ser pensado nas estruturas de prisões saudáveis. Ainda, as atividades físicas regulares são importantes para manter e melhorar a saúde de pessoas presas, bem como mudanças estéticas na prisão e espaços adequados para recepção de visitantes (WOODWALL, 2022). A reorganização nas rotinas prisionais objetivando favorecer o acesso das PPL ao ar livre e atividades físicas por período superior; organização de programas de acesso ao trabalho e estudo pela gestão das unidades penais para todas as PPL e remodelagem das estruturas nas prisões, são elementos chave para um molde prisional menos atrelado à punição.

A limitações de tempo e espaço para atividades físicas foram apresentados pelos participantes na pesquisa como elementos que dificultam a manutenção de sua saúde na prisão. Em comparação, um estudo suíço que utilizou Yoga como forma de atividade física com 152 PPL obteve melhora nos níveis de angústia, medo de perder a autonomia, problemas de memória, tomada de decisões, concentração, pensamento obsessivo e disfunção corporal. Os usuários que foram submetidos a outras atividades físicas de livre escolha, não a Yoga, também obtiveram melhora no sofrimento. Destarte, concluíram que as atividades físicas reduzem o sofrimento psicológico e psiquiátrico, ansiedade e depressão em PPL: tanto a Yoga quanto outras modalidades (STENDLA *et al.*, 2018).

Outro elemento que foi apresentado ora como GRRs e ora como GRD foi a alimentação na unidade penal; para alguns, o fato de ser planejada por um nutricionista facilitaria a manutenção de uma dieta adequada; entretanto, para outros, consistiu em fator que dificulta a manutenção da saúde no âmbito prisional, em virtude de: abundância e a dificuldade em manter uma dieta saudável, atrelada, inclusive, à ansiedade gerada pelo contexto de prisão; a restrição na quantidade de oferta de alimentos, como frutas e verduras; a oferta frequente de alimentos industrializados,

como empanados e salsichas, e a restrição de entrada de alimentos externos na unidade.

O estudo de Minayo e Ribeiro (2016) com 25 PPL do estado do Rio de Janeiro, no Brasil, evidenciou uma má avaliação da alimentação nas prisões naquele contexto, se mostrando repetitiva, de baixa qualidade, com produtos industrializados e pouco saudável. Houve, naquele estudo, relato de comida insípida, estragada, com impureza e insetos, bem como períodos de fome. O referido estudo alinha-se ao que se encontrou na presente pesquisa devido à baixa qualidade nutricional, mas diverge quanto aos demais elementos.

A alimentação adequada estabelece as condições de saúde – que deve cumprir normas de higiene e dieta, com controle por nutricionista, cujo valor nutricional deve ser suficiente para manutenção da saúde e vigor físico das PPL (PNAISP, 2014; ANVISA, 2004). Contudo, apesar da previsão legal sobre a regulação do direito à alimentação, infere-se que não foram suficientes para implementação de políticas públicas de acesso à alimentação nas prisões. Tal como evidenciado em estudo qualitativo com PPL, familiares e profissionais, no Rio de Janeiro, em período de Pandemia, a obrigação com a alimentação dos apenados foi compartilhada entre Estado e família, sem supervisão de profissional nutricionista (GARAU; LIRA; KOPKE, 2022). Nesta pesquisa, entretanto, foi explicitada a presença do profissional nutricionista, mas não a qualidade nutricional esperada. Ressalta-se a importância de um trabalho interdisciplinar para que possam ser analisadas as condições de saúde da população de PPL e, a partir disso, que seja possível rever a proposta alimentar para as unidades prisionais.

A proibição de dispositivos de saúde na prisão encontrado em estudo suíço (HEIDARI *et al.*, 2017) assemelha-se a relatos encontrados na presente amostra, acerca de regras institucionais quanto à proibição para uso de materiais improvisados (pesos) no cubículo para realizar atividades físicas; restrição de entrada de determinados alimentos e medicamentos; banho apenas uma vez ao dia e a opressão.

As informações em saúde no contexto prisional, de acordo com os participantes da pesquisa, são prioritariamente provenientes: do ambulatório da unidade penal e/ou os atendimentos de saúde; seguidos do rádio e da televisão. Contudo, cinco usuários explicitaram que não têm acesso à informação ou as conseguem raramente. É preciso ponderar o papel de destaque da equipe de saúde para a promoção em saúde, educação em saúde, neste cenário. Assim, a educação em saúde nas prisões deve

ser ofertada visando melhorias, bem como objetivando tornar sólidos os níveis educacionais das PPL, o que deve ser aliado ao direito à saúde e ambientes adequados (VILDOSO-CABRERA, 2019).

No contexto prisional, componente da APS, a melhora da LS, isto é, o processo constante de aprendizado dos recursos de saúde e da compreensão acerca da assistência à saúde, são elementos primordiais para melhorar o modo de trabalhar com os estressores ou riscos à saúde e aumentar a capacidade e o interesse das pessoas na participação social, uma vez que se reconheçam como portadoras de direitos. Assim, a LS é uma opção tanto para combate da desinformação quanto ferramenta de trabalho aos profissionais da saúde, na medida em que remete ao desenvolvimento de capacidades na pessoa para que tenha autonomia de escolha, de modo que possa, além de tomar seus medicamentos, acessar informações para refletir sobre sua doença, tratamento e formas de promover a saúde própria e de demais pessoas com quem se relaciona (CENTRO DE SALUTOGÊNESE DA UNIVERSIDADE DE ZURIQUE, 2022; SOUSA, 2022).

Cabe destacar que apesar de todas as dificuldades para a manutenção da saúde na prisão explicitadas pelas PPL da pesquisa, eles executam ações possíveis na busca da saúde, tais como: tomada das medicações conforme indicado; cuidados com a dieta; atividades físicas; atendimentos com os profissionais de saúde; estímulo da ingestão de água; a restrição de alimentos com muito sal; sono adequado; o controle do estresse e da ansiedade; leitura. Inclusive, quatro participantes obtiveram, com suas ações, perda de peso e controle pressórico. No entanto, outros quatro participantes relataram não realizar nenhuma ação para manter sua saúde.

É preciso ponderar que os recursos de enfrentamento, sua disponibilidade e utilização são percebidos de modo diferenciado entre as pessoas; assim, mesmo diante de fatores estressantes, algumas pessoas manifestam a capacidade de controlar, manejar e gerir a tensão e estresse, enquanto outros sujeitos não obtêm o mesmo resultado (ANTONOVSKY, 1979). Assim, é preciso não apenas conhecer os estressores, mas compreender como as pessoas, em especial, os que se apresentam em condições de vulnerabilidade, tal como as PPL, cujos recursos são escassos, manejam as tensões e combatem os estressores.

Destaca-se que na subcategoria “busca pela manutenção da saúde antes da prisão”, os relatos prioritários foram de: ausência de cuidados; falta de preocupação; uso de drogas, bebida alcoólica e fumo; inatividade física. Ademais, para quatro

participantes, a unidade penal representou o contexto de diagnóstico e início de tratamento da HAS, bem como cinco participantes destacaram que estão cuidando melhor de sua saúde na prisão, se comparado ao período em que estiveram em liberdade, relacionado à cessação do uso de drogas, bebida alcoólica e cigarro e ao controle alimentar.

Pondera-se que a marginalização do acesso à saúde das PPL é prévia ao momento de privação de liberdade, que se relaciona com a vulnerabilidade social, problemas de saúde (doenças crônicas não tratadas e doenças mentais), consumo elevado de drogas ilícitas e álcool; o que se mantém e aprofunda com o acesso restrito aos serviços de saúde prisional e condições insalubres das unidades (TROTTER *et al.*, 2018).

Em pesquisa com PPL, agentes penitenciários e profissionais de saúde de uma unidade prisional masculina em Minas Gerais, Brasil, desvelou-se que as três categorias percebem o direito à saúde como norma que não se concretiza no cotidiano da vida das PPL (MARTINS *et al.*, 2014). Cabe destacar que a carga de doenças não tratadas no contexto prisional retornará à comunidade no momento de liberdade das PPL: assevera-se que o acesso à saúde se relaciona à justiça social.

Neste sentido, é preciso que o processo de retorno à sociedade seja pensado e planejado, desde a entrada no contexto prisional, trabalhando-se com os fatores que podem auxiliar as pessoas no momento de retorno à comunidade. Em pesquisa realizada com 207 mulheres que saíram da prisão na Colúmbia Britânica, no Canadá, encontraram como fatores que se relacionavam com a reincidência: não ter um médico ou dentista de família; escolaridade menor que o equivalente ao ensino médio; índice de delito de drogas ou roubo de 5 mil dólares; saúde geral precária; tratamento para Hepatite C; saúde nutricional ou espiritual precária e uso de maconha e cocaína. Já a boa saúde física e espiritual, ensino médio e prisão por delito de drogas *versus* outros crimes foram protetores contra a reincidência. Concluíram, neste sentido, que as estratégias de saúde, em especial na admissão na prisão, junto de tratamentos para trauma, transtornos psiquiátricos e doenças crônicas podem influenciar nas taxas de reincarceramento. O acesso aos cuidados de saúde após a prisão é essencial, bem como a integração da saúde prisional com a da comunidade (JANSSEN *et al.*, 2017).

Pode-se apontar como ações promotoras de saúde, a descrita em revisão sistemática acerca da efetividade de terapia assistida com cães, a qual evidência que

pode constituir-se de importante ação para melhorar de pessoas presas de ambos os sexos: saúde, controle emocional, habilidades acadêmicas, ansiedade, estresse, reincidência, papel social, empatia, autocontrole (VILLAFAINA-DOMÍNGUEZ *et al.*, 2020).

Outro exemplo é a fazenda de cuidados para adultos infratores, analisada em estudo realizado na Inglaterra com sete PPL uma ex-PPL, cinco funcionários do sistema prisional e seis fazendeiros, na qual infere-se que auxiliar no crescimento pessoal por meio de atividades significativas, motivadoras e estimulantes, gere interações calmantes e desenvolvimento de novas habilidades e confiança (MURRAYA *et al.*, 2019).

Retoma-se que a DUDH postula que todo ser humano e sua família possuem direito a um padrão de vida que lhes assegure saúde e bem-estar; os quais são extensivos à alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e sociais, bem como direito à segurança em situações em que tenham perda dos meios de subsistência em condições fora de seu controle (DUDH, 1948), situação que se desdobra, portanto, às PPL e seus direitos. Ademais, a PNAB (2017) explicita o compromisso na promoção da saúde, prevenção, tratamento, redução de danos ou sofrimentos que possam comprometer o modo de vida da pessoa ou da coletividade, no contexto brasileiro.

Diante do exposto, destaca-se que a noção de “prisão saudável” permanece como um paradoxo, caso mantenha-se sem a implementação de reformas significativas na administração e no modo como as pessoas presas são tratadas. A saúde pública nas prisões necessita desafiar os determinantes sociais e estruturais, não se limitando às ações individuais de promoção de estilos de vida mais saudáveis (VIGGIANI, 2007); ainda que tais ações individuais possam trazer resultados pontuais, a mudança precisa ser ampla.

Recomenda-se que o sistema prisional seja repensando como uma política intersetorial, em especial pela saúde e segurança pública, objetivando propor melhorias em tal cenário, como: remodelagem das estruturas das unidades prisionais que atendam aos requisitos da DUDH; reorganização das rotinas prisionais a fim de favorecer o acesso das PPL ao ar livre e atividades físicas por período superior; organização de programas de acesso ao trabalho e estudo pela gestão das unidades penais para todas as PPL, com possibilidade de integração da unidade penal com o

contexto de trabalho extramuros; integração da saúde prisional com a saúde pública, a fim de garantir cuidados equivalentes.

8.4 FASE 3: INTERVENÇÃO E DADOS INCORPORADOS

A intervenção realizada na pesquisa obteve aceitação de 97,4% e a finalizaram com 78,9%; já o estudo de Khavjou *et al.* (2007), que também pesquisou com PPL, obteve taxa de aceitação de intervenções relacionadas ao estilo de vida de 53,3% e de conclusão de 42,5%; foi, portanto, positivamente avaliada pela totalidade de PPL participantes do estudo, expresso nos relatos de melhoria no conhecimento e informações em saúde e sobre o manejo da doença, alinhando-se com atividade de educação em saúde realizada por Maestre-Miquel *et al.* (2016) a qual obteve 96,9% de satisfação das PPL, o que demonstra a grande disponibilidade desse grupo populacional para as práticas promotoras de saúde.

Em intervenção de Moraes *et al.* (2019), as PPL que participaram apresentaram comportamento proativo, explicitado por interesse nos temas, bem como questionamentos e partilhas de experiências nas atividades, corroborando com o comportamento das PPL com HAS incluídas na presente pesquisa, as quais foram participativas e colaborativas durante as atividades individuais e em grupos de discussão, inclusive 30 participantes manifestaram qualitativamente a satisfação com as atividades propostas.

Cabe retomar que a educação em saúde, estratégia utilizada nesta pesquisa para a intervenção, constitui-se de ferramenta fundamental para promoção da saúde, de hábitos mais saudáveis e prevenção de doenças nas prisões. Contudo, é preciso pontuar que as ações de promoção da saúde nas prisões ainda são básicas e insuficientes e, os programas de promoção a saúde precisam ser pautados nas características da população prisional, uma vez que, se planejados desde as características da população geral, estão fadados ao insucesso e/ou baixos resultados (SERROUKH; RAMÍREZ, 2022).

Nesta pesquisa procurou-se pautar as intervenções, individuais e em grupos de discussão, nas necessidades expressas pelas PPL tanto qualitativamente – como a falta de informações e limitadas fontes desta, ações realizadas para manutenção da saúde e/ou não realizadas, hábitos de vida relacionados, GRRs disponíveis – quanto

nos dados quantitativos obtidos por meio dos instrumentos de diagnóstico situacional e clínico – SOC, LS, HK-LS.

Após as intervenções de enfermagem realizadas durante a pesquisa, observou-se que o SOC geral e/ou seus componentes não apresentaram elevações em suas médias, inclusive ocorrendo diminuição nos índices de SOC forte, se mantendo, contudo, os níveis de SOC fraco e aumentado ligeiramente o SOC moderado. Pondera-se, no entanto, que apenas uma PPL apresentava SOC fraco no T0, que manteve no T2. O componente significado foi o que apresentou questões com maiores pontuações, reforçado pela fase qualitativa, que identificou predominância de esperanças quanto à vida e o futuro entre as PPL com HAS.

A presença de GRRs relatados pelas PPL na fase qualitativa, relacionados ao ambiente, aos cuidados pessoais e ao suporte social, podem ter relação com os índices elevados de SOC encontrados nesta pesquisa, apesar do contexto desfavorável de privação de liberdade. Assim, podem ser utilizados pelas PPL para compreender e gerenciar sua vida na prisão, demonstrado pelas referências codificadas na subcategoria “Fatores que auxiliam a manutenção da saúde na prisão”.

Todavia, em algumas questões (8, 10 e 21) do componente compreensão algumas PPL (n=3) apresentaram pontuações mínimas relacionadas ao seu passado/futuro/sentimentos; no componente manuseio (questões 6 e 9), com pontuações inferiores a 2 (n= 14 e 15), vinculado ao suporte das pessoas e a sentir-se injustiçado; o que se infere alinhado aos GRDs/ausências expressas pelas PPL na categoria “Fatores que dificultam a manutenção da saúde na prisão”, tais como: as limitações na prisão, a distância de seus familiares, demora ou ausência de atendimento de saúde e falta de autonomia, entre outros; e nas 31 referências codificadas na subcategoria “Desesperanças”, na qual alguns participantes expressaram o sofrimento na prisão, a falta de perspectivas com a vida e com o futuro.

Retoma-se, neste sentido, que Antonovsky acreditava que o SOC era uma entidade estável, que se desenvolve no início da vida adulta e se estabiliza por volta dos 30 anos. Contudo, estudos como o de Odajima e Sumi (2018) e Suwam *et al.* (2018), questionam tal estabilidade e relatam intervenções que obtiveram sucesso no fortalecimento do SOC em populações adultas. Assim, como consequência de não existir um entendimento claro dos mecanismos subjacentes ao SOC, é um desafio delimitar o que é necessário em atividades de promoção da saúde com vistas ao fortalecimento do SOC (SUPER *et al.* 2015).

Para Super e colaboradores (SUPER *et al.*, 2015) dois processos precisam ser incluídos de modo integrado nas ações de promoção da saúde para fortalecer o SOC: capacitar as pessoas para identificar GRRs apropriados para lidar com os estressores da vida cotidiana; e encorajar as pessoas a refletir sobre as situações estressantes para torná-las capazes de entender o estressor que enfrentam, a fim de identificar o GRRs que podem usar para lidar com o estressor e sentir que lidar com a situação pode ser significativo.

Nesta perspectiva, o profissional de saúde tem como papel: apoiar e fornecer opções que permitam que as pessoas façam escolhas, e apontar os principais determinantes de saúde para tornar as pessoas conscientes deles e permitir que os utilizem. O foco está na aprendizagem reflexiva, que permita às pessoas lidar com os estressores, podendo fortalecer o SOC, e favorecer o combate aos estressores futuros (SUPER *et al.*, 2015).

Ainda que nesta pesquisa haja predomínio de SOC forte, é preciso considerar a disponibilidade de recursos no ambiente onde as pessoas vivem, uma vez que ações promotoras de saúde também se relacionam com a criação de ambientes saudáveis e de apoio, nos quais exista abundância de recursos disponíveis para lidar com os estressores. Assim, a promoção da saúde nas prisões perpassa, também, as mudanças estruturais e organizacionais, não se limitando aos processos de reflexão e mudanças individuais (SUPER *et al.*, 2015).

Para o cenário estudado, sugere-se que sejam repensadas as estruturas organizacionais e rotinas institucionais, ao que pode inferir-se a dificuldade de fortalecimento do SOC, uma vez que é uma medida global e implica em mudanças amplas. Ainda que se tenha identificado GRRs nos relatos das PPL, não eram abundantes, predominando os GRDs, evidenciado na categoria “Recursos e/ou ausência destes na manutenção da saúde”. Entretanto, o fato de existirem recursos sinaliza para a possibilidade de mobilizá-los no processo de gerenciamento da doença e da vida na prisão, uma vez que, de acordo com Super *et al.* (2015), ainda que a disponibilidade de recursos influencie o SOC, não é a disponibilização que determina sua utilização.

Já no que se refere à LS, abordada nesta pesquisa como um GRR, após a atividade de intervenção obteve-se aumento na média geral de 21,0 ($\pm 6,2$) no T0 para 23,3 ($\pm 5,4$) no T2 27,2 ($\pm 6,2$), demonstrando significância estatística ($p=0,001$). Em relação aos componentes da LS, os fatores estruturais obtiveram aumento no T0

média de 11,2 ($\pm 5,3$) e no T2 13,8 ($\pm 4,4$); o componente busca de informações em saúde obteve aumento no T0 média de 6,4 ($\pm 2,1$), mantendo-se no T2 6,4 ($\pm 2,7$); o conhecimento crítico em saúde obteve no T0 média de 4,7 ($\pm 2,6$) e no T2 de 7,0 ($\pm 2,5$), ambos tempos demonstrando aumento nas médias em relação ao T0.

Os relatos dos participantes se alinham aos dados quantitativos, uma vez que no T0 houve relatos de ausência de fontes de informações e, os que as tinham, as vinculam à equipe de saúde, em maioria. Considera-se que a subcategoria “Fatores que dificultam a manutenção da saúde na prisão” apresenta como GRD a demora e ausências de atendimentos de saúde e a falta de autonomia na busca do serviço, o que pode repercutir em dificuldade aumentada para o acesso às informações. No T2, após as intervenções, na avaliação, os relatos de melhoria nas informações em saúde, no modo de acessá-las/buscá-las criticamente e compartilhá-las foi expresso nos relatos das PPL.

Ainda que as médias tenham apresentado aumento, $n= 9$ (30%) das PPL, mesmo após as atividades de intervenção mantiveram proporções de LS menores que 50%, o que explicita a necessidade de implementação de ações continuadas, não apenas pontuais, como as intervenções desta pesquisa, especialmente considerando a proporção de escolaridade <12 anos para 73,3%, podendo influenciar sobre os resultados. Ainda mais, o dado é paradoxal em relação aos relatos das PPL, uma vez que a totalidade expressou resultados positivos com a intervenção.

Em contraponto ao que se apresenta nesta pesquisa, um estudo quase-experimental de Moraes *et al.* (2019), em Portugal, com 40 PPL, 20 controles e 20 em programa de educação terapêutica em 4 eixos: saúde global, higiene, bem-estar; alimentação e saúde; gestão doença; e gestão/compreensão da informação em saúde; o estudo, então, não verificou diferenças na LS com significado estatístico entre os grupos. Estavam presentes índices inadequados e/ou problemáticos, tanto geral quanto nos domínios da LS, em 60% das PPL, analisados por meio do Questionário Europeu de LS.

A LS envolve um processo contínuo de aprendizagem, a fim de capacitar a pessoa para o alcance de seus objetivos, desenvolvimento de seu potencial e conhecimento, objetivando que alcance o potencial máximo de qualidade e bem-estar (SABOGA-NUNES *et al.*, 2019). No contexto prisional, as ações de fortalecimento da LS necessitam se concretizar como rotinas/protocolos institucionais no manejo das DCNT, e em especial da HAS.

Quanto ao HK-LS, observou-se que após as atividades de educação em saúde, em grupo e individuais, ocorreu aumento na média geral e diminuição no desvio padrão; assim, as médias e desvios padrões foram: T0 15,2 ($\pm 3,4$), T1 19,3 ($\pm 2,7$), T2 20,43 ($\pm 1,3$). Das PPL, aquela que obteve menor média no HK-LS acertou 77,3% das questões. Demonstrou significância estatística em todos os componentes do HK-LS, refletindo que as atividades de educação em saúde se mostraram importantes para o aumento nos níveis de conhecimento em HAS ao grupo de PPL inseridos na pesquisa. No entanto, não foi suficiente para representar aumento em todos os componentes para alguns participantes, em especial nos componentes definição, o qual manteve valor zero para $n= 5$ (16,7%) e dieta $n= 2$ (6,7%).

Ainda no T0, na subcategoria “A busca pela manutenção da saúde na prisão” as PPL manifestaram ações que realizavam para manter sua saúde e manejar a HAS, sendo que as prevalentes foram: a tomada das medicações, os cuidados com a dieta, as atividades físicas e os atendimentos com os profissionais de saúde. No entanto, três participantes referiram não realizar nenhuma ação. Elementos que corroboram com os dados quantitativos, ainda que busquem executar ações, podem não atingir o cuidado necessário para o controle da doença e manutenção da saúde.

No T2, as PPL explicitam a aquisição de conhecimento acerca de sua saúde e doença; por mais que tenha sido maximizado quantitativamente e também na percepção dos participantes, não atingiu elementos importantes como compreender a doença (domínio definição) e cuidados com a dieta (domínio dieta), mesmo que para minoria dos participantes. Evidencia-se, então, a necessidade de que as ações de educação em saúde sejam permanentes nas unidades penais, a fim de atingir aqueles sujeitos que possam apresentar maiores limitações no processo de compreensão da doença e tratamento.

Pondera-se que a subcategoria “A busca pela manutenção da saúde antes da prisão” expressa a marginalização aos cuidados de saúde prévios à detenção, manifestados nos relatos, majoritariamente, revelando que não cuidavam de sua saúde e/ou cuidavam mal ($n= 21$) e hábitos como uso de bebida alcoólica, drogas ilícitas e fumo, sedentarismo, ausência de cuidados com a sua dieta; uso irregular da medicação e ausência de atendimentos com profissionais de saúde e/ou exames.

O estudo qualitativo realizado por Mohan *et al.* (2022), com 16 PPL e 11 funcionários do sistema penal na Suíça, concluiu que as PPL possuíam conhecimento limitado acerca dos fatores de risco cardiovasculares, e que a maioria não conseguia

descrevê-los ou apenas identificava um ou dois fatores de risco. O risco cardiovascular foi associado ao risco com problemas de saúde mental, tédio e impotência. Mesmo quando demonstraram o desejo de redução nos fatores de riscos, as PPL não possuíam conhecimento de como fazê-lo, mas a maioria não demonstrou preocupação com os riscos percebidos (MOHAN *et al.*, 2022). Nesta perspectiva, a educação em saúde é fundamental no processo de melhoria de conhecimentos e sensibilização quanto aos fatores de risco também na prisão.

Ademais, quanto ao presente estudo, os dados quantitativos que apresentaram o aumento nas médias na LS e HK-LS após as intervenções, são justificados e expressos nos relatos dos participantes, no T0 acerca de sua condição anterior a intervenção; e no T2 acerca da intervenção e sua repercussão no aumento do conhecimento, nas informações e sua busca crítica, a sanar dúvidas, lidar com a doença e motivação.

Khavjou e colaboradores (KHAVJOU *et al.*, 2007) apontam a necessidade de implementação de triagem para risco cardiovascular, a fim de identificar pressão sanguínea alterada e/ou outros achados anormais que, do contrário, não seriam identificados e tratados precocemente. Ainda, enfatizam a relevância de programas educacionais e intervenções relacionados ao estilo de vida, que oferecem oportunidade, às PPL, de adquirir novos conhecimentos e habilidades para o desenvolvimento de dietas mais saudáveis, aumento de atividades físicas e abandono do tabaco.

O período de privação de liberdade constitui-se de oportunidade única para atingir populações financeiramente vulneráveis, com alto risco para DCNT e transmissíveis, no sentido de possibilitar a vinculação das PPL ao serviço de saúde e planejar a continuidade do tratamento no momento posterior à prisão, minimizando os efeitos deletérios da prisão na vida dessas pessoas, facilitando sua reentrada na sociedade. A continuidade dos cuidados prisão/comunidade pode proteger a saúde das PPL em relação à HAS e outras DCNT (KHAVJOU *et al.*, 2007; WANG *et al.*, 2009). Contudo, ainda que a privação de liberdade pareça protetora em alguns fatores de risco, apresente conotações positivas para alguns segmentos da população, isso não a torna menos prejudicial ou seu estigma menor (SCHNITTKER; JOHN, 2007).

O período após a libertação pode levar a descontinuidade dos cuidados de saúde, relacionado a preocupações diversas com a vida, como moradia, emprego, reunificar-se com a família, além de gerenciar os problemas crônicos de saúde.

Poucas PPL são conectadas com os serviços da comunidade para dar continuidade em seus tratamentos, o que é indispensável para o controle da HAS (HOWELL *et al.*, 2016).

Apesar de as PPL terem acesso às medicações durante o encarceramento, muitos não possuem permissão para administrar seus próprios medicamentos quando estão encarcerados e possuem baixas taxas de alfabetização em saúde. Outro elemento apresentado pelo autor é que os piores controles da PA se relacionam com a falta de coordenação do cuidado, que poderia melhorar o gerenciamento de condições crônicas (HOWELL *et al.*, 2016).

Na unidade alvo desta pesquisa, as PPL possuíam autonomia na tomada de suas medicações, que eram fornecidas pela equipe de saúde mensalmente, o que se percebe positivamente à continuidade do cuidado no contexto pós-prisão. Ademais, diante do aumento da LS e HK-LS no T2, após intervenção, depreende-se a relevância do gerenciamento da doença crônica pelos profissionais de enfermagem a fim de fortalecer as habilidades das PPL para o autocuidado no âmbito das prisões e para a transição do cuidado para a comunidade.

Em relação aos dados clínicos mensurados, a CA obteve diminuição significativa entre os T0 e T2, contudo apresentou valores médios de 99,4 cm, superior ao de 211 PPL na Espanha, que apresentaram média de 84 cm (VERA-REMARTINEZ *et al.*, 2018). Em relação ao peso, não se obteve significância, mas entre os 30 participantes que concluíram a intervenção, n= 14 (46,7%) apresentaram perda de peso durante as intervenções, cujos melhores índices foram respectivamente: 9,6 Kg (PM_11), 6,4 Kg (PM_29) e 4,8 kg (PM_38 e 26).

Nas PPL espanholas do estudo supracitado, a obesidade obteve proporção de 13,2% (VERA-REMARTINEZ *et al.*, 2018). Já nesta pesquisa, se encontrou 50% de PPL com HAS obesas no T0 e T2. Considera-se para tal resultado a falta de autonomia no controle da alimentação no âmbito prisional e a ingesta de alimentos que implicam em risco cardiovascular, relacionados ao excesso alimentar e ao abuso de alimentos não saudáveis, tal como explicitado em estudo de Vera-Remartinez e colaboradores, com 211 PPL espanholas (VERA-REMARTINEZ *et al.*, 2018). Na presente pesquisa, verificou-se que a dieta teve como maior grupo alimentar os carboidratos (feijão e arroz) e baixa ingesta de frutas, verduras e legumes.

Pontua-se que, na Espanha, as PPL possuíam cantinas na prisão, com possibilidade de escolha de alimentos (VERA-REMARTINEZ *et al.*, 2018), o que não

se verificou na unidade alvo desta pesquisa, cuja dieta era predominantemente fornecida pela unidade penal e alguns itens trazidos por familiares, o que limita a autonomia na escolha da alimentação por essas pessoas.

Acerca da PA, obteve-se aumento na ótima, normal e limítrofe, e diminuição na PA estágio I e II, com significância para PA ótima. No T2, n= 8 (26,7%) PPL mantiveram após a intervenção de seis meses níveis pressóricos acima de 140/90 mmHg em detrimento de n= 15 (50%) no T0.

Contudo, ainda que existam limitações no ambiente prisional para adesão ao tratamento da HAS, as PPL mostraram-se dispostas na participação em atividades de educação em saúde e explicitaram seus entusiasmos, tanto qualitativamente quanto quantitativamente, em ações realizadas para o controle da doença, para o aumento no conhecimento e informações em saúde, o que justifica ações futuras e implementação de ações para fortalecimento destas. Destaca-se, nesta perspectiva, que 2 PPL expressaram o desejo de que as ações fossem rotineiras na unidade penal e a relevância de expandir a ação para outras PPL.

Pondere-se ainda os fatores de risco cardiovascular encontrados nas PPL participantes desta pesquisa, tal como: uso de substâncias ilícitas, tabagismo, uso excessivo de álcool, alimentação que não atende a recomendação, excesso de peso e sedentarismo. Alinham-se tais resultados ao de estudo de Camplain e colaboradores (CAMPLAIN *et al.*, 2021), com 450 PPL nos EUA, o qual ressaltou a que a triagem de fatores de risco cardiovascular, medidas e intervenções – relacionadas a alimentação saudável, atividade física, intervenções farmacológicas, durante a privação de liberdade – podem repercutir na prevenção e gestão de fatores de risco cardiovasculares.

Diante dos resultados e estudos apresentados, recomenda-se que o sistema prisional inclua a LS e HK-LS nas rotinas e protocolos de gestão da HAS, o que favorece o processo de apreensão e uso dos GRRs e que o processo de cuidado tenha como centro a PPL e sua autonomia no manejo de sua saúde e doença, em uma abordagem geradora de saúde.

Para tanto, ações de promoção a saúde, utilizando-se de educação em saúde realizada por enfermeiro, apresentam potencial para o fortalecimento da autonomia para a busca, compartilhamento e interpretação crítica das informações e conhecimento em saúde, e doença também nas populações privadas de liberdade. Constitui-se de ferramenta relevante para construir e fortalecer ações de cuidado e

manutenção da saúde neste grupo humano vulnerável, colaborando com a melhoria na condição de vida destes e com a justiça social.

Enfatiza-se que esta pesquisa utilizou ações de educação em saúde propostas para PPL, as quais foram pautadas nas necessidades específicas deste grupo populacional, evidenciadas por meio do diagnóstico situacional. Centra-se, neste sentido, na pessoa e no grupo de pessoas, e em suas necessidades ao pactuar metas por meio da consulta de enfermagem, ou seja, no cuidado centrado na pessoa. Logo, planejar ações para PPL implica em pautar-se em evidências científicas acerca da população prisional, considerando-se as particularidades do contexto de vida destas pessoas.

Cabe destacar que o referencial teórico da Salutogênese, no qual esta tese pautou-se, implica em considerar que o estresse e o caos existirão inevitavelmente, e que as pessoas necessitarão manejar sua vida e saúde apesar destes. Assim, os profissionais de saúde, em especial, a enfermagem, podem atuar junto às populações identificando e fortalecendo os GRRs disponíveis, mas, também advogando, em contextos tais como a prisão, por melhorias nas condições organizacionais e estruturais que possam repercutir em novos GRRs e superação dos GRDs.

Como pesquisadora do tema e enfermeira atuante no sistema penal há 15 anos, compreendo que a qualificação da saúde nas prisões perpassa: repensar as estruturas físicas, normas e rotinas institucionais com ênfase na vida das PPL e trabalhadores do âmbito penal; superar as invisibilidades, tanto das PPL quanto dos profissionais atuantes nestes cenários; propiciar o dimensionamento adequado de profissionais de saúde conforme o número de PPL, os quais necessitam ser superiores aqueles delimitados pelas políticas brasileiras, diante das complexas e aumentas demandas de cuidado das PPL; realizar elaboração de normas, rotinas e protocolos de cuidados norteadores para as práticas com base nas necessidades deste grupo populacional; fomentar a pesquisa neste campo; e, incluir a temática saúde prisional no âmbito acadêmico, e, como área de especialização para a enfermagem.

9 LIMITAÇÕES

As limitações desta pesquisa relacionam-se ao período de coleta de dados, que coincidiu com a Pandemia de Coronavírus, dificultando o acesso às PPL e suas movimentações. Ademais, repercutiu em atraso na coleta de dados em virtude de diversos surtos de COVID-19 nas unidades penais. Além disso, a situação pandêmica pode ter influenciado nos resultados, visto que afetou a saúde física e psicológica das pessoas, relacionado as incertezas em meio à possibilidade de adoecer/morrer, sobretudo as PPL por permanecerem isoladas de seus familiares, com visitas unicamente virtuais – disponíveis para poucas PPL pela dificuldade das famílias em acessar a visita on-line, ainda considerando a limitação de salas adequadas a tais visitas virtuais no sistema penal. Portanto, evidencia-se que tais elementos podem ter influenciado no cumprimento das metas pactuadas.

As discussões realizadas em pequenos grupos também podem ser consideradas como limitação da fase de intervenção, ainda que seja inerente às pesquisas em contexto prisional – o qual implica em cuidados com a segurança das PPL que pertencem a diferentes facções e perfis criminais.

O pertencimento da pesquisadora ao quadro de servidores do sistema penal, ainda que não tenha sido explicitado pelas PPL, pode ter gerado desconforto e possíveis distorções/mudanças nos relatos das PPL.

Por fim, sinaliza-se a dificuldade em encontrar estudos que abordassem a saúde das PPL utilizando a Salutogênese, LS e HK-LS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises empreendidas nesta pesquisa permitiram apreender que a população prisional estudada era, em maioria, do sexo masculino, jovens, solteiros, com escolaridade inferior a nove anos de estudo, com baixa renda antes da privação de liberdade, e que se encontravam inseridos em atividades na unidade penal. Quanto aos hábitos de vida o consumo de drogas ilícitas, cigarro e álcool, se mostraram reduzidos durante o encarceramento, porém elevados quando estavam em liberdade, e as atividades físicas obtiveram índices superiores à daquela encontrada na população geral.

A alimentação das pessoas presas se limita ao que é fornecido pela unidade penal, cujos cardápios priorizam alimentos calóricos (carboidratos) em detrimento de frutas, vegetais e legumes, com baixa oferta de ultra processados. Assim, as mudanças no estilo de vida sobre a alimentação limitam-se, neste sentido, ao alimento disponível (marmitas fornecidas pela empresa terceirizada), com poucas possibilidades de intervenções. Portanto, apesar da possibilidade de solicitação de dietas adaptadas às necessidades das PPL, pouco diferem na prática da dieta geral.

Ademais, as unidades da região de tríplice fronteira parecem atuar como fator de proteção quanto ao consumo de álcool, cigarro e outras drogas, bem como no sentido de ofertar espaço para a prática de atividade física. Contudo, a alimentação balanceada poderia melhorar a QV das PPL.

Em relação ao adoecimento crônico, se mostrou presente em mais da metade das PPL, sendo superior entre as mulheres, cujas doenças que predominaram foram: as respiratórias, as gastrointestinais, as psíquicas, as cardiovasculares e as osteomusculares; o que se assemelha aos índices encontrados na população em geral. Além disso, apresentaram índices baixos de doenças infectocontagiosas quando comparados com outras unidades da federação e/ou dados nacionais. Desse modo, para a presente amostra de PPL, as doenças crônicas e fatores de risco prevalentes assemelham-se aos da população em geral.

A inclusão das PPL em atividades laborais e educacionais permitiram que se mantivessem produtivas e lhes auxiliava na manutenção do bem-estar geral e satisfação com a vida, mesmo internos ao sistema prisional.

Então, apesar da prisão, a maioria das PPL avaliou sua saúde positivamente e apresentou índices de SOC moderado. O SOC teve relação estatisticamente

significante com a idade e realização de atividades na unidade penal. O SOC fraco foi prevalente em pessoas com transtornos mentais e doenças infectocontagiosas. Pontua-se que os índices de SOC moderado/forte foram reiterados na análise qualitativa, na qual a maioria das PPL demonstram esperanças e planos para o futuro, bem como predomínio de sentimentos positivos, apesar da condição de privação de liberdade.

Ainda mais, a primeira etapa da pesquisa, diagnóstico situacional, permitiu a caracterização sociodemográfica, de condições de saúde, hábitos de vida – perfil epidemiológico das PPL – explicitando, assim, as necessidades específicas desse grupo populacional. Tal diagnóstico pode, então, contribuir com a formulação de políticas públicas voltadas às demandas específicas às PPL, com ações promotoras de saúde, prevenção e controle dos fatores de risco, por meio de ações de educação em saúde e mudanças estruturais e organizacionais no contexto prisional, visando a melhoria de vida e saúde dessa população. A atitude alinha-se, nesse sentido, ao cuidado centrado na pessoa e no cuidado para além do modelo médico centrado.

Na segunda etapa da pesquisa, etapa quantitativa e qualitativa, observou-se que as PPL com diagnóstico de HAS, na unidade penal alvo da intervenção, eram homens, na totalidade, (pelo perfil da prisão) eram majoritariamente jovens, casados, pais de um a três filhos, com escolaridade inferior a 12 anos de estudo, cuja renda familiar prévia à privação de liberdade estava entre um a dois salários mínimos, com diagnósticos de HAS feitos na UP e/ou RAS, revelando a importância do SUS para tal população, seja intra ou extramuros.

Foram fatores de risco apresentados: o tabagismo, o uso de bebida alcoólica e drogas, bem como o excesso de peso. Já a realização de atividade física foi protetora. Quanto à dieta, o grupo de PPL com HAS, tal como a população geral da cidade de Foz do Iguaçu, depende da ofertada na UP e poucos utilizam dietas para complementação terapêutica de HAS; e, apesar da disponibilidade, existe forte resistência das PPL em virtude de considerarem tal dieta terapêutica de menor qualidade se comparada à dieta geral (DASH ou hipossódica).

A análise qualitativa evidenciou a predominância dos GRDs em detrimento dos GRRs, o que explicita a dificuldade em manutenção da saúde na prisão pela maior ausência do que presença de recursos. As pessoas privadas de liberdade com hipertensão arterial sistêmica apresentam GRRs para manejar sua vida e saúde, que se relacionam ao cuidado pessoal, ao grupo social e ao ambiente. Destaca-se que,

uma vez identificados os GRDs, podem ser utilizados pelos profissionais de saúde no gerenciamento da HAS, outras doenças crônicas e promoção da saúde. Contudo, evidenciou-se uma relação paradoxal, explicitando fatores que, quando presentes, fortalecem a saúde e, ao mesmo tempo, demonstram-se insuficientes para as demandas dessas pessoas, tal como: o atendimento de saúde; o vínculo com a família; a relação com os servidores da segurança; a alimentação, dentre outros.

A necessidade de ampliação do atendimento de saúde para a totalidade de dias da semana, bem como a inclusão de atendimento no período noturno foram citadas, como também as dificuldades e constrangimentos nos atendimentos externos à unidade penal. A percepção da equipe de saúde como suporte às PPL nos cuidados de saúde e a relação de vínculo foram explicitadas de forma predominante pelas PPL, inclusive representando a principal fonte de informação em saúde desse grupo populacional.

O período de pandemia pode ter influenciado na dificuldade, especialmente para o contato com os familiares, visto que durante a pesquisa as visitas presenciais encontravam-se suspensas – eram mantidas apenas as visitas virtuais, as quais limitavam-se a um número reduzido de pessoas, pela baixa disponibilidade de horários da UP e dificuldade dos familiares quanto ao acesso.

No que se refere aos cuidados em saúde antes da privação de liberdade, os presentes achados corroboram com a literatura na medida em que evidenciam a marginalização ao acesso aos cuidados de saúde prévia à prisão, relacionados aos relatos de ausência de cuidados, uso de drogas, de bebida alcoólica e de fumo e, ainda, inatividade física. De acordo com os relatos obtidos, apesar de todas as possíveis repercussões negativas na saúde física e mental das PPL advindas da prisão, a maioria dos participantes com diagnóstico de HAS relatou a busca pela manutenção da saúde na prisão, inclusive repercutindo em melhores níveis de PA e melhora no peso.

No que se refere à atividade de intervenção, o SOC não mostrou aumento significativo, apresentando diminuição após intervenção devido ao fato do SOC ser uma medida global de saúde, e depender de fatores sobre os quais as intervenções de enfermagem propostas para a pesquisa não possuíam potencial de alterar, tais como a estrutura prisional e as rotinas institucionais/organizacionais. Pondere-se ainda, que o SOC apresentado pelos participantes era forte e moderado, exceto para

um participante, dado que também pode justificar as não alterações, visto que já era positivo previamente à intervenção.

Quanto à LS e HK-LS obteve-se aumento quantitativo significativo, geral e em todos os componentes individualmente, para ambas as escalas entre os tempos, também confirmado nas entrevistas qualitativas que explicitam o aprendizado, o conhecimento adquirido, a busca pelas informações. Contudo, não, necessariamente, resultou em melhorias de índices nas variáveis IMC e peso, mas mostrou-se significativo estatisticamente para PA ótima, mostrando aumento nos níveis normais de CA e PA normal e limítrofe, apesar de não comprovar nesses quesitos significância estatística.

Enfatiza-se que, apesar da relevância de atividades de educação em saúde, tais como as executadas neste estudo, as ações para fortalecimento da LS e HK-LS da população prisional (como recomendado para a população em geral) necessita constituir-se de programa permanente/contínuo, não podendo limitar-se a ações pontuais, ainda que possam repercutir em melhorias no conhecimento em saúde.

Quanto aos pressupostos desta pesquisa, infere-se que as PPL com HAS de Foz do Iguaçu – Paraná não possuíam baixos níveis de SOC, LS, HK-LS previamente à intervenção. Contudo, após a implementação das atividades de educação em saúde observou-se melhorias nos níveis de LS, HK-LS o que pode resultar em melhores condições para manejo da doença crônica e autonomia no autocuidado. No entanto, para o SOC não houve aumento, o que se infere relacionado ao fato de que as PPL já apresentavam predominantemente SOC fortes e por tratar-se de componente global e dependente de variáveis não possíveis de alteração com ações de enfermagem; mas, na medida em que se comprovou o fortalecimento no GRR LS, entende-se que o SOC também foi fortalecido.

Em relação à tese desta pesquisa, conclui-se que a mesma foi comprovada. Portanto as atividades de educação em saúde com PPL com HAS influenciam no fortalecimento do SOC, LS e conhecimento da HAS. Pondere-se, neste sentido, o potencial das ações de promoção a saúde, por meio da educação em saúde, no fortalecimento da autonomia e conhecimento da saúde e doença dos diversos grupos populacionais, dentre estes as PPL.

Esta pesquisa pode contribuir com a visibilidade e reflexão sobre a temática de saúde prisional, bem como à formulação de políticas de saúde voltadas às PPL, em específico evidenciando a importância de ações de promoção de saúde que possam

extrapolar ações individuais na direção para ações coletivas, com mudanças em estruturas e rotinas institucionais: um olhar salutogênico para prisões, que permita, inclusive, políticas intersetoriais para melhoria na condição global de vida das PPL.

Logo, os fatores de risco modificáveis podem ser potencialmente prevenidos e controlados por meio de planejamento e implementações de medidas de promoção à saúde, propostas pelos profissionais de saúde que atuam no sistema prisional, seus gestores e a sociedade no geral. Ainda que a prisão em si seja constituída por um espaço que atue de modo negativo sobre a saúde das pessoas, a busca é pela manutenção de melhores condições de saúde e bem-estar, apesar da prisão, compreendida como um direito humano fundamental a ser garantido às PPL.

Considere-se que as ações de promoção da saúde nas prisões, também demandam mudanças no próprio processo de trabalho, na utilização de práticas baseadas em evidências, tais como, as explicitadas nesta pesquisa, na qual as necessidades de saúde das PPL sejam o elemento central, uma vez que pautar protocolos para o ambiente penal em dados da população geral incorre no risco de não atingir os objetivos, visto que as particularidades da prisão e das condições prévias a detenção lhes imputa condições de saúde únicas e que ensejam cuidados direcionados. Nesta perspectiva, os dados desta pesquisa nortearão a construção de um Protocolo de cuidado para a Hipertensão Arterial Sistêmica em PPL, o qual será apresentado ao Ministério da Saúde.

Cuidar das PPL salutogênicamente implica em repensar a priorização das normas de segurança, em detrimento dos direitos humanos e fundamentais, tais como o cuidado integral em saúde de qualidade e em tempo oportuno; implicaria, igualmente, em oportunizar serviços equivalentes aos prestados extramuros, em constante interlocução com a saúde pública/RAS, inclusive com práticas de transição do cuidado que garanta a continuidade de tratamentos nos momentos de liberdade, objetivando reduzir a marginalização ao acesso e aos cuidados de saúde, como também diminuir a vulnerabilidade das PPL.

Deste modo, um cuidado centrado na melhoria da vida e saúde das PPL pressupõe uma unidade penal salutogênica, na qual os funcionários e PPL tenham acesso a condições dignas de trabalho e de vida. Inclui, neste sentido, repensar as estruturas prisionais, as quais precisam ser salubres e com espaços acolhedores, ainda que em contexto de cumprimento de pena, visto que se a privação de liberdade é o limite desta, a insalubridade, a superlotação, a falta de ventilação e iluminação

podem ser interpretadas como extrapolar o limite da punição legalmente prevista. A inclusão das PPL em atividades laborais, educativas, religiosas, dentre outras, fortalecem o significado quanto a suas vidas e futuro, logo, o cumprimento do que explicita a legislação contribuiria no viver destas pessoas. Bem como o dimensionamento de profissionais de saúde em número adequado ao de PPL, a fim de oportunizar cuidado adequado e em tempo oportuno.

Esta pesquisa contribui com o ensino e com as práticas de saúde na AB e, em especial, das prisionais, ao evidenciar que a saúde nas prisões é tema que necessita ser abordado desde o contexto da graduação em enfermagem como integrante da RAS/AB, cujos cuidados devem ser norteados pelas recomendações do SUS, tais como: integralidade, igualdade, autonomia e humanização. Assim, efetivaria o reconhecimento dos valores estruturantes do cuidado de enfermagem como prática social, a fim de subsidiar a assistência à saúde dos grupos humanos vulneráveis e a adoção de atitudes e comportamentos que proporcionem intervenções para construir e fortalecer ações de cuidado e manutenção da saúde.

A atuação de enfermagem no contexto prisional constitui-se de prática complexa, inclui cuidados primários, secundários e terciários, exige conhecimentos de diversas especialidades, como a saúde coletiva; urgência e emergência e saúde mental. Perpassa um constante advogar do profissional enfermeiro para atender as necessidades de saúde das PPL e ao mesmo tempo considerar as especificidades do ambiente quanto as normas e rotinas de segurança. Para tanto, sugere-se que no futuro possa se constituir de disciplina na graduação em enfermagem e em área de especialização para a enfermagem, uma vez que o cuidado com as PPL, ainda que em maior medida ocorra na instituição penal, é compromisso de toda a RAS e dos profissionais atuantes nesta.

REFERÊNCIAS

- AINSWORTH, B. E *et al.* Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values. **Med Sci Sports Exerc**, v. 43, n. 8, p. 1575-81, 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21681120>. Acesso em: 5 jan. 2020.
- ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & Saúde**: Fundamentos, Métodos e Aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
- ANTONOVSKY, A. **Health, stress, and coping**. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1979.
- ANTONOVSKY, A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. **Health Promotion International**, v. 11, n. 1, 1996. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapro/article-abstract/11/1/11/582748>. Acesso em: 5 abr. 2020.
- ANTONOVSKY, A. **Unraveling the mystery of health**. How People Manage Stress and Stay Well. Jossey-Bass Publishers: San Francisco, 1987.
- AQUINO, L. C. D. *et al.* Autoavaliação ruim do estado de saúde: prevalência e fatores associados em mulheres privadas de liberdade. **Esc Anna Nery**, v. 26, n. e20210275, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0275>. Acesso em: 8 fev. 2023.
- ARAÚJO, I. M. B. *et al.* Literacia em saúde de utentes com hipertensão e diabetes de uma região do norte de Portugal. **Revista de Enfermagem Referência**. v. 4, n.18, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV18008>. Acesso em: 1 mar. 2023.
- ARRUDA, A. J. C. G. *et al.* Direito a saúde no sistema prisional: revisão integrativa. **Rev Enferm UFPE online**, v. 8, n. esp., p.6646-6654, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/12320/15015>. Acesso em: 14 jan. 2019.
- ARTHUR, J. P. *et al.* Tradução e adaptação transcultural da Hypertension Knowledge-Level Scale para uso no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 26, n. e3073, p. 1-7, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2832.3073>. Acesso em: 2 mar. 2021.
- ASSESSORIA EM PESQUISA CIENTÍFICA (AAC&T). **Serviços Estatísticos**, 2020.
- AUDI, C. A. F. *et al.* Inquérito sobre condições de saúde de mulheres encarceradas Survey on the health conditions of incarcerated women. **Saúde Debate**, v. 40, n. 109, p. 112-124, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610909>. Acesso em: 10 out. 2020.
- AUDI, C.A.F. *et al.* Consumo de alimentos ultraprocessados entre presidiárias de um presídio feminino em São Paulo, Brasil. **Rev Esp Sanid Penit**, v. 20, n. 3, p.88-96,

2018. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202018000300087. Acesso em: 22 mar. 2022.

BAI, J. R. *et al.* Prevalence and Predictors of Chronic Health Conditions of Inmates Newly Admitted to Maximum Security Prisons. **J Correct Health Care**, v. 21, n. 3, p. 255-264, jul. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1078345815587510>. Acesso em: 23 jul. 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROSO, W. K. S. *et al.* **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 116, p. 516-658, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>. Acesso em: 12 out. 2022.

BAYBUTT, M.; CHEMLAL, K. Health-promoting prisons: theory to practice. **Global Health Promotion**. v. 23, n. 1, p. 66-74, 2015. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1757975915614182>. Acesso em: 13 abr. 2022.

BONDOLFI, C. *et al.* Impact of incarceration on cardiovascular disease risk factors: a systematic review and meta-regression on weight and BMI change. **BMJ Open**, v. 10, n. e039278, p.1-15, 2020. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/10/10/e039278>. Acesso em: 14 mar. 2023.

BRASIL. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 3 ago. 2020.

BRASIL. (Constituição [1988]). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Classificação Brasileira de Ocupações: CBO**. 3. ed. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2010.

BRASIL. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Lei nº 7.210, de 11 de Julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jul. 1984.

BRASIL. **Lei nº 7.498 de 25 de Junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.htm#:~:text=Art.,%C3%A1rea%20onde%20ocorre%20o%20exerc%C3%ADcio. Acesso em: 5 de maio 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento

dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014d.

BRASIL. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf. Acesso em: 18 abr 2023.

BRASIL. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)**. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pnaisp/>. Acesso em: 04 ago. 2020.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Portal da Atenção Básica**. 2019b. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>. Acesso em: 27 maio 2019.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1, de 2 de Janeiro de 2014**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 jan. 2014a.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1.777 de 2003**. Institui o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Disponível:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf. Acesso em: 21 jan. 2020.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 2.298, de 9 de setembro de 2021**. Dispõe sobre as normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.298-de-9-de-setembro-de-2021-343833792>. Acesso em: 15 mar. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 2.275, de 17 de outubro de 2014**. Aprova a adesão dos Estados do Rio de Janeiro, Paraná, São Paulo e Amapá e dos Municípios de Catanduvas (PR), Blumenau (SC), Porto Alegre (RS), Ijuí (RS) e Araioses (MA) à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 out. 2014b.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 21 jan. 2020.

BRASIL. **Promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável**. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/promocaosaude>. Acesso em: 3 jul. 2020.

BRASIL. Vigitel Brasil 2019. **Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis**. Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: <https://novoportal.crn1.org.br/wp-content/uploads/2020/04/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf?x53725>. Acesso em: 24 jul. 2020.

BRASIL. Vigitel Brasil 2021. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Ministério da Saúde, Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2021-estimativas-sobre-frequencia-e-distribuicao-sociodemografica-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas>. Acesso em: 04 jan. 2023.

BROWN, A. *et al.* Perspectives on smokefree prison policy among people in custody in Scotland. **Int J Prison Health**, v. 16, n. 4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/IJPH-12-2019-0065>. Acesso em: 15 mar. 2023.

CAMPLAIN, R *et al.* Cardiovascular risk factors among individuals incarcerated in an Arizona county jail. **Int J Environ**, v. 18, n. 7007, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18137007>. Acesso em: 1 abr. 2023.

CARDIN, E. G. **A Expansão do Capital e as Dinâmicas da Fronteira**. 2011. 194f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita

Filho, Araraquara, 2011c. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/106261>. Acesso em: 16 jun. 2020.

CENTRO DE SALUTOGÊNESE DA UNIVERSIDADE DE ZURIQUE, 2022.

Disponível em:

<https://www.ebpi.uzh.ch/en/aboutus/departments/publichealth/poh/salutogenesis.html>

. Acesso em: 8 de jan. 2022.

CHAER-YEMLAHI, S.S.; FREIXENET, F.X. R. Prisiones saludables: análisis de la promoción de la salud en centros catalanes. **Rev Esp Sanid Penit.** v. 24, n. 1, p. 25-34, 2022.

CHEN, G. Gender Differences in Sense of Coherence, Perceived Social Support, and Negative Emotions Among Drug Abstinent Israeli Inmates. **International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology.** v. 54, n. 6, p. 937-958, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0306624X09343185>. Acesso em: 12 mar. 2022.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa:** métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre. Armed: 2010.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. **Pesquisa de Métodos Mistos.** 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

CREWE, B.; LIEBLING, A.; HULLEY, S. Staff-prisoner relationships, staff professionalism, and the use of authority in public-and private-sector prisons. **Law Soc Inq,** v. 40, n. 2, p. 309-344, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/lsi.12093>. Acesso em: 20 fev. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Dados das inspeções nos estabelecimentos penais.** 2020. Disponível:

http://www.cnj.jus.br/inspecao_penal/mapa.php. Acesso em: 16 jun. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Dados das inspeções nos estabelecimentos penais.** 2023. Disponível em:

https://www.cnj.jus.br/inspecao_penal/mapa.php. Acesso em: 6 mar. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Gestão da Lotação Prisional.** Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2022/03/folder-central-regulacao-vagas.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2023.

CORREA, S. M. B. B. **Probabilidade e estatística.** 2. ed. Belo Horizonte: PUC Minas Virtual, 2003.

DANIONI, F. *et al.* Gratitude, Forgiveness, and Anger: Resources and Risk Factors for Italian Prison Inmates. **Int J Offender Ther Comp Criminol,** v. 67, n. 2-3, p. 207-

223, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0306624X21104919>. Acesso em: 20 fev. 2023.

DANTAS, R. A. S. **Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros**. Ribeirão Preto. Tese (Livre Docência) – Universidade de São Paulo, 2007.

Disponível em:

[https://www.uc.pt/en/fmuc/phdhs/Courses/HealthandDevelopment/LIVRE DOCA NC IA ROSANA APARECIDA SPADOTI DANTAS 1 .pdf](https://www.uc.pt/en/fmuc/phdhs/Courses/HealthandDevelopment/LIVRE_DOCA_NC_IA_ROSANA_APARECIDA_SPADOTI_DANTAS_1_.pdf). Acesso em: 3 jan. 2020.

DANTAS, R. A. S.; SILVA, F. S.; CIOL, M. A. Psychometric properties of the Brazilian Portuguese versions of the 29- and 13-item scales of the Antonovsky's Sense of Coherence (SOC-29 and SOC-13) evaluated in Brazilian cardiac patients. **J Clin Nurs**, n. 1-2, v. 23, p. 156-165, 2014. Disponível em:

<https://doi.org/10.1111/jocn.12157>. Acesso em: 17 abr. 2022.

DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias INFOPEN - Junho de 2014**. Brasília: Ministério da Justiça, 2014. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/noticias/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2020.

DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN – Junho de 2016**. Brasília: Ministério da Justiça, 2017. Disponível em: http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias-2016/relatorio_2016_22111.pdf. Acesso em: 16 jan. 2019.

DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL. **Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional -SISDEPEN - 12º Ciclo - INFOPEN Nacional – Junho de 2022**. Brasília: Ministério da Justiça, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/depen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios-e-manuais/relatorios/relatorios-analiticos/br/brasil-junho-2022.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2023.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. Direção de Serviços de Informação e Análise. **A saúde dos Portugueses**. 2016. Lisboa, Portugal. Disponível em: [www.http://comum.rcaao.pt/bitstream/10400.26/18278/1A%20Sa%C3%BAde%20dos%20Portugueses%202016.pdf](http://comum.rcaao.pt/bitstream/10400.26/18278/1A%20Sa%C3%BAde%20dos%20Portugueses%202016.pdf). Acesso em: 24 jul. 2020.

DOURADO, J. L. G.; ALVES, R. S. F. Panorama da saúde do homem preso: dificuldades de acesso ao atendimento de saúde. **Acad. Paul. Psicol.** v. 39, n. 96, p. 47-57, 2019. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v39n96/v39n96a06.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2023.

D'SOUZA, R. M. Assessment of Cardiovascular Risk Factors and Diabetes Mellitus in Australian Prisons: is the Prisoner Population Unhealthier than the Rest of the Australian Population. **Aust N Z J Public Health**, v. 29, n. 4, p. 318-323, 2005. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1467-842X.2005.tb00200.x>. Acesso em: 21 abr. 2020.

ERIKSSON, M.; LINDSTROM, B. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. **Health Promotion International**, v. 23, n. 2, 2008. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/5496746>. Acesso em: 12 dez. 2019.

ERIKSSON, M.; LINDSTROM, B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. **J Epidemiol Community Health**, v. 60, n. 5, p. 376–381, 2006b. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/jech.2005.041616>. Acesso em: 21 abr. 2020.

ERIKSSON, M.; LINDSTROM, B. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. **Health Promot Int**, v. 21, n. 3, p. 238-244, 2006a. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapro/dal016>. Acesso em: 21 abr. 2020.

ERIKSSON, M.; LINDSTROM, B. Life is more than survival: Exploring links between Antonovsky's salutogenic theory and the concept of resilience. In: Gow KM, Celinski MJ. **Way finding through life's challenges: Coping and survival**. New York: Nova Science Publishers, 2011.

ERIKSSON, M.; LINDSTROM, B. Professor Aaron Antonovsky (1923-1994): the father of the salutogenesis. **J Epidemiol Community Health**, v. 54, p. 258-270, 2005a. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1757053/>. Acesso em: 21 abr. 2020.

ERIKSSON, M.; LINDSTROM, B. The salutogenic approach to the making of HiAP/Healthy Public Policy: Illustrated by a case study. **Global Health Promotion**, v. 16, n. 1, 2009. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/24191498>. Acesso em: 12 dez. 2019.

ERIKSSON, M.; LINDSTROM, B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. **J Epidemiol Community Health**, v. 59, n. 6, p. 460-466, 2005b. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/jech.2003.018085>. Acesso em: 21 abr. 2020.

FAGERMOEN, M. S.; HAMILTON, G.; LERDAL, A. Morbid obese adults increased their sense of coherence 1 year after a patient education course: a longitudinal study. **J Multidiscip Healthc**, v. 8, p. 157-165, 2015. Disponível em: <https://www.dovepress.com/morbid-obese-adults-increased-their-sense-of-coherence-1-year-after-a-peer-reviewed-fulltext-article-JMDH>. Acesso em: 17 abr 2022.

FAZEL, S.; YOON, I. A.; HAYES A. J. Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. **Addiction**. v. 112, n. 10, p. 1725-1739, 2017. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.13877>. Acesso em: 17 abr 2022.

FERREIRA, V. M. P. et al. Autocuidado, senso de coerência e depressão em pacientes hospitalizados por insuficiência cardíaca descompensada. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 49, n. 3, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000300005>. Acesso em: 03 maio 2020.

FILGUEIRAS, J. C.; HIPPERT, M. I. S. A polêmica em torno do conceito de estresse. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 19, n. 3, 1999. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931999000300005. Acesso em: 13 maio 2020.

FLORES-BAROLO, M. G.; VICENTE, B.G. Challenges and coping mechanisms of persons deprived of liberty of Sablayan prison and penal farm in the Philippines. **IJARMSS**, v. 8, n. 11, p. 49-97, 2019. Disponível em: <https://garph.co.uk/IJARMSS/Nov2019/G-2759.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2022.

FOZ DO IGUAÇU. Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu. **Dados Socioeconômicos de Foz do Iguaçu**, 2020. Disponível em: <http://www.pmfi.pr.gov.br/>. Acesso em: 19 jun. 2020.

FREEMAN, N. *et al.* Profile of Justice-Involved Marijuana and Other Substance Users: Demographics, Health and Health Care, Family, and Justice System Experiences. **Subst Abuse**, v. 11, p. 1-7, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1178221817729381>. Acesso em: 19 jun. 2020.

GARAU, M. G. R.; LIRA, J. A.; KOPKE, V. Políticas públicas de direito à alimentação no sistema prisional do Rio de Janeiro em tempos de Covid-19. **Rev. Sociologias Plurais**, v. 8, n. 2, p. 122-146, 2022.

GARZÓN, N. E.; HEREDIA, L. P. D. Salutogenesis and cardiovascular health in adults: a scoping review. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 29, n. 1, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v29/1980-265X-tce-29-e20180376.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2020.

GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GRAMMATIKOPOULOU, M.G. *et al.* At the heart of the matter: Cardiovascular health challenges among incarcerated women. **Maturitas**, v. 149, p. 16-25, 2021. Disponível em: [https://www.maturitas.org/article/S0378-5122\(21\)00072-4](https://www.maturitas.org/article/S0378-5122(21)00072-4). Acesso em: 23 abr. 2023.

GUO, S. *et al.* Measuring functional, interactive and critical health literacy of Chinese secondary school students: reliable, valid and feasible?. **Global health promotion**, v. 25, n. 4, p. 6-14, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1757975918764109>. Acesso em: 4 mar. 2023.

HEIDARI, R. *et al.* Accessibility of prison healthcare for elderly inmates, a qualitative assessment. **J Forensic Leg Med**, v. 52, p. 223-228, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2017.10.001>. Acesso em: 4 mar. 2023.

HEIDEMANN, I. T. S. B. *et al.* Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enferm.**, v. 15, n. 2, p. 352-358, abr./jun. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a20v15n2.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2020.

HOCHAMAN, B. *et al.* Desenhos de pesquisa. **Acta Cir Bras.**, v. 20, n. 2, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502005000800002. Acesso em: 24 jul. 2020.

HOWELL, B. A. *et al.* Incarceration history and uncontrolled blood pressure in a multi-site cohort. **J Gen Intern Med.** V. 31, n. 12, p. 1496-502, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3857-1>. Acesso em: 23 abr. 2023.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Casamentos reduzem pelo quarto ano seguido e passam a durar menos tempo, 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/>. Acesso em: 7 abr. 2023.

IUHPE. Global Working Groups. 2020. Disponível em: <https://www.iuhpe.org/index.php/en/global-working-groups-gwgs/gwg-on-salutogenesis>. Acesso em: 11 maio 2020.

JANSSEN, P. A. *et al.* Factors that support successful transition to the community among women leaving prison in British Columbia: a prospective cohort study using participatory action research. **CMAJ Open**, v. 5, n. 3, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.9778/cmajo.20160165>. Acesso em: 11 maio 2020.

KAUFFMAN, R. M. *et al.* Measuring tobacco use in a prison population. **Nicotine Tob Res.**, v. 12, n. 6, p. 582-588, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ntr/ntq048>. Acesso em: 11 maio 2020.

KLEINSCHMITT, S. C.; AZEVEDO, P. R.; CARDIN, E. G. A tríplice fronteira internacional entre Brasil, Paraguai e Argentina: contexto histórico, econômico e social de um espaço conhecido pela violência e pelas práticas ilegais. **Perspectiva Geográfica**, v. 8, n. 9, p. 1-22, 2013. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/pgeografica/article/view/9383>. Acesso em: 4 maio 2020.

KHAVJOU, O. A. *et al.* A captive audience: bringing the WISEWOMAN program to South Dakota prisoners. **Womens Health Issues**, v.17, n. 4, p. 193-201, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2007.02.008>. Acesso em: 20 fev. 2023.

KICKBUSCH, I.; WAIT, S.; MAAG, D. **Navigating health: The role of Health Literacy.** London: Alliance for health and the Future. London: International Longevity Center, 2006. Disponível em: [www.http://ilcuk.org.uk/navigating-health-the-role-of-health-literacy](http://ilcuk.org.uk/navigating-health-the-role-of-health-literacy). Acesso em: 3 ago. 2020.

LERMEN, H. S. *et al.* Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 905-924, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000300012>. Acesso em: 22 jan. 2019.

LI, Z. *et al.* Confrontation as a Mediator between Sense of Coherence and Self-management Behaviors among Elderly Patients with Coronary Heart Disease in

North China. **Asian Nurs Res**, v. 11, n. 3, p. 201-206, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2017.08.003>. Acesso em: 10 mar. 2022.

LOPES JÚNIOR, F. X. **O acesso à saúde no sistema prisional brasileiro pós-1988**: a experiência da Penitenciária “José de Deus Barros” em Picos, Piauí, Brasil. 2011. 118f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade de Pernambuco, Recife, 2011.

LÓPEZ-MARTÍNEZ, C.; FRÍAS-OSUNA, A.; DEL-PINO-CASADO, R. Sentido de coherencia y sobrecarga subjetiva, ansiedad y depresión en personas cuidadoras de familiares mayores. **Gac Sanit**. v. 33, n. 2, p. 185-190, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.09.005>. Acesso em: 4 mar. 2023.

MAESTRE-MIQUEL, C. *et al.* Health education for prevalent problems in prison, Ocaña-I project (Spain). **Rev Esp Sanid Penit**, v. 18, p. 86-94, 2016.

MAGNANI, J. W. *et al.* Health literacy and cardiovascular disease: fundamental relevance to primary and secondary prevention: A scientific statement from the American Heart Association. **Health Research Alliance**, v. 10, n. 2, p. 48-74, 2018. Disponível em: [www.http://dx.doi.org/10.1161/cir.0000000000000579](http://dx.doi.org/10.1161/cir.0000000000000579). Acesso em: 24 jul. 2020.

MALACHIAS, M. V. B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**, v. 107, n. 3, p. 1-83, 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. Acesso em: 24 abr. 2020.

MARCHI, C. R.; GRANZA FILHO, L.; DELLECAVE, M. R. O processo de reinserção do egresso do sistema prisional no mercado de trabalho. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 7, n. 3, p. 1-11, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2317-3394rps.v7i2.1801>. Acesso em: 7 abr. 2023.

MARTINS, E. L. C. *et al.* O contraditório direito à saúde de pessoas em privação de liberdade: o caso de uma unidade prisional de Minas Gerais. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p.1222-1234, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400009>. Acesso em: 23 abr. 2023.

MEDEIROS, M. M. *et al.* Panorama das condições de saúde de um presídio feminino do nordeste brasileiro. **Rev. Pesqui.**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 13:1060-1067, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9962>. Acesso em: 23 abr. 2023.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Revista APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/index.php/aps/article/view/14247>. Acesso em: 20 jul. 2020.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação de Programas Sociais por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

MINAYO, M. C. S.; RIBEIRO, A. P. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 7, p. 2031-2040, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.08552016>. Acesso em: 22 jul. 2020.

MITTELMARK, M. B. *et al.* **The Handbook of Salutogenesis**. Cham: Springer, 2017. Disponível em: <https://www.springer.com/gp/book/9783319045993>. Acesso em: 11 maio 2020.

MOKSNES, U.K. **Sense of Coherence**. Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research. Springer, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135>. Acesso em: 04 mar. 2023.

MORAIS, C. *et al.* Saúde em cadeia: (Co)construção de percursos de literacia em saúde e qualidade de vida. **Rev. port. enferm. saúde mental**, v. 7, p. 88-96, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0252>. Acesso em: 1 mar. 2023.

MOREIRA, L. M. **Política de Saúde e a População Carcerária**: um estudo no Presídio Estadual Metropolitano I – PEM I – Marituba – Pará. 2012. 117f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2012.

MOSCHETTI, K. *et al.* Disease profiles of detainees in the Canton of Vaud in Switzerland: gender and age differences in substance abuse, mental health and chronic health conditions. **BMC Public Health**, v. 15, p. 872-890, 2015. Disponível em: <https://bmcpublikehealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-015-2211-6>. Acesso em: 23 jul. 2020.

MURRAYA, J.; COKERB, J.F.; ELSEYA, H. Care farming: Rehabilitation or punishment? A qualitative exploration of the use of care farming within community orders. **Health and Place**, v. 58, n. 102156, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2019.102156>. Acesso em: 1 mar. 2023.

NAGASAKI, J. Y. *et al.* A importância da educação no subdesenvolvimento furtadiano. **Revista do Instituto de Direito Constitucional e Cidadania – IDCC**, Londrina, v. 6, n. 2, e034, jul./dez., 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.48159/revistadoidcc.v6n2.e034>. Acesso em: 1 abr. 2023.

NOGUEIRA, V. M. R. Bem-estar, bem-estar social ou qualidade de vida: a reconstrução de um conceito. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 23, n. 1, p. 107-122, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.5433/1679-0383.2002v23n1p107>. Acesso em: 1 abr. 2023.

NOLAN, G.; WALSH, E. Caring in prison: the intersubjective web of professional relationships. **J Forensic Nurs.**, v. 8, n. 4, p. 163 – 169, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1939-3938.2012.01142.x>. Acesso em: 01 mar. 2023.

NOWOTNY, K. M. *et al.* Growing Old Behind Bars: Health Profiles of the Older Male Inmate Population in the United States. **J Aging Health**, v. 28, n. 6, p. 935-956, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0898264315614007>. Acesso em: 23 jul. 2020.

ODAJIMA, Y.; SUMI, N. Factors related to sense of coherence in adult patients with Type 2 diabetes. **Nagoya J. Med. Sci.** v. 80, 2018. Disponível em: <https://nagoya.repo.nii.ac.jp/records/25296>. Acesso em: 13 maio 2020.

OLUBODUN, J. Prison life and the blood pressure of the inmates of a developing community prison. **J Hum Hypertens.**, v. 10, n. 4, p. 235-238, 1996. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8736454/>. Acesso em: 13 maio 2020.

OMS. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Documentos básicos**. 26 ed. Ginebra: OMS, 1976.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**: adotada e proclamada pela Resolução 217 A (III), da Assembleia Geral, de 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000139423>. Acesso em: 2 out. 2018.

OSSES-PAREDES, C.; RIQUELME-PEREIRA, N. Situación de Salud de reclusos de un Centro de Cumplimiento Penitenciario, Chile. **Rev. esp. sanid.** v. 15, n.3, p. 98-104, 2013. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v15n3/03_original2.pdf. Acesso em: 5 fev. 2023.

PAES, R. G. **A influência da literacia em saúde e do conhecimento da doença na autogestão do cuidado em adultos com diabetes mellitus tipo 2**: subsídios para enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2021.

PANTUZA, J. J. *et al.* Senso de Coerência e o medo de falar em público em universitários. **CoDAS**, v. 32, n. 5, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202019071>. Acesso em: 10 mar.2022.

PAREDES-CARBONELL, J. J. *et al.* Sentido de coherencia y activos para la salud en jóvenes internos en centros de menores. **Rev. esp. sanid. penit**, v. 15, n. 3, p. 87-97, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2017.08.003>. Acesso em: 5 mar. 2022.

PORAŻYŃSKI K. *et al.* A sense of coherence of prisoners exhibiting self-injurious behavior in the penitentiary. **J. Health Sci.**, v. 4, n. 6, p. 139-146, 2014. Disponível em: <https://elibrary.ru/item.asp?id=21988989>. Acesso em: 7 abr. 2022.

QSR INTERNATIONAL PTY LTD. NVivo downloads. 2020. Disponível em: <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/supportservices/nvivo-downloads>. Acesso em: 30 nov. 2022.

QUEMELO, P. R. V. *et al.* Literacia em saúde: tradução e validação de instrumento para pesquisa em promoção da saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 1-15, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/ptg7Lm4fbxZP8fV5BR6vQrx/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 20 abr. 2020.

R CORE TEAM. R: A language and environment for statistical computing. **R Foundation for Statistical Computing**, Vienna, Austria, 2021. Disponível em: <https://www.r-project.org/>. Acesso em: 23 abr. 2023.

RETA, Y. *et al.* Depressive symptoms and its associated factors among prisoners in Debre Berhan prison, Ethiopia. **Plos One**, v.15, n.3, 2020. Disponível em:

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220267>. Acesso em: 23 abr. 2023.

ROBAZZI, M. L. C. C. *et al.* Pesquisa de intervenção quantitativa. *In*: LACERDA, M. R.; RIBEIRO, R. P.; COSTENARO, R. G. S. (Orgs). **Metodologia da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2018. p. 177-204.

ROECKER, S.; NUNES, E. F. P. A.; MARCON, S. S. O trabalho educativo do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 22, n. 1, p. 157-165, jan./mar. 2013. Disponível em:

https://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_19.pdf. Acesso em: 23 jul. 2020.

ROSEN, D. L. *et al.* Prevalence of Chronic Health Conditions Among Adults Released From the North Carolina Prison System, 2015-2016. **N C Med J**; v. 80, n. 6, p. 332-337, 2019. Disponível em:

<https://www.ncmedicaljournal.com/content/ncm/80/6/332.full.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2020.

ROSS, M. W.; HARZKE, A. J. Toward healthy prisons: the TECH model and its applications. **Int J Prison Health**. v. 8, n. 1, p. 16-26, 2012. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/263211667>. Acesso em: 05 abr. 2020.

ROYAL COLLEGE OF NURSING (RCN). Some prison nurses 'lack core values. **Nurs Stand**, v. 28, n. 48, p. 11, 2015. Disponível em: <http://journals.rcni.com/nursing-standard/some-prison-nurses-lack-core-values-ns.29.48.11.s12>. Acesso em: 23 abr. 2023.

SABOGA-NUNES, L.; BITTLINGMAYER, U. H.; OKAN, O. Salutogenesis and health literacy: The health promotion simplex! *In*: OKAN, O. *et al.* (orgs.). **International handbook of health literacy: research, practice and policy across the lifespan**. Policy Press: Chicago, 2019. p. 649-664.

SAGY, S.; ANTONOVSKY, H. The development of the sense of coherence: A retrospective study of early life experiences in the family. **Int J Aging Hum Dev.**, v. 51, n. 2, p. 155-166, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.2190/765L-K6NV-JK52-UFKT>. Acesso em: 10 mar. 2022.

SANHUEZA, G. E.; CANDIA, J. Acceso a la atención sanitaria en cárceles chilenas: una mirada desde los internos. **Rev Esp Sanid Penit**. v. 21, p. 5-11, 2019.

SANTOS, V. S. Saúde e Bem-estar: Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/saude>. Acesso em: 1 abr. 2023.

SCHNITTKER, J.; JOHN, A. Enduring stigma: the long-term effects of incarceration on health. **J Health Soc Behav.** v. 48, n. 2, p. 115-130, 2007.

SERROUKH, S.C.Y; RAMÍREZ, F.X. Healthy prisons: analysis of health promotion in Catalanian prisons. **Rev Esp Sanid Penit.**, v. 24, n. 1, p. 23-32, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.18176/resp.00046>. Acesso em: 05 mar. 2023.

SFENDLA, A. *et al.* Yoga Practice Reduces the Psychological Distress Levels of Prison Inmates. **Frontiers in Psychiatry**, v. 9, 2018.

SILVA, P. N. *et al.* Hipertensão em mulheres presas no Brasil: muito além do biológico. **Ciênc. saúde coletiva.** v. 28, n. 1, p. 37-48, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023281.10672022>. Acesso em: 23 jul. 2020.

SILVERMAN-RETANA, O. *et al.* Prison environment and non-communicable chronic disease modifiable risk factors: length of incarceration trend analysis in Mexico City. **J Epidemiol Community Health**, v. 72, n. 4, p. 342-348, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/jech-2017-209843>. Acesso em: 23 jul. 2020.

SKOWROŃSKI, B.; TALIK, E. Coping with stress and the sense of quality of life in inmates of correctional facilities. **Psychiatr. Pol.**, v. 52, n. 3, p. 525-542, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.12740/PP/77901>. Acesso em: 23 abr. 2023.

SKOWROŃSKI, B.; TALIK, E. Psychosocial Quality of Life and Its' Correlates in People Serving Prison Sentences in Penitentiary Institutions. **Int J Offender Ther Comp Criminol.** v. 65, n. 5, p. 590-612, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0306624X20944685>. Acesso em: 17 abr. 2022.

SMOYER, A.; LOPES, G. Hungry on the inside: Prison food as concrete and symbolic punishment in a women's prison. **Punishment & Society**, v. 19, n. 2, p. 240-255, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBC;SBH;SBN). VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, n. supl. 1, p. 1-51, 2010. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf. Acesso em: 3 abr. 2020.

SORENSEN, K. *et al.* Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, v. 25, p. 80-94, 2012. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>. Acesso em: 23 jul. 2020.

SOUSA, R. A. Literacia para a saúde: habilidades para lidar com as informações sobre saúde podem ajudar a construir novos caminhos na saúde pública. Entrevista

com Rosane Aparecida de Sousa. **Reciis**, Rio de Janeiro, v. 16, n.1, p. 175-187, jan.-mar. 2022 Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/3221>. Acesso em 23 abr. 2023.

STARS. **Society for Theory and Research on Salutogenesis**. Disponível em: www.stars-society.org. Acesso em: 11 maio 2020.

SUPER, S. *et al.* Strengthening sense of coherence: opportunities for theory building in health promotion. **Health Promotion International**, v. 31, n. 4, p. 869–878, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapro/dav071>. Acesso em: 14 mar. 2023.

SUWAN, N. *et al.* Factors Influencing Readiness for Hospital Discharge Among Thai Older Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. **Pacific Rim Int. J. Nurs.** v. 22, n. 2, 2018. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/330847629> Factors influencing readiness for hospital discharge among Thai older persons with chronic obstructive pulmonary disease. Acesso em: 13 maio 2020.

TASHAKKORI, A.; CRESWELL, J. W. The new era of mixed methods. **Journal of Mixed Methods Research**, v. 1, n.1, p. 3-7, 2007. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2345678906293042>. Acesso em: 22 maio 2020.

TEIXEIRA, T. *et al.* Literacia em Saúde nos doentes Hipertensos e adultos sem Hipertensão Arterial. **Psychologica**. v. 65, n. e065006, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.14195/1647-8606_65_6. Acesso em: 23 abr. 2023.

TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. *In*: ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD. **Promoción de la salud: una antología**. Washington: OPAS, 1996. p. 37-43.

TESTONI, I. *et al.* The Value of Dignity in Prison: A Qualitative Study with Life Convicts. **Behav. Sci.** v. 10, n. 95, p. 1-11, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/bs10060095>. Acesso em: 23 abr. 2023.

TORRES, G. M. C. *et al.* Comunicação terapêutica na interação profissional de saúde e hipertenso na estratégia saúde da família. **Rev. Gaúcha de Enferm.** v. 38, n. 4, e2016-0066, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2016-0066>. Acesso em: 4 mar. 2023.

TROTTER, R. T. *et al.* A Survey of Health Disparities, Social Determinants of Health, and Converging Morbidities in a County Jail: A Cultural-Ecological Assessment of Health Conditions in Jail Populations. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 15, n. 11, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph15112500>. Acesso em: 3 mar. 2023.

UFPE. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. **Sistema Penitenciário: definição do minimundo**. Recife, 2012. Disponível em: <https://www.cin.ufpe.br/~rot/gdi/files/Minimundo.docx>. Acesso em: 18 abr. 2023.

VANJANI, R. On Incarceration and Health - Reframing the Discussion.

Massachusetts Medical Society, 2017. Disponível em:

<https://doi.org/10.1056/NEJMp1704120>. Acesso em: 23 abr. 2023.

VARELLA, D. Não Subestime a Hipertensão. [YouTube], 27 de abril de 2018.

Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=MZDFdLSL6cA>. Acesso em: 5 maio 2021.

VERA-REMARTÍNEZ, E.J. *et al.* Sentido de coherencia y mapa de activos para la salud en jóvenes presos de la Comunidad Valenciana en España. **Global Health Promotion**. v. 24, n. 3, p. 112-121, 2017. Disponível em:

<https://doi.org/10.1177/1757975915614229>. Acesso em: 17 abr. 2022.

VERA-REMARTÍNEZ, E.J. *et al.* Factores de riesgo cardiovascular en adultos jóvenes de un centro penitenciario [Cardiovascular risk factors in young adults of a penitentiary center]. **Rev Esp Salud Pública**. v. 6, n. 92:e201807037, 2018. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29978853/>. Acesso em: 17 abr. 2022.

VIGGIANI, N. Unhealthy prisons: Exploring structural determinants of prison health.

Sociology of Health & Illness, v. 29, p. 115-135, 2007.

VILLAFAINA-DOMÍNGUEZ, B. *et al.* Effects of Dog-Based Animal-Assisted Interventions in Prison Population: A Systematic Review. **Animals**, v. 10, n. 2129, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ani10112129>. Acesso em: 23 abr. 2023.

VINJE, H.F.; LANGELAND, E.; BULL, T. Aaron Antonovsky's Development of Salutogenesis, 1979–1994. *In*: Mittelmark MB, *et al.* (Eds.). **The Handbook of Salutogenesis**. Switzerland: Springer, 2022. p. 29-45. Disponível em:

<https://doi.org/10.1007/978-3-030-79515-3>. Acesso em: 23 abr. 2023.

VOLLER, F. *et al.* Health conditions of inmates in Italy. **BMC Public Health**, v. 16, p. 1162-1184, 2016. Disponível em:

<https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3830-2>.

Acesso em: 23 jul. 2020.

WANG, E. A. *et al.* Incarceration, Incident Hypertension, and Access to Healthcare: Findings from the Coronary Artery Risk Development In young Adults (CARDIA) Study. **Archives of Internal Medicine**, v. 169, n. 7, p. 687-693, abr. 2009.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2829673/>. Acesso em: 21 abr. 2020.

WANG, E. A. *et al.* Cardiovascular Disease in Incarcerated Populations. **J Am Coll Cardiol**. v. 69, n. 24, p. 2967-2976, 2017. Disponível em:

<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.04.040>. Acesso em: 23 abr. 2023.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 120, n. 6, p. 472-482, 1996. Disponível em:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/15464/v120n6p472.pdf?sequence=1>. Acesso em: 8 jul. 2020.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa Charter for Health Promotion**. Ottawa: WHO, 1986. Disponível em: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-well-being/first-global-conference>. Acesso em: 04 ago. 2020.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy**. Adelaide: WHO, 1988. Disponível em: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/>. Acesso em: 4 maio 2020.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health**. Sundsvall: WHO, 1991. Disponível em: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/>. Acesso em: 5 ago. 2020.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI**. Jacarta: WHO, 1997. Disponível em: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf?ua=1. Acesso em: 4 ago. 2020.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health promotion glossary**. Geneva: WHO, 1998. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2023.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaração de Moscou**, “Prison Health as part of Public Health” (Saúde no Sistema Prisional como parte da Saúde Pública). Europa: WHO, 2003. Disponível: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/98971/E94242.pdf. Acesso em: 17 fev. 2019.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The 6th Global Conference on Health Promotion Bangkok**. Bangkok: WHO, 2005. Disponível em: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf?ua=1. Acesso em: 4 ago. 2020.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health in prisons**: a WHO guide to the essentials in prison health. Copenhagen: WHO, 2007. Disponível em: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf. Acesso em: 5 jan. 2020.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Nairobi Call to Action**. Nairobi: WHO, 2009. Disponível em: https://www.dors.it/documentazione/testo/201409/01_2009_OMS%20Nairobi_Call%20to%20action.pdf. Acesso em: 4 ago. 2020.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: WHO, 2011.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Helsinki statement on Health in All Policies**. Helsinki: WHO, 2013. Disponível em: Disponível em: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf?ua=1. Acesso em: 4 ago. 2020.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health 2020: The European policy for health and wellbeing**. Copenhagen: WHO; 2012.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Prisons and health**. WHO Regional Europa, 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128603/Prisons%20and%20Health.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 08 de fev. 2023.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Promoting health in the SDGs**. Report on the 9 th Global conference for health promotion: all for health, health for all. Xangai: WHO, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259183/WHO-NMH-PND-17.5-eng.pdf;jsessionid=EEA54844576D57C6D347AA17C7839BAC?sequence=1>. Acesso em: 5 ago. 2020.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Health Estimates 2016: deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000–2016**. Geneva: WHO, 2018a.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics 2018: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals**. Geneva: WHO, 2018b.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles**. Geneva: WHO, 2018c.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Invisible numbers: the true extent of noncommunicable diseases and what to do about them**. Geneva: World Health Organization; 2022. Disponível em: <https://www.forumdcnts.org/post/numeros-invisiveis-oms-2022>. Acesso em: 31 mar. 2023.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases data portal**, 2022. Disponível em: <https://ncd-uat.adapptlabs.com/>. Acesso em: 31 de mar. 2023.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Determinantes sociais da saúde**, 2023. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1. Acesso em: 4 abr. 2023.

WITKOWSKA-LUÉ, B. Schizophrenia and sense of coherence. **Psychiatr.**, v. 52, n. 2, p. 217-226, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/69697>. Acesso em: 18 nov 2022.

WOODALL, J.; VIGGIANI, N.; SOUTH, J. Salutogenesis in Prison. *In*: MITTELMARK, M.B. *et al.* **The Handbook of Salutogenesis**. Switzerland: Spinger, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-3-030-79515-3_51. Acesso em: 4 mar. 2023.

WORLD PRISON BRIEF. **World Prison Population List**. Disponível em: https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/wppl_12.pdf. Acesso em: 23 jul. 2020.

ZAJENKOWSKA, A. *et al.* Wellbeing and Sense of Coherence Among Female Offenders and Non-Offenders: The Importance of Education. **The Prison Journal**. v. 101, n. 1, p. 41-59, 2021. Disponível em: <https://10.1177/0032885520978474>. Acesso em: 17 abr. 2022.

APÊNDICES

- **APÊNDICE 1 – CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA PESQUISA**

O SENHOR (A) GOSTARIA DE PARTICIPAR DE UMA PESQUISA?

Nós, Maria de Fátima Mantovani, Fernanda Moura D’Almeida Miranda (ambas docentes do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, orientadora e coorientadora, respectivamente) e Marta Cossetin Costa (doutoranda em enfermagem pela Universidade Federal do Paraná) pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos conduzindo um estudo intitulado: DOENÇA CRÔNICA E SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE À LUZ DA TEORIA SALUTOGÊNICA: ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS.

A pesquisa terá duração de 09 meses. Na primeira fase do estudo, o(a) senhor(a) poderá ser selecionado por meio de sorteio para participar do estudo, que será realizado com algumas pessoas que se encontrem em privação de liberdade nas unidades penais de Foz do Iguaçu – Pr. O objetivo desta etapa é conhecer o perfil de adoecimento e senso de coerência (como as pessoas compreendem sua vida).

Se o(a) senhor(a) é hipertenso(a) (tem pressão arterial elevada), e está recluso(a) na Penitenciária Estadual de Foz do Iguaçu, poderá compor a amostra da segunda fase do estudo, com acompanhamento por 6 meses pela pesquisadora (Marta Cossetin Costa – Enfermeira). Assim, além dos cuidados já recebidos na unidade de saúde, os participantes receberão uma consulta de enfermagem mensal durante o período da pesquisa. Serão selecionados a totalidade de hipertensos que aceitem participar. Nesta etapa pretendemos contribuir com o controle de sua pressão!



CONTATO: Enfermeira Marta Cossetin Costa

• **APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – PRIMEIRA ETAPA**

Nós, Maria de Fátima Mantovani e Fernanda Moura D’Almeida Miranda docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná - UFPR e Marta Cossetin Costa, aluna do Doutorado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná – UFPR, estamos convidando o (a) senhor(a), (pessoa privada de liberdade) a participar de um estudo intitulado “DOENÇA CRÔNICA E SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE À LUZ DA TEORIA SALUTOGÊNICA: ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS” (estas doenças são aquelas de longa duração, e, a teoria busca compreender o que gera saúde e os mecanismos que a pessoa usa para manter a saúde apesar dos estressores no ambiente).

O objetivo geral desta pesquisa é apreender a situação de saúde das pessoas privadas de liberdade da cidade de Foz do Iguaçu-Paraná. Sua participação é de fundamental importância, considerando que é por meio das pesquisas que ocorrem os avanços na área da saúde e da enfermagem.

Caso o(a) senhor(a) aceite participar da pesquisa, será necessário preencher dois questionários, os quais deverão ser respondidos na unidade penal onde se encontra custodiado. O primeiro questionário é composto de 21 questões, destas, 10 são objetivas (de marcar X), três são subjetivas (precisa escrever a resposta) e 8 são mistas (marcar X e resposta escrita). Este será utilizado para conhecer um pouco acerca de sua vida, sua atividade profissional, sobre seu estado de saúde, hábitos de vida. O segundo questionário é composto de 29 itens que são respondidos selecionando-se um número de 1 à 7, este pretende conhecer como o(a) senhor(a) compreende sua vida e enfrenta seus problemas de saúde. A previsão de duração é de 40 minutos.

Para tanto o(a) senhor(a) realizará as atividades da pesquisa, preenchimento do questionário na unidade penal em que se encontra custodiado, junto ao ambulatório da respectiva unidade penal (Penitenciária Estadual de Foz do Iguaçu – PEF; Penitenciária Estadual de Foz do Iguaçu II – PEF II; Cadeia Pública Laudemir Neves – CPLN; Penitenciária Feminina e Foz do Iguaçu – PFFUP), não existindo necessidade de deslocamentos.

<p>Rubricas:</p> <p>Participante da Pesquisa e /ou responsável</p> <p>legal _____</p>

<p>Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.</p> <p>AAE número: 42695321.8.0000.01</p>

Se o(a) senhor(a) tiver alguma dúvida ou necessitar de algum esclarecimento em relação à pesquisa, o(a) senhor(a) poderá, a qualquer momento, solicitar esclarecimentos à pesquisadora/doutoranda Marta Cossetin Costa, Enfermeira, servidora da Secretária Estadual de Segurança Pública (SESP). Para garantia do anonimato e das informações, serão utilizados os códigos indicadores: P(participante), F ou M (sexo) e um número arábico em ordem crescente dos participantes entrevistados. Serão respeitados todos os princípios éticos determinados na Resolução nº466/12, na Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 e Resolução nº 580, de 22 de março de 2018 do Conselho Nacional de Pesquisa em Seres Humanos.

É possível que o(a) senhor(a) experimente algum desconforto, principalmente relacionado à constrangimento ao responder ao questionário; medo; vergonha; estresse; cansaço ao responder às perguntas. Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser: invasão de privacidade; interferência em suas atividades diárias na unidade penal, e aqueles relacionados à quebra de sigilo e anonimato.

Os pesquisadores comprometem-se em minimizar os riscos advindos da pesquisa, com manutenção do sigilo dos dados, a possibilidade a recusar-se a participar da pesquisa e interrupção desta. Caso o o(a) senhor(a) sinta-se constrangido, apresente alterações emocionais e ou psicológicas, ao responder as questões, será encerrada a coleta de dados, e realizado uma escuta qualificada com possibilidade de continuar em outro momento ou descontinuar a participação do estudo.

Os benefícios aos participantes são indiretos e relacionam-se a conhecer as doenças crônicas existentes na população prisional de Foz do Iguaçu – Paraná e compreender o seu estado de saúde. Esta discussão pode contribuir na elaboração de diretrizes de cuidado que atendam as necessidades das pessoas privadas de liberdade.

As pesquisadoras, Maria de Fátima Mantovani, Fernanda Moura D’Almeida Miranda, professoras da UFPR, e Marta Cossetin Costa, Enfermeira da Secretária da Segurança Pública (SESP-PR) e doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR, responsáveis pela pesquisa, poderão ser contatadas no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde na Rua Lothário Meissner, 632 - Bloco Didático II - Campus Botânico - Curitiba – PR, CEP: 80.210-170 em Curitiba ou pelo telefone (041) 3361-3700, das 13:30 às 17:00, de 2ª a 6ª feira.

<p>Rubricas:</p> <p>Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____</p>
--

<p>Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UF PR.</p> <p style="text-align: right;">C</p> <p>AAE número: 42695321. 8.0000.010 2 e</p>
--

Para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Em caso de dúvidas relacionadas à pesquisa insira sua questão em caixa de coleta que se encontrará no ambulatório da unidade prisional. Em caso de emergência o(a) senhor(a) também pode nos contatar neste número, em qualquer horário: (045) 998254170.

Destaca-se que, a sua participação neste estudo é voluntária, e apesar do aceite em participar da pesquisa, o(a) senhor(a) pode desistir a qualquer momento dela, inclusive sem necessidade de justificativa, simplesmente informando a pesquisadora de sua desistência e poderá solicitar a devolução do Termo de Consentimento Livre Esclarecido assinado. Pontua-se que, por ser de caráter voluntário e sem fins lucrativos, o(a) senhor(a) não terá direito a nenhuma remuneração.

As informações relacionadas ao estudo só poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (orientador, coorientador, doutoranda e assessoria estatística), quando for o caso. No entanto, se quaisquer informações forem divulgadas em relatório ou publicação, serão codificadas para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade. Os materiais obtidos (instrumentos de coleta) serão utilizados unicamente para esta pesquisa e serão destruídos dentro de 5 anos. Quando os resultados da pesquisa forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa (impressões e cópias) não são de sua responsabilidade; entretanto, o(a) senhor(a) não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

Se o(a) senhor(a) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, o(a) senhor(a) pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo e-mail cometica.saude@ufpr.br e/ou telefone 41 -3360-7259, das 08:30h às 11:00h e das 14:00h às 16:00h. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

<p>Rubricas:</p> <p>Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____</p>
--

Aprovado
pelo
Comitê de
Ética em
Pesquisa
em Seres
Humanos
do Setor
de
Ciências
da
Saúde/UF
PR.

C

AAE
número:
42695321.
8.0000.010
2 e

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão me cause qualquer prejuízo [e sem que esta decisão afete meu tratamento | atendimento].

Eu concordo, voluntariamente, em participar deste estudo.

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do Participante de Pesquisa

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicado seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

Aprovado
pelo
Comitê de
Ética em
Pesquisa
em Seres
Humanos
do Setor
de
Ciências
da
Saúde/UF
PR.

C

AAE
número:
42695321.
8.0000.010
2 e

• **APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - SEGUNDA E TERCEIRA ETAPAS**

Nós, Maria de Fátima Mantovani e Fernanda Moura D’Almeida Miranda docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná - UFPR e Marta Cossetin Costa, aluna do Doutorado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná – UFPR, estamos convidando o (a) senhor(a), (pessoa privada de liberdade) a participar de um estudo intitulado “DOENÇA CRÔNICA E SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE À LUZ DA TEORIA SALUTOGÊNICA: ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS” (estas doenças são aquelas de longa duração, e, a teoria busca compreender o que gera saúde e os mecanismos que a pessoa usa para manter a saúde apesar dos estressores no ambiente).

O objetivo geral desta pesquisa é conhecer a situação de saúde das pessoas privadas de liberdade da cidade de Foz do Iguaçu-Paraná. Sua participação é de fundamental importância, considerando que é por meio das pesquisas que ocorrem os avanços na área da saúde e da enfermagem.

Caso o(a) senhor(a) aceite participar da pesquisa, será necessário responder a cinco questionários. O primeiro compõe-se de oito questões, as quais são objetivas (assinalar a resposta) e cujas respostas variam de 0 a 5, com objetivo de medir o seu conhecimento em saúde, tratam-se de perguntas sobre como o senhor (a): entende bulas de medicações e outras informações de saúde; onde busca informações de saúde e se as entende, e, se consegue aconselhar seus amigos e familiares sobre situações de saúde.

O segundo questionário é composto de 29 itens que são respondidos selecionando-se um número de 1 à 7, este pretende conhecer como o(a) senhor(a) compreende sua vida e enfrenta seus problemas de saúde, compõem-se de questões que buscam conhecer: seus sentimentos diante de situações vivenciadas no relacionamento com outras pessoas e diante de situações estressantes; como o senhor (a) percebe sua vida e o que ela significa para o senhor(a), bem como, seus sentimentos em relação ao seu futuro.

O terceiro instrumento é de perguntas subjetivas, suas respostas serão gravadas em áudio para posterior transcrição (passar para a forma escrita), com um total de 8 itens, estes

<p>Rubricas:</p> <p>Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____</p>
--

<p>Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.</p> <p>AAE número: 42695321.8.0000.010</p> <p>2 e</p>

objetivam compreender como o(a) senhor(a) cuida de sua saúde. As questões buscam compreender o que é saúde e qualidade de vida para o (a) senhor (a); como o (a) senhor (a), cuidava de sua saúde antes da privação de liberdade e na prisão, e, o que o auxilia e como age para manter sua saúde na prisão, bem como, sua rotina (atividades que executa com frequência no dia-a-dia).

O quarto compõe-se de 22 perguntas, objetivas com três opções de respostas: certo, errado e não sei, a fim de medir o conhecimento sobre a pressão alta (HAS). As perguntas abordam o que o (a) senhor (a) conhece sobre: os valores normais da sua pressão; como utiliza os remédios para pressão alta; quais os alimentos indicados no controle da pressão alta; e as complicações que podem ocorrer se a pressão não for controlada.

O quinto questionário compõe-se de uma questão aberta (precisa escrever a resposta) que busca saber sua percepção (sentimentos) acerca das atividades de educativas da pesquisa(intervenção). A questão pretende compreender como o (a) senhor (a) se sentiu durante as atividades da pesquisa. Neste momento da pesquisa também será necessário medir seu peso, sua altura, sua pressão arterial e circunferência abdominal (tamanho do abdômen).

Ainda, em caso de aceite, o(a) senhor(a) será acompanhado mensalmente por um período de seis meses, e receberá consulta de enfermagem e orientações de cuidados com a sua saúde de acordo com as suas necessidades. Estes instrumentos serão aplicados na unidade penal, bem como o acompanhamento acontecerá neste local. A duração esperada é de 60 minutos para cada encontro (totalizando 360 minutos, ou 6 horas, divididos em 6 encontros, com datas a serem combinadas com o (a) senhor(a)).

Para tanto o(a) senhor(a) realizará as atividades da pesquisa, preenchimento do questionário e consultas de enfermagem na unidade penal em que se encontra custodiado, junto ao ambulatório da respectiva unidade penal (Penitenciária Estadual de Foz do Iguaçu – PEF; Penitenciária Estadual de Foz do Iguaçu II – PEF II; Cadeia Pública Laudemir Neves – CPLN; Penitenciária Feminina e Foz do Iguaçu – PFFUP), não existindo necessidade de deslocamentos.

Se o(a) senhor(a) tiver alguma dúvida ou necessitar de algum esclarecimento em relação à pesquisa, o(a) senhor(a) poderá, a qualquer momento, solicitar esclarecimentos à pesquisadora/doutoranda Marta Cossetin Costa, Enfermeira, servidora da Secretária Estadual de Segurança Pública (SESP). Para garantia do anonimato e das informações, serão utilizados os códigos indicadores: P(participante), F ou M (sexo) e um número arábico em ordem crescente dos participantes entrevistados. Serão respeitados todos os princípios éticos

<p>Rubricas:</p> <p>Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____</p>
--

<p>Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.</p> <p>AAE número: 42695321.8.0000.010</p> <p>2 e</p>

determinados na Resolução nº466/12, na Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 e Resolução nº 580, de 22 de março de 2018 do Conselho Nacional de Pesquisa em Seres Humanos.

É possível que o(a) senhor(a) experimente algum desconforto, principalmente relacionado à constrangimento ao responder ao questionário; medo; vergonha; estresse; cansaço ao responder às perguntas. Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser: invasão de privacidade; interferência em suas atividades diárias na unidade penal, e aqueles relacionados à quebra de sigilo e anonimato.

Os pesquisadores comprometem-se em minimizar os riscos advindos da pesquisa, com manutenção do sigilo dos dados, a possibilidade a recusar-se a participar da pesquisa e interrupção. Caso o o(a) senhor(a) sinta-se constrangido, apresente alterações emocionais e ou psicológicas, ao responder as questões, será encerrada a coleta de dados, e realizado uma conversa, onde o senhor (a) poderá falar sobre as suas necessidades e sentimentos e os cuidados e orientações que o senhor(a) necessitar serão fornecidas pelo pesquisador, com possibilidade de continuar em outro momento ou descontinuar a participação do estudo. Assegura-se que o seu atendimento na unidade não será prejudicado caso o(a) senhor(a) não aceite participar da pesquisa.

Os benefícios diretos aos participantes, limitam-se a prováveis melhorias nos níveis de conhecimento em saúde, entendimento da doença e melhoria no controle da Hipertensão Arterial.

As pesquisadoras, Maria de Fátima Mantovani, Fernanda Moura D’Almeida Miranda, professoras da UFPR, e Marta Cossetin Costa, Enfermeira da Secretária da Segurança Pública (SESP-PR) e doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR, responsáveis pela pesquisa, poderão ser contatadas no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde na Rua Lothário Meissner, 632 - Bloco Didático II - Campus Botânico - Curitiba – PR, CEP: 80.210-170 em Curitiba ou pelo telefone (041) 3361-3700, das 13:30 às 17:00, de 2ª a 6ª feira, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Em caso de dúvidas relacionadas à pesquisa insira sua questão em caixa de coleta que se encontrará no ambulatório da unidade prisional. Em caso de emergência o(a) senhor(a) também pode nos contatar neste número, em qualquer horário: (045) 991285295.

Destaca-se que, a sua participação neste estudo é voluntária, e apesar do aceite em participar da pesquisa, o(a) senhor(a) pode desistir a qualquer momento dela, inclusive sem necessidade de justificativa, simplesmente informando a pesquisadora de sua desistência e

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável
legal _____

Aprovado
pelo
Comitê de
Ética em
Pesquisa
em Seres
Humanos
do Setor
de
Ciências
da
Saúde/UF
PR.
C
AAE
número:
42695321.
8.0000.010
2 e

poderá solicitar a devolução do Termo de Consentimento Livre Esclarecido assinado. Pontua-se que, por ser de caráter voluntário e sem fins lucrativos, o(a) senhor(a) não terá direito a nenhuma remuneração.

As informações relacionadas ao estudo só poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (orientador, coorientador, doutoranda e assessoria estatística), quando for o caso. No entanto, se quaisquer informações forem divulgadas em relatório ou publicação, serão codificadas para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade. Os materiais obtidos (instrumentos de coleta e gravação em áudio) serão utilizados unicamente para esta pesquisa e serão destruídos dentro de 5 anos. Quando os resultados da pesquisa forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa (impressões e cópias) não são de sua responsabilidade; em vista disso, o(a) senhor(a) não receberá qualquer valor em dinheiro apenas pela sua participação.

Se o(a) senhor(a) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, o(a) senhor(a) pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo e-mail cometica.saude@ufpr.br e/ou telefone 41 -3360-7259, das 08:30h às 11:00h e das 14:00h às 16:00h. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão me cause qualquer prejuízo [e sem que esta decisão afete meu tratamento | atendimento].

Eu concordo, voluntariamente, em participar deste estudo.

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de 20__.

<p>Rubricas:</p> <p>Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____</p>
--

provado
pelo
Comitê
de Ética
em
Pesquis
a em
Seres
Humano
s do
Setor de
Ciências
da
Saúde/U
FPR.
AAE
número:

Assinatura do Participante de Pesquisa

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicado seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

• **APÊNDICE 4 – TERMO DE SOLICITAÇÃO DE USO DE PRONTUÁRIOS PARA PESQUISA**

Título do Projeto: intitulado “DOENÇA CRÔNICA E SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE À LUZ DA TEORIA SALUTOGÊNICA: ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS”.

A pesquisadora Maria de Fátima Mantovani responsável pelo projeto “Doença crônica e saúde das pessoas privadas de liberdade à luz da Teoria Salutogênica: estudo de métodos mistos”, solicita a utilização de seu prontuário de saúde, para este estudo, com garantia de proteção de identidade, o qual será utilizado apenas para busca de dados de sua condição de saúde.

O participante foi informado que a guarda e demais procedimentos de segurança são de inteira responsabilidade dos pesquisadores. Os pesquisadores comprometem-se, igualmente, a fazer divulgação dessas informações coletadas somente de forma anônima com proteção do anonimato do participante.

Este documento foi elaborado em duas (2) vias, uma ficará com o(s) pesquisador(a/es) e outra com o (a) participante da pesquisa.

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de 2021.

Maria de Fátima Mantovani

Pesquisador responsável

Autorizo o uso do som de minha voz e do meu prontuário exclusivamente para esta pesquisa.

(nome por extenso do participante da pesquisa)

Participante da pesquisa

• **APÊNDICE 5 – TERMO DE SOLICITAÇÃO DE USO DE SOM DE VOZ PARA PESQUISA**

Título do Projeto: intitulado “DOENÇA CRÔNICA E SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE À LUZ DA TEORIA SALUTOGÊNICA: ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS”.

A pesquisadora Maria de Fátima Mantovani responsável pelo projeto “Doença crônica e saúde das pessoas privadas de liberdade à luz da Teoria Salutogênica: estudo de métodos mistos”, solicita a utilização de som de sua voz, a qual será gravada durante a entrevista (fase qualitativa do estudo) e posteriormente transcrita (passada para a forma escrita). Será utilizada na pesquisa na forma transcrita, linguagem escrita.

O participante foi informado que a guarda e demais procedimentos de segurança são de inteira responsabilidade dos pesquisadores. Os pesquisadores comprometem-se, igualmente, a fazer divulgação dessas informações coletadas somente de forma anônima com proteção do anonimato do participante.

Este documento foi elaborado em duas (2) vias, uma ficará com o(s) pesquisador(a/es) e outra com o (a) participante da pesquisa.

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de 2021.

Maria de Fátima Mantovani

Pesquisador responsável

Autorizo o uso do som de minha voz exclusivamente para esta pesquisa.

(nome por extenso do participante da pesquisa)

Participante da pesquisa

• **APÊNDICE 6 – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO**

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – DIAGNÓSTICO SITUACIONAL		
DATA: ____/____/____ Código do participante: _____		
I DADOS CADASTRAIS		
Nome: _____		Data de Nascimento: ____/____/____
Unidade Penal: [1] PEF [2] PEF II [3] PFF UP [4] CPLN		
Tempo de privação de liberdade: _____		
II DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS		
1) Idade: _____	3) Estado Conjugal [1] solteiro(a) [2] casado(a) ou em união consensual [3] viúvo(a) [4] separado ou divorciado(a)	4) Número de filhos [1] 0 [2] 1 a 3 [3] mais de 3
2) Sexo: _____ [1] Feminino [2] Masculino		5) Escolaridade [1] <9 anos [2] 9 a 12 anos [3] > 12 anos
6) Ocupação prévia à privação de liberdade: _____ _____	7) Participa de atividades na unidade penal: _____ [1] Trabalho [2] Estudo [3] Práticas Religiosas [4] Outras	
III VARIÁVEIS CLÍNICAS		
8) Tem alguma doença crônica (doença persistente, de longa duração, tais como: doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas - bronquite, asma, DPOC, rinite -, hipertensão arterial, câncer, diabetes, dislipidemia – colesterol e triglicérides elevados e/ou outras)? [1] Sim Qual: _____ [2] Não		
9) Onde ocorreu o diagnóstico? [1] Rede pública de saúde extramuros [2] Rede privada de saúde extramuros [3] Unidade Penal	10) Tempo de diagnóstico: [1] <1 ano [2] 1 a 4 anos [3] 6 a 10 anos [4] > 10 anos	11) Número de medicações em uso: [1] Não usa [2] 1 [3] 2 a 3 [4] 4 a 5 [5] > de 5

12. Nome das medicações em uso: 1) _____ . Posologia: Manhã Tarde Noite Dose: ____ mg Tempo de uso ____ 2) _____ . Posologia: Manhã Tarde Noite Dose: ____ mg Tempo de uso ____
 3) _____ . Posologia: Manhã Tarde Noite Dose: ____ mg Tempo de uso ____
 4) _____ . Posologia: Manhã Tarde Noite Dose: ____ mg Tempo de uso ____
 5) _____ . Posologia: Manhã Tarde Noite Dose: ____ mg Tempo de uso ____
 6) _____ . Posologia: Manhã Tarde Noite Dose: ____ mg Tempo de uso ____
 7) _____ . Posologia: Manhã Tarde Noite Dose: ____ mg Tempo de uso ____
 8) _____ . Posologia: Manhã Tarde Noite Dose: ____ mg Tempo de uso ____
 9) _____ . Posologia: Manhã Tarde Noite Dose: ____ mg Tempo de uso ____
 10) _____ . Posologia: Manhã Tarde Noite

Classificação:

[1] anti-hipertensivos [2] hipoglicemiantes orais
 [3] hipoglicemiantes injetáveis (insulinas) [4] antissecretores gástricos
 [5] antivirais [6] antidepressivos
 [7] anticonvulsivantes [8] antipsicóticos [9] outros

13) O(a) Sr(a) tem acesso a suas medicações na unidade penal:

[1] sim
 [2] não

14) Qual sua Autoavaliação do seu estado de saúde em escala de cinco graus:

() Muito boa () Boa () Regular () Ruim () Muito ruim

HÁBITOS DE VIDA

15) Tabagismo

[1] sim. Tempo ____.

Número de cigarros/dia: ____

[2] não

[3] parou há quanto tempo: _____

16) Alcoolismo

[1] não ingere

[2] ingesta moderada

[3] ingesta mais que moderada

Tempo _____

17) Drogadicção (uso de drogas)

[1] sim. Tempo ____ . Qual: _____

[2] não

[3] parou há quanto tempo: _____

18) Quais são os alimentos que o(a) Sr(a) ingere em sua rotina? Com que frequência ingeriu na última semana?

[1] frutas, legumes e verduras; ____ semana

[2] arroz feijão, massas, carnes; ____ semana

[3] pães; alimentos enlatados, com conservantes; ____ semana

biscoitos, guloseimas e balas; ____ semana

[4] Outros; ____ semana

18.1) O(a) Sr(a) recebe alimentação especial na unidade?

[1] Sim Qual: _____

[2] Não

18.2) Sua família traz alimentos de casa?

[1] Sim Quais: _____

[2] Não

19) Com que frequência na última semana o(a) Sr(a)...	
19.1) Realizou atividades moderadas: pelo menos 10 minutos contínuos como caminhar, fazer musculação etc.?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> vezes por semana Total por dia: ____ horas ____ minutos Total por semana ____ horas ____ minutos
19.2) atividades vigorosas: pelo menos 10 minutos contínuos como correr, jogar futebol etc.?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> vezes por semana Total por dia: ____ horas ____ minutos Total por semana ____ horas ____ minutos
19.3. Com base nas informações acima, o paciente pratica atividade física?	
1 Pratica (150 minutos/semana de atividades moderadas ou 75 minutos/semana de atividades vigorosas ou mista (moderada/vigorosa)	
2 Não pratica (menos de 150 minutos/semana de atividades moderadas e/ou menos de 75 minutos/semana de atividades vigorosas ou mista (moderada/vigorosa)	
Atividades moderadas: caminhada, caminhada em esteira, musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais e luta, ciclismo e voleibol/futevôlei e dança. Atividades vigorosas: corrida, corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol/futsal, basquetebol e tênis (AINSWORTH et al., 2011).	

• **APÊNDICE 7 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS CLÍNICOS**

CONSULTA DE ENFERMAGEM - QUINZENAL		
DATA: ___/___/___		Código do participante: _____
Nome: _____		Data de Nascimento: ___/___/___
MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS E DE PRESSÃO ARTERIAL		
EXAME FÍSICO:		
20) Peso: _____ Kg	21) Altura: _____ m.	22) IMC: _____ Kg/m ² [1] baixo peso: <18,3 Kg/m ² [2] peso saudável: (18,5 a 24,9) [3] sobrepeso (25,0 a 29,9) [4] obesidade
23) Circunferência Abdominal* (CA): _____ cm		24) Pressão arterial: _____/_____ mmHg [1] ótima (<120/,80mmHg) [2] normal (<130/<85 mmHg) [3] limítrofe (130 – 139/85-89 mmHg) [4] estágio I (140-159/90-99 mmHg) [5] estágio II (160-179/100-109 mmHg) [6] estágio III (≥180/≥110mmHg) [7] HÁ isolada (≥140<90mmHg)
23.1) Homens*	52.2) Mulheres*	
[1] normal (até 102cm) [2] acima (>102cm)	[1] norma (ate 88cm) [2] acima (>88cm)	
25) Índice Tornozelo-Braquial ⁽⁴³⁾ [1] normal =acima de 0,90 [2] obstrução leve= 0,71 – 0,90 [3] obstrução moderada= 0,41-0,70 [4] obstrução grave = 0,00-0,408,0 FONTE: SBH;SBC;SBN,2010		
26) SOC: fraco, forte, moderado		Literacia: _____
METAS PACTUADAS		

• **APÊNDICE 8 - PROTOCOLO DE ENTREVISTA COM PERGUNTAS ABERTAS**

- 1) O que é saúde para você? E qualidade de vida?
- 2) Fale-me como o(a) Sr.(a) cuidava da sua saúde antes de ser preso?
- 3) Fale-me como o(a) Sr.(a) cuida de sua saúde na prisão? Como o(a) Sr.(a) se informa sobre sua doença e cuidados?
- 4) Quais são os fatores que você considera que o auxiliam na manutenção de sua saúde no contexto prisional? E quais fatores dificultam a manutenção de sua saúde?
- 5) Quais ações o(a) Sr.(a) executa para manutenção de sua saúde?
- 6) Fale-me um pouco sobre sua rotina na unidade.
- 7) Como o(a) Sr.(a) vê sua vida hoje? E quais são as suas expectativas para o futuro?

• **APÊNDICE 9 – AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

1) O que esta atividade de educação em saúde acrescentou para o senhor (a)?

2) Como o senhor (a) gostaria que fosse a próxima atividade de educação em saúde? Deixe suas sugestões.

- **APÊNDICE 10 - PROTOCOLO DE ENTREVISTA COM PERGUNTA ABERTA 2**

1) O que esta atividade de educação em saúde acrescentou para o senhor (a)?

2) Como o(a) Sr.(a) percebeu (sentiu) a sua participação neste programa de cuidados em saúde (intervenção) em Hipertensão Arterial implementado na unidade penal?

• **APÊNDICE 11 – VARIÁVEIS DA PESQUISA**

QUADRO 8 - VARIÁVEIS DA PESQUISA

	Variável	Descrição	Tipo de Variável	Método de análise
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – DIAGNÓSTICO SITUACIONAL				
Variáveis Sociodemográficas				
1	Idade	autodeclarada em anos	quantitativa contínua	média; moda; mediana.; desvio padrão.
2	Sexo	masculino ou feminino	qualitativa nominal	categorização
3	Estado conjugal	autodeclarado em: solteiro(a), casado(a) ou em união consensual, separado(a) ou divorciado(a) e viúvo(a);	qualitativa nominal	categorização
4	Número de filhos	autodeclarado em: zero; um a três e mais de três	quantitativa discreta	categorização e média
5	Escolaridade	autodeclarada em: menos de nove anos, nove a 12 anos, 13 a 16 e mais de 12anos de estudo	qualitativa ordinal	categorização e média
6	Ocupação prévia à privação de liberdade	autodeclarada	qualitativa nominal	categorização conforme a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO
7	Participa de atividades na unidade penal	autodeclarada em: trabalho, estudo, práticas religiosas e outras	qualitativa nominal	categorização
Variáveis Clínicas				
8	Possui diagnóstico de doença crônica	sim ou não e autodeclarada	qualitativa nominal	categorização, e moda
9	Local do diagnóstico	autodeclarada em: rede pública de saúde extramuros, rede privada de saúde extramuros e Unidade Penal	qualitativa nominal	Categorização, moda
10	Tempo de diagnóstico	autodeclarado em: menos de 1 ano, de 1 a 4 anos, de 6 a 10 anos, e mais de 10 anos	quantitativa discreta	categorização e média, mediana
11	Número de medicações	autodeclarada em: não usa, 1, 2 a 3, 4 a 5 e mais de 5	quantitativa discreta	categorização e média, mediana

12	Nome das medicações em uso	autodeclarada em: anti-hipertensivos; hipoglicemiantes orais; hipoglicemiantes injetáveis (insulinas); antissecretores gástricos; antivirais; antidepressivos; anticonvulsivantes; antipsicóticos e outros	qualitativa nominal	categorizar por classificação terapêutica
13	Acesso a suas medicações na unidade penal	sim ou não	Qualitativa nominal	categorização
14	Autoavaliação do estado de saúde	escala de 5 graus: muito boa, boa regular, ruim e muito ruim	qualitativa ordinal	categorização e moda
Hábitos de vida				
15	Tabagismo	a) sim, não, parou. b) número de cigarros dia e tempo de pausa no tabagismo.	a) qualitativa nominal b) quantitativa discreta	a) categorização b) média, moda, mediana
16	Alcoolismo	a) não ingere, ingesta moderada e ingesta mais que moderada b) tempo de uso.	a) qualitativa nominal b) quantitativa discreta	a) categorização b) média, moda, mediana
17	Drogadicção	a) Sim, não e parou b) Tempo de uso ou pausa do uso	a) qualitativa nominal b) quantitativa discreta	a) categorização b) média, moda, mediana
18	Rotina alimentar	a) Autodeclarada em: frutas, legumes e verduras; arroz feijão, massas, carnes; pães; alimentos enlatados, com conservantes; biscoitos, guloseimas e balas; e outros b) frequência semanal de ingesta c) sim ou não e autodeclaração	a) qualitativa nominal b) quantitativa discreta c) qualitativa nominal	a) categorização b) média, moda, mediana c) categorização.
19	Frequência de atividade física	autodeclarada quantas vezes realiza atividade física na semana, dia e tempo. Classificadas em: atividade moderada, vigorosa.	quantitativa discreta e qualitativa nominal	média, moda, mediana e categorização
INSTRUMENTO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM				
Exame físico				

20	Peso	quilogramas	quantitativa contínua	média, moda, mediana e categorização
21	Altura	metros	quantitativa contínua	média, moda, mediana e categorização
22	IMC	baixo peso (menor que 18,3 Kg/m ²), peso saudável (18,5 a 24,9), sobrepeso (25,0 a 29,9) e obesidade (acima de 29,9)	qualitativa ordinal	categorização
23	Circunferência abdominal	normal e acima	qualitativa ordinal	categorização
24	Pressão Arterial	ótima (<120/80mmHg), normal (<130/<85 mmHg), limítrofe (130 – 139/85-89 mmHg), estágio I (140- 159/90-99 mmHg), estágio II (160- 179/100-109 mmHg), estágio III (≥180/≥110mmHg), HÁ isolada (≥140<90mmHg)	quantitativa contínua	média, moda, mediana e categorização
25	Índice Tornozelo- Braquial	normal (acima de 0,90), obstrução (leve= 0,71 – 0,90), obstrução moderada (0,41-0,70), obstrução grave (0,00-0,408)	qualitativa ordinal	categorização
26	SOC	fraco, forte, moderado	qualitativa discreta	média, moda, mediana e categorização, desvio padrão.
27	LS	matriz dos pesos	qualitativa discreta	média, moda, mediana e categorização, desvio padrão.
ENTREVISTA COM PERGUNTAS ABERTAS				
1	Fale-me como o(a) Sr.(a) cuidava da sua saúde antes de ser preso	codificação	qualitativa nominal	categorização
2	Fale-me como o(a) Sr.(a) cuida de sua saúde na prisão? Como o(a) Sr.(a) se	codificação	qualitativa nominal	categorização

	informa sobre sua doença e cuidados?			
3	Quais são os fatores que você considera que o auxiliam na manutenção de sua saúde no contexto prisional? E quais fatores dificultam a manutenção de sua saúde?	codificação	qualitativa nominal	categorização
4	Quais ações o(a) Sr.(a) executa para manutenção de sua saúde	codificação	qualitativa nominal	categorização
5	O que é saúde para você? E qualidade de vida	codificação	qualitativa nominal	categorização
6	Fale-me um pouco sobre sua rotina na unidade	codificação	qualitativa nominal	categorização
7	Como o(a) Sr.(a) vê sua vida hoje? E quais são as suas expectativas para o futuro?	codificação	qualitativa nominal	categorização

APÊNDICE 12 – CAIXAS DE COLETA – DÚVIDAS E ESCLARECIMENTOS



FONTE: os autores (2021).

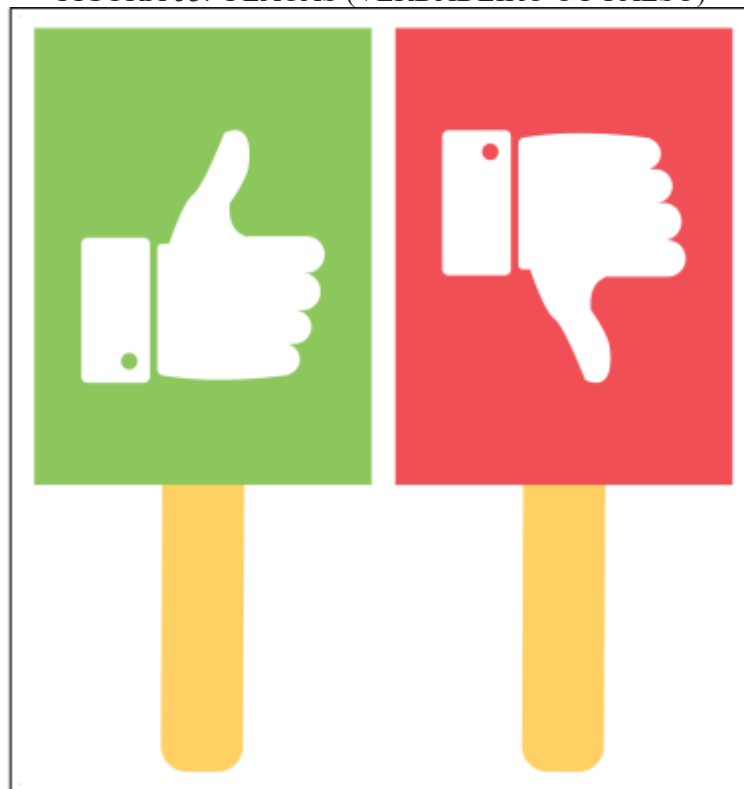
APÊNDICE 13 – ROTEIRO EDUCAÇÃO EM SAÚDE 1

QUADRO 4 - PLANO PARA A PRIMEIRA ATIVIDADE EDUCATIVA EM GRUPO PARA OS PARTICIPANTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2022.

PLANO PARA A PRIMEIRA ATIVIDADE EDUCATIVA EM GRUPO		
Local: Penitenciária Estadual de Foz do Iguaçu	Data: 20/03/2022 Horário:	Duração: 1 hora 09 horas
Público: Pessoas Privadas de Liberdade com HAS	Tema: Conceito, sinais e sintomas da HAS/ controle da HAS	
Objetivo geral: Avaliar o conhecimento das pessoas com HAS acerca da doença	5. Dinâmica do Jogo de Perguntas e Respostas a) Distribuir aos participantes as placas (vermelha e verde) para que respondam se as afirmativas são verdadeiras ou falsas. O lado de cor vermelha representa que o enunciado é falso e o lado verde, verdadeiro. b) Orientar os participantes que, após a leitura da afirmativa, a placa com a cor escolhida deverá ser levantada e voltada em direção ao mediador. c) Apresentar o slide com a questão do quiz para que todos possam visualizá-la. d) Fazer a leitura em voz alta e pausadamente e repetir caso seja necessário; e) Solicitar aos participantes que indiquem suas respostas, levantando a placa com a cor correspondente para verdadeiro ou falso. f) Instigar os participantes a justificar suas respostas e/ou comentar suas experiências: ex. alguém aqui já teve estes sintomas? Pode nos contar? g) Mostrar a resposta correta. h) Oportunizar espaço para as dúvidas; i) Explicar os mecanismos fisiopatológicos envolvidos; e j) Retornar ao item c para reiniciar o jogo.	
Objetivos específicos: Refletir sobre conceito da HAS; discutir sobre os sinais e sintomas HAS; Integrar a equipe de pesquisa e pessoas privadas de liberdade com HAS.		
1. Conteúdo Programático		
<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar o grupo da pesquisa na unidade penal (5 minutos); - Abordar aspectos epidemiológicos e fisiopatológicos da HAS (10 minutos); - Realizar o jogo de perguntas e respostas (verdadeiro ou falso) (20 minutos); - Oportunizar troca de experiências/ dúvidas (10 minutos). - Dinâmica de Relaxamento. 		
2. Desenvolvimento		
<ul style="list-style-type: none"> - Explicar por meio da técnica expositiva verbal-dialogada com auxílio de multimídia e do vídeo “Não subestime a Hipertensão” (VARELLA, 2018) o conceito da HAS; - Expor os dados da HAS no mundo e no Brasil, causas e mecanismos da doença, sinais e sintomas. - Realizar jogo de perguntas e resposta sobre a HAS. 		
3. Recursos Didáticos		
<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação no Programa Canva com uso de multimídia com imagens/ilustrações para abordar a fisiopatologia da doença; - Quiz com perguntas, com letras grandes, - Placas em papel cartão nas cores vermelha e verde (modelo em anexo). 		
4. Perguntas e Respostas		
1- Pressão arterial sistólica (máxima) ou diastólica (mínima) elevada indica aumento da pressão arterial (verdadeira). 2- Pressão alta é causada pelo envelhecimento, por isso não necessita de tratamento (falso). 3- Se o medicamento para pressão alta pode controlar a pressão arterial, não há necessidade de mudança no estilo de vida (falso). 4- Se a pressão alta não for tratada pode causar morte precoce/ antecipar a morte (verdadeiro).		
6. Avaliação		
<ul style="list-style-type: none"> - Justificativas das respostas do jogo; - Acertos das perguntas; - Proposto aos participantes disseminação do conhecimento obtido com outras pessoas com HAS; e - Agendado um novo encontro após um mês. 		

FONTE: O autor (2022).

FIGURA 53. PLACAS (VERDADEIRO OU FALSO)



FONTE: os autores (2022).

APÊNDICE 14 – ROTEIRO EDUCAÇÃO EM SAÚDE 2

QUADRO 5 - PLANO PARA A SEGUNDA ATIVIDADE EDUCATIVA EM GRUPO PARA OS PARTICIPANTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2022.

PLANO PARA A SEGUNDA ATIVIDADE EDUCATIVA EM GRUPO		
Local: Penitenciária Estadual de Foz do Iguaçu	Data: 28/04/2022 Horário: 07-17 horas	Duração: 1 hora
Público: Pessoas Privadas de Liberdade com HAS	Tema: Tratamento Medicamentoso da HAS; Dieta para cessação de HAS; Acesso a Rede de atenção à saúde.	
Objetivo geral: Ampliar o conhecimento das pessoas com HAS acerca da doença	<p>4. Dinâmica do Jogo Montar o Prato Distribuir aos participantes as placas em papel cartão com diferentes alimentos dos diversos grupos alimentares (carboidratos, proteínas, gorduras, enlatados, dentre outros), as quais apresentam fita dupla face para que sejam anexados em um prato descartável em material plástico.</p> <p>Orientar os participantes a se reunirem em duplas e montar no prato (grudar) os alimentos que julgarem adequados a uma refeição (almoço ou jantar). Cada dupla apresenta sua escolha.</p> <p>Instigar com os participantes a justificativa de suas respostas e/ou comentar suas experiências: ex. como costumam se alimentar? O que acham possível mudar? Oportunizar espaço para as dúvidas;</p>	
Objetivos específicos: Discutir o tratamento medicamentoso anti-hipertensivo; Refletir a dieta para controle ou diminuição da Hipertensão Arterial; Abordar a rede de cuidados em Hipertensão Arterial e fontes seguras de informação.		
<p style="text-align: center;">1. Conteúdo Programático</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oportunizar troca de experiências/ dúvidas sobre as medicações em uso (10 minutos). - Abordar o tratamento medicamentoso anti-hipertensivo (15 minutos); - Realizar o jogo Montar o Prato (20 minutos). 	<p style="text-align: center;">5. Avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Justificativas do jogo Montar o prato; - Acertos e erros das perguntas; - Avaliação anônima por escrito. - Proposto aos participantes disseminação do conhecimento obtido com outras pessoas com HAS; e - Agendado um novo encontro após um mês. 	
<p style="text-align: center;">2. Desenvolvimento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incentivar que os participantes apresentem o que compreenderam da leitura das bulas de seus medicamentos; - Discutir com base nos dados elencados pelos participantes por meio da técnica expositiva verbal-dialogada com auxílio de multimídia as medicações anti-hipertensivas; rede de cuidados em Hipertensão Arterial e fontes seguras de informação. - Realizar jogo Montar o Prato e analisar as porções ideais para uma alimentação saudável. 		
<p style="text-align: center;">3. Recursos Didáticos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sala de aula invertida (encaminhamento das bulas de medicações para leitura prévia a Educação em Saúde); - Apresentação no Programa Canva com uso de multimídia com imagens/ilustrações como suporte para discutir os elementos trazidos pelos participantes; - Jogo “Montar o Prato” – confeccionado em papel cartão e ilustração com alimentos de diferentes grupos alimentares. 		

FONTE: O autor (2022).

FIGURA 54. CARTÕES USADOS NA DINÂMICA “MONTAR O PRATO”



FONTE: os autores (2022).

APÊNDICE 15 – ROTEIRO EDUCAÇÃO EM SAÚDE 3

QUADRO 6 - PLANO PARA A TERCEIRA ATIVIDADE EDUCATIVA EM GRUPO PARA OS PARTICIPANTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL. FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ, BRASIL, 2022.

PLANO PARA A TERCEIRA ATIVIDADE EDUCATIVA EM GRUPO		
Local: Penitenciária Estadual de Foz do Iguaçu	Data: 05/07/2022 Horário: 07-17 horas	Duração: 1 hora
Público: - Pessoas Privadas de Liberdade com HAS	Tema: Tratamento Medicamentoso e não medicamentoso da HAS; Informação em saúde por meio do acesso a informações seguras na internet.	
Objetivo geral: - Consolidar o conhecimento das pessoas com HAS acerca da doença e LS	4. Atividade Questões no Aplicativo Socrative No grupo de discussão posicionar os participantes na mesa contendo computador com acesso à internet; Orientar os participantes acerca da atividade no Aplicativo Socrative – atividade em grupo – discussão das respostas no grupo; Após resultado do Aplicativo nova discussão no grupo com a pesquisadora sobre erros e acertos; Apresentar roteiro de navegação na internet – os participantes devem realizar em grupo, alternando os participantes a navegação nos sites apresentados – buscar informações que considerem úteis sobre a HAS; Discussão em grupo e com a pesquisadora; Instigar os participantes a comentar suas experiências e oportunizar espaço para as dúvidas.	
Objetivos específicos: - Retomar o tratamento medicamentoso e não medicamentoso da HAS; - Conduzir navegação segura pela internet na busca de conhecimentos em HAS.		
1. Conteúdo Programático - Refletir tratamento medicamentoso e não medicamentoso da HAS (15 minutos). - Explorar navegação em sites seguros (35 minutos); - Discutir em grupo conteúdos abordados (10 minutos).	5. Avaliação - Acertos e erros nas perguntas do Aplicativo Socrative; - Observação da navegação na internet na busca de informações em saúde; - Discussão em grupo das facilidades e dificuldades; - Avaliação anônima por escrito.	
2. Desenvolvimento - Os participantes em grupo realizarão a atividade no Aplicativo Socrative; - Diante dos resultados obtidos no Software discussão em grupo e pesquisadora dos erros e acertos; - Seguir roteiro elaborado pela pesquisadora em sites seguros em grupo. - Discussão acerca da experiência de navegação na internet em busca de informações em saúde.		
3. Recursos Didáticos - Aplicativo Socrative (perguntas abertas e fechadas) – elaborado pela pesquisadora; - Computador com acesso à internet; - Roteiro Guiado para navegação na internet – elaborado pela pesquisadora.		

FONTE: O autor (2022).

FIGURA 55. ATIVIDADE QUESTÕES NO APLICATIVO SOCRATIVE

Atividade Hipertensos - PEF

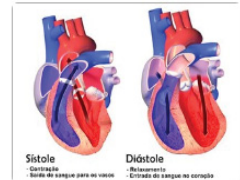
Save and

Align Quiz to Standard

1. Pressão arterial sistólica (máxima) ou diastólica (mínima) elevada NÃO indica aumento da pressão arterial.

False

- i** Pressão arterial sistólica - pressão máxima - contração do coração - saída de sangue para os vasos.
Pressão arterial diastólica - pressão mínima - relaxamento - entrada de sangue no coração.
A elevação na pressão seja na máxima ou na mínima indica aumento de pressão arterial e necessita de acompanhamento.



2. Pressão alta é causada pelo envelhecimento, por isso não necessita de tratamento.

False

- i** A pressão alta não é causada pelo envelhecimento, ela tem como fatores de risco: genética, idade, sexo, etnia, sobrepeso/Obesidade, ingestão de Sódio e Potássio, sedentarismo, álcool, dentre outros.
A pressão alta necessita de tratamento.



3. A mudança no estilo de vida indica que a pessoa com pressão alta não precisa mais usar seus medicamentos?

False

- i** A mudança no estilo de vida faz parte do tratamento da Pressão alta, contudo, a pessoa não deve interromper seu tratamento com medicações.



4. Como a pessoa com pressão alta deve tomar seu medicamento?

Diariamente

Não apenas quando sintomas

Conforme prescrito

Dose prescrita

- i** A pessoa deve utilizar sua medicação diariamente, conforme a prescrição médica. Não deve tomar dose diferente da prescrita e não deve tomar apenas quando sintomas (sentir-se mal), risco de eventos cardiovasculares e morte.



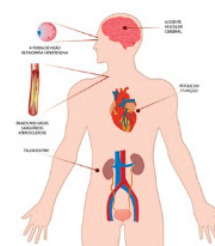
5. Em relação a alimentação:

- A Se a pessoa com pressão alta tomar seus remédios ela não necessita controlar sal e gorduras em sua dieta.
- B Dieta rica em frutas, vegetais e grãos integrais e com baixa ingestão de sal e gorduras é o ideal para hipertensos.
- C Frituras, embutidos e alimentos industrializados (ultraprocessados - como sucos em pó, macarrão instantâneo, etc) são ótimas opções alimentares para pessoas com pressão alta.
- D A carne ideal para pessoas com pressão alta é a vermelha, devendo-se evitar carnes brancas (peixe e frango)
- i A dieta recomendada para pessoas com pressão alta deve ser rica em frutas, vegetais, verduras, grãos integrais, carnes magras e brancas (peixe e frango), derivados de leite (desnatados). E deve ser pobre em sal, gorduras, alimentos ultraprocessados, farinha branca, açúcar e bebidas alcoólicas.



6. Escolha as possíveis complicações que a pressão alta pode causar se não for tratada:

- A Acidente Vascular Cerebral (AVC - derrame)
- B Infarto - ataque cardíaco
- C Morte precoce
- D Insuficiência renal
- E Problema visual
- F Problemas no fígado
- G Problema auditivo
- i As principais complicações da pressão alta não tratada são: Infarto, Acidente Vascular Cerebral, insuficiência renal, problema visual e morte precoce.



7. Quais orientações você daria a seus familiares/amigos para prevenção da pressão alta e estilo de vida saudável?

Cessação do Tabagismo

Dieta rica em frutas, vegetais, carnes magras, lácteos desnatados, grãos integrais

Cessação ou redução da ingestão de bebidas alcoólicas

Dieta pobre em sal, gorduras, farinha branca e açúcar

Atividade física



8. Se você precisar de informações sobre sua saúde, são boas fontes:

- A Em quaisquer sites da internet ou grupos de whatsapp
- B Internet em sites oficiais como: Ministério da saúde, Anvisa, secret rias estaduais e municipais de saúde.
- C Unidade básica de saúde
- D Profissionais de saúde



FONTE: os autores (2022).

ROTEIRO GUIADO PARA A ATIVIDADE DE NAVEGAÇÃO NA INTERNET

a) Ministério da saúde



FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE (2022).

Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>

- Explorar acesso a informações;
- Explorar dados/informações da HAS

b) Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica hipertensão arterial sistêmica - Cadernos de Atenção Básica, n° 37 (2014).



FONTE: BRASIL (2013).

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hipertensao_arterial_sistemica_cab37.pdf

- Explorar conteúdo;

c) Diretriz brasileira de HAS (2020)

Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020
Barroso et al.

Diretrizes

Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020

Brazilian Guidelines of Hypertension – 2020

FONTE: BARROSO et al. (2020)

Disponível em: < <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf> >

- Explorar conteúdo;

d) Bulário da Anvisa

Consultas
ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Consultas / Bulário Eletrônico

Critérios para Consulta

Medicamento <input type="text"/>	Número do Registro <input type="text"/>
Nº do Expediente da Bula Vigente <input type="text"/>	Categoria Regulatória Seleccione ▾

FONTE: ANVISA (2022).

Disponível em: < <https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/> >

- Aprender como consultar bulas de medicações e buscar bulas de medicamentos utilizadas pelos participantes;

e) Discussão em grupo de como identificar *Fake News*

FONTE: CNJ (2022).

Disponível em: < <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/painel-de-checagem-de-fake-news/monitoramento/> >

- Como tirar dúvidas: < fakenewsnao@cnj.jus.br >

APÊNDICE 16 – OCUPAÇÕES DAS PPL

Dentre as PPL do sexo masculino as 20 ocupações mais frequentes foram: Pintor n= 23 (7,8%); servente de pedreiro n= 22 (7,4%); pedreiro n= 16 (5,4%); nenhuma n= 12 (4,0%); construção civil sem especificar função n= 10 (3,4%); mecânico, motoboy n= 8 (2,7%) cada, auxiliar de produção n= 7 (2,4%); marceneiro, motorista de caminhão, vendedor 2,0% (6); motorista, serviços gerais, soldador 1,7% (5); agricultor, garçom, jardineiro e operador de máquina 1,4% (4) cada.

As ocupações menos relatadas dentre os homens foram: açougueiro, empresário/comerciante, entregador e metalúrgico n= 3 (1,01); aposentado, armador de ferragens, auxiliar de jardinagem, carga e descarga de frango em aviário, balconista, borracheiro, carga e descarga de caminhão, cortador de grama, eletricista, encanador, trabalhava em frigorífico, montador de móveis, torneiro mecânico, transporte ilegal de mercadorias n= 3 (0,67%) cada; alinhador de madeira, aprendiz, artesão, autônomo sem especificação, auxiliar de motorista, auxiliar administrativo, auxiliar de chapeação, auxiliar de cozinha, auxiliar de gesseiro, auxiliar de limpeza, auxiliar de mecânico, auxiliar de vendas, azulegista, caixa, calceteiro, carpinteiro, confecção de enxovais, cozinheiro, desempregado, faxineiro, floricultura e decoração, frentista, instalador de calhas, manutenção, marmoraria, mestre de obras, montador de placas solares, motorista de aplicativo, moto taxista, operador de ponte, pacoteiro, padeiro, pintor de móveis, pizzaiolo, polidor, porteiro, recepcionista, repositor, segurança, tatuador, taxista, técnico em agropecuária, terapeuta, transporte de turistas, vigia noturno, vistoriador de veículos, vivia de rendas n= 3 (0,3%) cada. Considere-se que a soma pode exceder 100%, visto que algumas PPL relataram mais de uma ocupação.

Já dentre as ocupações mais frequentes foram: dona de casa e/ou do lar n= 5 (16,7%) ; estudante n= 3 (10%); ajudante de cozinha, atividades ilícitas relacionadas ao tráfico, diarista, empregada doméstica e nenhuma n= 2 (6,7%) cada; agricultora, auxiliar de produção, camareira, costureira, cozinheira, cuidadora de idosos, desossa de carne em frigorífico, manicure, promotora de vendas, secretária, servente de pedreiro, serviços gerais n= 1 (3,3%) cada.

ANEXOS

• ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO DE SENSO DE COERÊNCIA DE ANTONOVSKY – VERSÃO PARA A LÍNGUA PORTUGUESA

Aqui está uma série de questões relacionadas a vários aspectos de nossas vidas. Cada questão tem sete respostas possíveis. Por favor, marque o número que expressa sua resposta, com números de 1 a 7. Se você estiver de acordo com as palavras abaixo do número 1, circule o número 1. Se você estiver de acordo com as palavras abaixo do número 7, circule o número 7. Se sua resposta for diferente, circule o número que melhor expressa seus sentimentos. Por favor, marque só uma resposta para cada questão.

1. Quando você conversa com outras pessoas tem a sensação de que elas não te entendem?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca tenho essa sensação						Sempre tenho essa sensação

2. Quando você precisou fazer algo que dependia da colaboração de outros, você teve a sensação de que:

1	2	3	4	5	6	7
Com certeza não seria feito						Com certeza seria feito

3. Pense nas pessoas com quem você tem contato diariamente e das quais não se sente muito próximo, pois não são seus familiares e amigos íntimos. Como você acha que conhece a maioria dessas pessoas?

1	2	3	4	5	6	7
Você sente que não as conhece						Você as conhece muito bem

4. Com que frequência você tem a sensação de que não se importa com o que está se acontecendo ao seu redor:

1	2	3	4	5	6	7
Raramente ou nunca						Com muita frequência

5. Alguma vez já aconteceu de você se surpreender com o comportamento de pessoas que você achava que conhecia bem?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca aconteceu						Sempre aconteceu

6. Já aconteceu das pessoas com quem você contava te decepcionarem?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca aconteceu						Sempre aconteceu

7. A vida é:
- | | | | | | | |
|--------------------|---|---|---|---|---|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Muito interessante | | | | | | Muito rotineira |
8. Até agora, sua vida tem sido:
- | | | | | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|---|---|-----------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Sem qualquer objetivo ou finalidade | | | | | | Com finalidade e objetivos claros |
9. Com que frequência você tem a sensação de que está sendo tratado injustamente?
- | | | | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|---|--------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Com muita frequência | | | | | | Raramente ou nunca |
10. Nos últimos dez anos sua vida tem sido:
- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Cheia de mudanças sem que você soubesse o que iria acontecer em seguida | | | | | | Completamente previsível (esperada) |
11. A maior parte das coisas que você fará no futuro provavelmente será:
- | | | | | | | |
|--------------------------|---|---|---|---|---|--------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Completamente fascinante | | | | | | Extremamente chata |
12. Com que frequência você tem a sensação de que está numa situação desconhecida e não sabe o que fazer?
- | | | | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|---|--------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Com muita frequência | | | | | | raramente ou nunca |
13. Como você vê a vida?
- | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Sempre se pode achar uma solução para os sofrimentos da vida | | | | | | Não há solução para os sofrimentos da vida |

14. Quando você pensa na sua vida, freqüentemente você:
- | | | | | | | |
|---------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Sente o quanto é bom estar vivo | | | | | | Pergunta a si mesmo por que você existe |
15. Quando você enfrenta um problema difícil, a escolha de uma solução é:
- | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Sempre confusa e difícil de encontrar | | | | | | Sempre completamente clara e fácil de encontrar |
16. Fazer as coisas que você faz todos os dias é:
- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Uma fonte de grande prazer e satisfação | | | | | | Uma fonte de sofrimento e chatices |
17. Sua vida no futuro provavelmente será:
- | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|-------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Cheia de mudanças sem que você saiba o que acontecerá em seguida | | | | | | Completamente previsível (esperada) |
18. Quando algo desagradável aconteceu, sua tendência foi:
- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Ficar se "remoendo de raiva" sobre o acontecido | | | | | | Dizer "está tudo bem, tenho que viver com isso" e seguir em frente |
19. Com que freqüência você tem sentimentos e idéias bastante confusas?
- | | | | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|---|--------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Com muita freqüência | | | | | | Raramente ou nunca |

20. Quando você faz algo que lhe dá uma sensação boa, o que você sente:
- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Com certeza você continuará sentindo-se bem | | | | | | Com certeza algo acontecerá para estragar essa sensação |
21. Com que frequência acontece de você ter sentimentos que você preferiria não sentir?
- | | | | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|---|--------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Com muita frequência | | | | | | Raramente ou nunca |
22. Você acha que sua vida pessoal no futuro será:
- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|-----------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Totalmente sem significado e finalidade | | | | | | Cheia de significado e finalidade |
23. Você acha que sempre existirão pessoas com quem você poderá contar no futuro?
- | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Você está certo de que essas pessoas existirão | | | | | | Você duvida que essas pessoas existirão |
24. Com que frequência você tem a sensação de que não sabe exatamente o que está para acontecer?
- | | | | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|---|--------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Com muita frequência | | | | | | Raramente ou nunca |
25. Muitas pessoas - mesmo aquelas muito fortes - algumas vezes se sentem como fracassadas em certas situações. Com que frequência você já se sentiu dessa maneira?
- | | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Nunca | | | | | | Com muita frequência |

26. Quando alguma coisa acontece a você, em geral você acha que:

1	2	3	4	5	6	7
Você deu muita ou pouca importância para o que aconteceu						Você viu as coisas na medida certa

27. Quando você pensa nas dificuldades que provavelmente terá que enfrentar em aspectos importantes de sua vida, você tem a sensação de que:

1	2	3	4	5	6	7
Sempre terá sucesso em superar as dificuldades						Não terá sucesso em superar as dificuldades

28. Com que frequência você tem a sensação de que há pouco significado nas coisas que faz na sua vida diária?

1	2	3	4	5	6	7
Com muita frequência						Raramente ou nunca

29. Com que frequência você tem a sensação de que você não consegue manter seu auto-controle?

1	2	3	4	5	6	7
Com muita frequência						Raramente ou nunca

FONTE: Dantas (2007).

• **ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO DE LITERACIA EM SAÚDE VALIDADO PARA A LÍNGUA PORTUGUESA**

<p>1. Quanto você compreende das instruções nas bulas de medicamentos? (1) Muito mal (2) Mal (3) Moderadamente (4) Bem (5) Muito bem (0) Eu não leio as bulas</p> <p>2. Quanto você entende sobre informações de saúde em folhetos/cartilhas? (1) Muito mal (2) Mal (3) Moderadamente (4) Bem (5) Muito bem (0) Eu não leio estas informações</p> <p>3. Quando eu tenho dúvidas sobre doenças ou queixas, eu sei onde posso encontrar estas informações. (1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente (0) Eu não tenho experiência com este tipo de situação</p> <p>4. Quando eu quero fazer algo para a minha saúde sem estar doente, eu sei onde posso encontrar estas informações. (1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente (0) Eu não tenho experiência com este tipo de situação</p> <p>5. Com qual frequência você conseguiu ajudar os seus familiares ou um amigo, caso eles tenham tido dúvidas sobre problemas de saúde? (1) Nunca (2) Raramente (3) De vez em quando (4) Frequentemente (5) Sempre (0) Nunca tive este tipo de experiência</p> <p>6. Quando você teve dúvidas sobre problemas e questões de saúde, quantas vezes você conseguiu receber conselhos e informações de outras pessoas (familiares e amigos)? (1) Nunca (2) Raramente (3) De vez em quando (4) Frequentemente (5) Sempre (0) Nunca tive este tipo de experiência</p> <p>7. Como você acredita que sabe escolher os conselhos e recomendações que sejam melhores para a sua saúde? (1) Muito mal (2) Mal (3) Moderadamente (4) Bem (5) Muito bem (0) Eu não me interesso por estes assuntos</p> <p>8. Em relação às informações sobre saúde na Internet, eu sou capaz de determinar quais fontes são de alta ou de baixa qualidade. (1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente (0) Eu não tenho experiência neste assunto</p>
--

FONTE: Quemelo et al. (2017).

• **ANEXO 3 – HK-LS – VERSÃO BRASILEIRA**

Hypertension Knowledge-Level Scale (HK_LS)* versão brasileira	Certo	Errado	Não Sei
1) Pressão arterial sistólica (máxima) ou diastólica (mínima) elevada indica aumento da pressão arterial.			
2) A pressão arterial diastólica (mínima) elevada também indica aumento da pressão arterial.			
3) Pressão alta é causada pelo envelhecimento, por isso não necessita de tratamento.			
4) Se o medicamento para pressão alta pode controlar a pressão arterial, não há necessidade de mudança no estilo de vida.			
5) Se pessoas com pressão alta mudarem seus estilos de vida, não há necessidade de tratamento			
6) Pessoas com pressão alta devem tomar seus medicamentos da maneira que considerarem mais adequada.			
7) Medicamentos para pressão alta devem ser tomados diariamente.			
8) Pessoas com pressão alta devem tomar seus medicamentos somente quando se sentem mal.			
9) Pessoas com pressão alta devem tomar seus medicamentos pelo resto de suas vidas.			
10) Para pessoas com pressão alta a fritura é a melhor forma de preparar os alimentos.			
11) Para pessoas com pressão alta, cozinhar somente em água ou grelhar são as melhores formas de preparar alimentos.			
12) Pessoas com pressão alta podem comer alimentos sem controlar a quantidade de sal desde que tomem seus medicamentos todos os dias.			
13) Pessoas com pressão alta devem comer frutas e verduras frequentemente.			
14) O melhor tipo de carne para pessoas com pressão alta é a carne vermelha.			
15) O melhor tipo de carne para pessoas com pressão alt é a carne branca.			
16) Pessoas com pressão alta não devem fumar.			
17) Pessoas com pressão alta podem ingerir bebidas alcoólicas à vontade.			
18) Se a pressão alta não for tratada pode causar derrame/acidente vascular cerebral			
19) Se a pressão alta não for tratada pode causar infarto/ ataque cardíaco.			
20) Se a pressão alta não for tratada pode causar morte precoce/ antecipar a morte.			
20) Se a pressão alta não for tratada pode causar morte precoce/ antecipar a morte.			
22) Se a pressão alta não for tratada pode causar problemas na visão.			

Fonte: Arthur et al., 2018

• **ANEXO 4 – AUTORIZAÇÃO PARA USO DO QUESTIONÁRIO DE SOC DE ANTONOVSKY – VERSÃO PARA A LÍNGUA PORTUGUESA**

Rosana Aparecida Spadoti Dantas <rsdantas@eerp.usp.br>

Qui, 14/11/2019 12:50

Para: m_cossetin@hotmail.com <m_cossetin@hotmail.com>

Bom dia, Marta.

Eu sempre oriento as pessoas interessadas a obterem a autorização para o uso com o filho do professor Aaron Antonovsky. Infelizmente, ele não tem respondido aos emails enviados.

Mesmo assim, por favor, envie um email pedindo a autorização para o uso da versão que validei. Este email servirá de documento caso seja questionada no futuro sobre a autorização de quem detém os direitos autorais do instrumento.

Avishai Antonovsky (avishan@openu.ac.il)

Caso ele não te responda, considero que você pode usar a versão validada por mim e que encontra-se publicada na minha tese e em artigo de minha autoria.

Atenciosamente,

Rosana

Em ter., 12 de nov. de 2019 às 15:13, <m_cossetin@hotmail.com> escreveu:

Prezada Professora Doutora Rosana Aparecida Spadoti Dantas

Sou Marta Cossetin Costa, Enfermeira do Departamento Penitenciário do estado do Paraná, doutoranda em Enfermagem na Universidade Federal do Paraná – UFPR. Orientada pela Professora Doutora Maria de Fátima Mantovani. Minha pretensão é utilizar a Salutogênese como referencial teórico em meu projeto de tese e aplicar o Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky, em pessoas privadas de liberdade no interior do estado do Paraná, em tratamento de doenças crônicas. O título provisório do estudo é: "Situação de saúde das pessoas privadas de liberdade: diagnóstico situacional das doenças crônicas". Nesta perspectiva, Solicitamos sua autorização para uso do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky, adaptado e validado no Brasil, pela senhora, em sua tese de livre docência no ano de 2007.

Desde já agradecemos

Marta Cossetin Costa

Prof. Dra Maria de Fátima Mantovani

• ANEXO 5 – AUTORIZAÇÃO PARA USO DO QUESTIONÁRIO DE LITERACIA EM SAÚDE VALIDADO NO BRASIL

Re: Solicitação para uso do instrumento de Literacia em Saúde



Daniela Milani <danmilani84@gmail.com>

Qui, 20/08/2020 13:36

Para: Você



Olá Marta! Boa tarde!
Como vai?

Aceite meus pedidos de desculpas pela demora em responder.

Desde que o instrumento foi divulgado na CSP, diversas pessoas/pesquisadores têm entrado em contato para utilizá-lo. O instrumento ao qual você se refere tem origem na Suíça e o criador autorizou uso do mesmo no Brasil, desde que não seja com finalidade comercial e desde que seja citado a fonte original todas as vezes em que seja utilizado. Uma vez que nossa pesquisa também não tem (não teve) fins lucrativos e que foi publicado em revista de acesso aberto, consideramos que o questionário é de domínio público.

Assim, apenas solicitamos que, ao aplicar o questionário e divulgar os resultados em suas publicações, que você faça referência ao nosso estudo, bem como ao original (suíço). Desta forma conseguimos ter uma noção de como, em que locais e com quais finalidades ele está sendo utilizado.

Sem mais, desejo muito sucesso no seu projeto.
Grande Abraço,

Daniela Milani, PhD, MSc, RN

Occupational Health Nursing

CV Lattes:

<http://lattes.cnpq.br/1964869943124053>

ANEXO 6 - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA DOS SERVIÇOS ENVOLVIDOS



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO – DEPEN
COORDENAÇÃO REGIONAL ADMINISTRATIVA DE FOZ DO IGUAÇU
Av. Mercúrio, 850 – Parque Residencial Três Fronteiras – CEP: 85.859-675 – Foz do Iguaçu – Paraná.
Fone (45) 3520-1465 – e-mail: regional.foz@depen.pr.gov.br

Concordância dos serviços envolvidos

Foz do Iguaçu, 21 de Outubro de 2020.

Senhor Coordenador,

Declaramos que nós do(a) Departamento Penitenciário do estado do Paraná – DEPEN, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa Doença crônica e saúde das pessoas privadas de liberdade à luz da Teoria Salutogênica, sob a responsabilidade da Professora Doutora Maria de Fátima Mantovani, nas nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, até o seu final em 30 de maio de 2023.

Estamos cientes que os participantes da pesquisa serão as pessoas privadas de liberdade nas unidades penais do Complexo penitenciário de Foz do Iguaçu: Penitenciária Estadual de Foz do Iguaçu, Penitenciária Estadual de Foz do Iguaçu II, Cadeia Pública Laudemir Neves e Penitenciária Feminina de Foz do Iguaçu, bem como de que o trabalho proposto deve seguir a Resolução 466/2012(CNS) e complementares.

Atenciosamente,


Alexandre Kraus Rodrigues
Vice Diretor - PEF

Alexandre Kraus Rodrigues
Vice-direção da Penitenciária Estadual de Foz do Iguaçu - PEF
Coordenador da Regional Administrativa de Foz do Iguaçu - DEPEN PR

ANEXO 7 - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA DE COPARTICIPAÇÃO



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
 DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO – DEPEN
 COORDENAÇÃO REGIONAL ADMINISTRATIVA DE FOZ DO IGUAÇU
 Av. Mercúrio, 850 – Parque Residencial Três Fronteiras – CEP: 85.859-675 – Foz do Iguaçu – Paraná.
 Fone (45) 3520-1465 – e-mail: regional.foz@depen.pr.gov.br

Concordância de Coparticipação

Foz do Iguaçu, 21 de Outubro de 2020.

Senhor Coordenador,

Declaramos que nós do(a) Departamento Penitenciário do estado do Paraná – DEPEN, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa Doença crônica e saúde das pessoas privadas de liberdade à luz da Teoria Salutogênica, sob a responsabilidade da Professora Doutora Maria de Fátima Mantovani, nas nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, até o seu final em 30 de maio de 2023.

Estamos cientes que os participantes da pesquisa serão as pessoas privadas de liberdade nas unidades penais do Complexo penitenciário de Foz do Iguaçu: Penitenciária Estadual de Foz do Iguaçu, Penitenciária Estadual de Foz do Iguaçu II, Cadeia Pública Laudemir Neves e Penitenciária Feminina de Foz do Iguaçu, bem como de que o trabalho proposto deve seguir a Resolução 466/2012 (CNS) e complementares.

Da mesma forma, estamos cientes que os pesquisadores somente poderão iniciar a pesquisa pretendida após encaminharem, a esta Instituição, uma via do parecer de aprovação do estudo exarado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR.

Atenciosamente,

Alexandre Kraus Rodrigues

Alexandre Kraus Rodrigues
 Vice-Diretor - PEF

Alexandre Kraus Rodrigues

Vice-direção da Penitenciária Estadual de Foz do Iguaçu - PEF
 Coordenador da Regional Administrativa de Foz do Iguaçu - DEPEN PR

ANEXO 8 - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM A DIVULGAÇÃO DOS NOMES DAS UNIDADES PENAIS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016045P7

SOLICITAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DOS NOMES DAS UNIDADES PENAIS PESQUISADAS

Curitiba, 21 de Outubro de 2020.

A (ao) Departamento Penitenciário

Senhor(a)

Nós, Professora Doutora Maria de Fátima Mantovani (professor) e Marta Cossetin Costa (aluna do doutorado) da pós-graduação em Enfermagem – da Universidade Federal do Paraná, solicitamos autorização para divulgação dos nomes das unidades penais pesquisadas (Penitenciária Estadual de Foz do Iguaçu, Penitenciária Estadual de Foz do Iguaçu II, Cadeia Pública Laudemir Neves e Penitenciária Feminina de Foz do Iguaçu), no processo de divulgação da pesquisa intitulada “Doença crônica e saúde das pessoas privadas de liberdade à luz da Teoria Salutogênica”, sob minha responsabilidade.

Maria de Fátima Mantovani
Enfermeira. Professora Doutora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal do Paraná

Telefone p/ contato 1: (41) 85027840 Telefone p/ contato 2: (45)991285295

Solicitação aceita.

Alexandre Kraus Rodrigues
Vice Diretor - PEF

Alexandre Kraus Rodrigues
Vice-direção da Penitenciária Estadual de Foz do Iguaçu - PEF
Coordenador da Regional Administrativa de Foz do Iguaçu - DEPEN PR

ANEXO 9 – AUTORIZAÇÃO PARA MANIPULAÇÃO DOS DADOS



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
 DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO – DEPEN
 COORDENAÇÃO REGIONAL ADMINISTRATIVA DE FOZ DO IGUAÇU
 Av. Mercúrio, 850 – Parque Residencial Três Fronteiras – CEP: 85.859-675 – Foz do Iguaçu – Paraná.
 Fone (45) 3520-1465 – e-mail: regional.foz@depen.pr.gov.br

AUTORIZAÇÃO PARA MANIPULAÇÃO DOS DADOS

Declaramos que nós do(a) Departamento Penitenciário do estado do Paraná – DEPEN, autorizamos a pesquisadora Professora Doutora Maria de Fátima Mantovani, a coletar dados dos prontuários dos pacientes e exames, para a execução do Projeto de Pesquisa intitulado “Doença crônica e saúde das pessoas privadas de liberdade à luz da Teoria Salutogênica” tão logo o mesmo seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR.

Estamos cientes que os documentos a serem consultados são: Prontuário do paciente e exames, bem como de que o trabalho proposto deve seguir a Resolução 466/2012 (CNS) e complementares.

Da mesma forma, estamos cientes que os pesquisadores somente poderão iniciar a pesquisa pretendida após encaminharem, a este setor, uma via do parecer de aprovação do estudo exarado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR.

Alexandre Kraus Rodrigues

Alexandre Kraus Rodrigues
 Vice-Diretor - PEF

Alexandre Kraus Rodrigues
 Vice-direção da Penitenciária Estadual de Foz do Iguaçu - PEF
 Coordenador da Regional Administrativa de Foz do Iguaçu - DEPEN PR

DECLARO, que tenho ciência e cumprirei as legislações abaixo relacionadas, que regulamentam o uso e manipulação de informações médicas arquivadas nas Unidades do Departamento Penitenciário.

- Código de Ética Médica – CFM – artigo 11, 70, 102, 103, 105, 106, 108
- Normas da Instituição quanto ao acesso a prontuários;

- Parecer CFM nº 08/2005;
- Parecer CFM nº 06/2010;
- Padrões de creditações hospitalares do Consórcio Brasileiro de Acreditação, em particular GI.2 – GI 1.12;
- Resolução da ANS (Lei nº 9.961 de 28/01/2000) em particular a RN nº 21;
- Resolução do CFM nº 1605/2000 – 1638/2002 – 1639/2002 – 1642/2002.
- Resolução 466/2012 – CONEP/CNS/MS

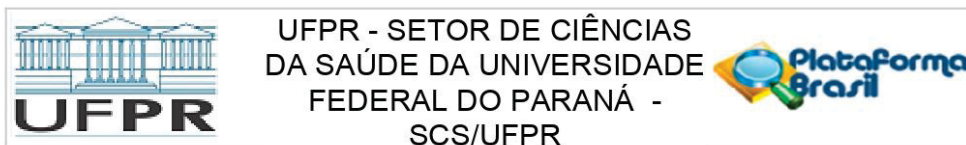
Por ser verdade, firmo a presente em 21/10/2020



Maria de Fátima Mantovani

Enfermeira. Professora Doutora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal do Paraná

ANEXO 10 – PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Doença crônica e saúde das pessoas privadas de liberdade à luz da teoria salutogênica: estudo de métodos mistos

Pesquisador: Maria de Fátima Mantovani

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 42695321.8.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.618.359

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de doutorado do PPGEnfermagem, da pesquisadora Maria de Fátima Mantovani, com a participação de Fernanda D'Almeida Miranda (Coorientadora) e da doutoranda Marta Cossetin Costa.

Trata-se de um estudo de métodos mistos, vinculado à linha de pesquisa Políticas e práticas de educação, saúde e enfermagem, tendo como questão norteadora "Quais doenças crônicas e níveis de senso de coerência são encontrados nas pessoas privadas de liberdade e qual a contribuição da educação em saúde nos níveis de literacia em saúde, conhecimento e senso de coerência no contexto de manejo de uma doença crônica não transmissível na prisão?" A população do estudo serão as pessoas privadas de liberdade do complexo penitenciário de Foz do Iguaçu.

A relevância social deste projeto relaciona-se à produção de dados das condições de saúde das PPL que não estão disponíveis nos bancos de dados, tal como vislumbrado no contexto brasileiro, ao não constar dados acerca das DCNT no Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN) de 2016, do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), o qual não aborda as DCNT.

Pode contribuir com a reflexão e construção de diretrizes de cuidados às DCTN na prisão, enquanto componente do sistema de saúde e da atenção primária, em especial no campo da promoção da saúde. Da mesma forma, pode contribuir com a justiça social, na medida em que propõe intervenções de enfermagem para pessoas predominantemente marginalizadas

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

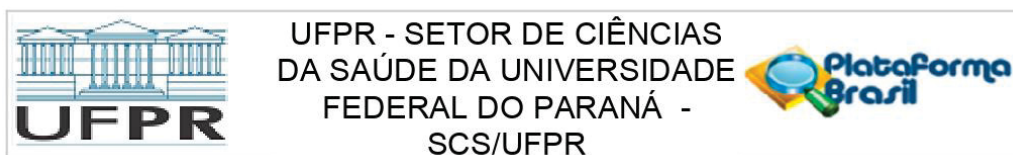
CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.618.359

socialmente. Revela ainda o compromisso da enfermagem em atuar nas diferentes fases e contextos do viver humano. Perspectiva de contribuir com diretrizes de cuidados de enfermagem a pessoas privadas de liberdade, em especial, para pessoas com hipertensão arterial privadas de liberdade.

A pesquisa envolve Grupos Vulneráveis, visto serem seus participantes pessoas privadas de liberdade, institucionalizadas, maiores de 18 anos. Sua participação justifica-se na produção de dados do adoecimento crônico desta população, possibilidade de diretrizes de cuidados e inclusão destes nas intervenções de saúde.

A utilização de pessoas privadas de liberdade, grupo vulnerável, para este estudo justifica-se, ainda, no fato de que os padrões de vida interferem nos padrões de adoecimento. Portanto, conhecer o adoecimento crônico das pessoas privadas de liberdade implica em estudar este contexto, bem como, o estabelecimento de diretrizes de cuidados para estes sujeitos. A Enfermagem é uma profissão comprometida com o cuidado nas diferentes fases e contextos do viver humano, e nesta perspectiva, as propostas são de intervenções de enfermagem ao ser humano, no caso, em privação de liberdade, mantendo seu direito de acesso a saúde integral.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa apresenta como objetivo geral apreender a situação de saúde das PPL da cidade de Foz do Iguaçu - PR.

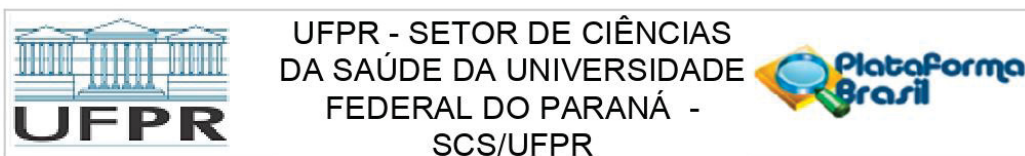
Tem como objetivos específicos:

- Realizar diagnóstico situacional das variáveis sociodemográficas, hábitos de vida, fatores de risco e das doenças crônicas prevalentes na população prisional de Foz do Iguaçu – Paraná;
- Identificar os recursos salutogênicos, estratégias de enfrentamento, utilizados pelas PPL com diagnóstico de HAS.
- Implementar estratégia de educação em saúde para as PPL com diagnóstico de HAS e monitorar possíveis alterações na literacia em saúde, conhecimento em HAS e SOC.
- Desenvolver protocolo de atendimento para pessoas com hipertensão arterial privadas de liberdade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo as pesquisadoras, os benefícios relacionam-se à discussão da temática saúde prisional,

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar	
Bairro: Alto da Glória	CEP: 80.060-240
UF: PR	Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259	E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.618.359

estudo da situação de saúde das PPL no contexto iguaçuense, que permitem contribuir na elaboração de diretrizes de cuidado que atendam as necessidades destes sujeitos. No que se refere aos benefícios diretos aos sujeitos, limitam-se a prováveis melhorias nos níveis de literacia em saúde, SOC e melhoria no controle da HAS.

Para a sociedade, o projeto contribui com a justiça social e a reflexão das iniquidades em saúde, ao discutir e intervir com cuidados de saúde às pessoas privadas de liberdade.

O projeto de pesquisa não envolve riscos de natureza física e nem implica em custos para os participantes ou para a instituição. Contudo, apresenta risco de desgastes de natureza psicológica ou emocional, resultante de constrangimento ao responder ao questionário; desconforto; medo; vergonha; estresse; cansaço ao responder às perguntas; invasão de privacidade; constrangimento na realização do exame físico (dados antropométricos e sinais vitais), interferência em suas atividades diárias na unidade penal, e aqueles relacionados à quebra de sigilo e anonimato.

No entanto, enfatiza-se o compromisso dos pesquisadores no sentido de minimizar os riscos advindos da pesquisa, com manutenção do sigilo dos dados, bem como explicitação dos sujeitos quanto à possibilidade de recusar-se a participar da pesquisa e interrupção da participação a qualquer tempo e, em especial, busca por conduta empática e explicativa da pesquisa, a fim de proporcionar ambiente favorável à pesquisa, procurando minimizar possíveis sentimentos desfavoráveis. Caso algum dos participantes da pesquisa sintasse desgastado emocional ou psicologicamente, ao longo da pesquisa serão tomadas providências necessárias, até a suspensão do participante da pesquisa, bem como, manejo por escuta qualificada, sob a responsabilidade do pesquisador.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

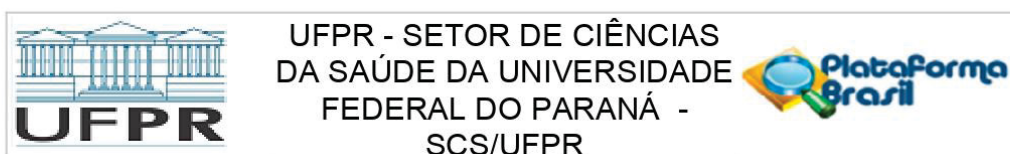
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica.

Recomendações:

Não há.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.618.359

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Favor inserir em seu TCLE e TALE o número do CAAE e o número do Parecer de aprovação, para que possa aplicar aos participantes de sua pesquisa, conforme decisão da Coordenação do CEP/SD de 13 de julho de 2020.

Após o isolamento, retornaremos à obrigatoriedade do carimbo e assinatura nos termos dos novos projetos. Qualquer dúvida, retornar e-mail ou pelo WhatsApp 41-3360-7259.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1657349.pdf	02/03/2021 21:12:31		Aceito
Outros	Termo_de_solicitacao_de_uso_de_som_de_voz_para_a_pesquisa_corrigido.docx	02/03/2021 21:10:48	MARTA COSSETIN COSTA	Aceito
Outros	Termo_de_solicitacao_de_uso_de_prontuarios_para_a_pesquisa_corrigido.docx	02/03/2021 21:10:18	MARTA COSSETIN COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_livre_e_esclarecido_2_corrigido.docx	02/03/2021 21:09:40	MARTA COSSETIN COSTA	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

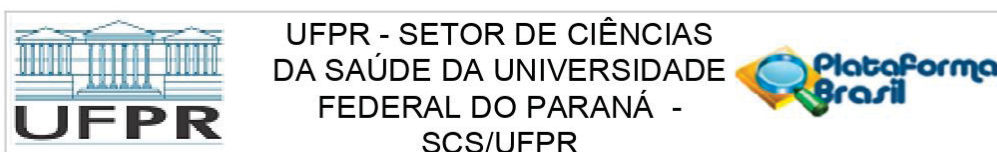
CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -
SCS/UFPR

Continuação do Parecer: 4.618.359

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_livre_e_esclarecido_1_corrigido.docx	02/03/2021 21:09:24	MARTA COSSETIN COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_corrigido.docx	02/03/2021 21:08:56	MARTA COSSETIN COSTA	Aceito
Outros	Carta_resposta_pendencias.docx	02/03/2021 21:07:45	MARTA COSSETIN COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.docx	01/02/2021 19:11:47	MARTA COSSETIN COSTA	Aceito
Outros	Declaracao_de_Compromissos_da_equipe_da_pesquisa.pdf	01/02/2021 19:04:36	MARTA COSSETIN COSTA	Aceito
Outros	Analise_do_merito_cientifico.pdf	01/02/2021 19:04:06	MARTA COSSETIN COSTA	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento_do_pesquisador_ao_CEP.pdf	01/02/2021 19:03:08	MARTA COSSETIN COSTA	Aceito
Outros	Check_List_do_projeto.pdf	31/01/2021 11:02:19	MARTA COSSETIN COSTA	Aceito
Outros	Termo_de_outorga_CNPq.pdf	30/01/2021 13:03:41	MARTA COSSETIN COSTA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	28/01/2021 19:43:08	MARTA COSSETIN COSTA	Aceito
Outros	Autorizacao_para_Manipulacao_dos_dados_prontuarios.pdf	27/01/2021 21:12:20	MARTA COSSETIN COSTA	Aceito
Outros	Divulgacao_nomes_das_unidades.pdf	27/01/2021 21:07:10	MARTA COSSETIN COSTA	Aceito
Outros	Termo_de_solicitacao_de_uso_de_prontuarios_para_a_pesquisa.docx	27/01/2021 21:06:18	MARTA COSSETIN COSTA	Aceito
Outros	Termo_de_solicitacao_de_uso_de_som_de_voz_para_a_pesquisa.docx	27/01/2021 21:05:57	MARTA COSSETIN COSTA	Aceito
Outros	Ata_de_aprovacao.pdf	27/01/2021 21:04:51	MARTA COSSETIN COSTA	Aceito
Outros	Declaracao_de_Coparticipacao.pdf	27/01/2021 21:04:11	MARTA COSSETIN COSTA	Aceito
Outros	Acesso_dados_de_arquivo_Prontuario.pdf	27/01/2021 21:02:07	MARTA COSSETIN COSTA	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_de_concordancia.pdf	27/01/2021 20:57:31	MARTA COSSETIN COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_livre_e_esclarecido_2.docx	27/01/2021 20:55:32	MARTA COSSETIN COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	Termo_de_Consentimento_livre_e_esclarecido_1.docx	27/01/2021 20:55:17	MARTA COSSETIN COSTA	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

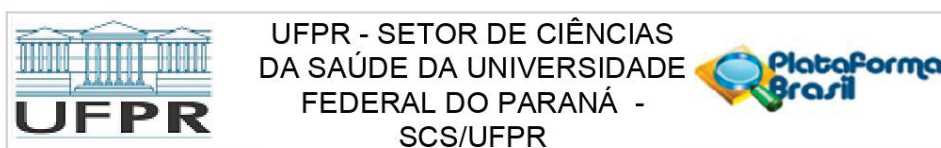
CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -
SCS/UFPR

Continuação do Parecer: 4.618.359

Ausência	Termo_de_Consentimento_livre_e_escl arecido 1.docx	27/01/2021 20:55:17	MARTA COSSETIN COSTA	Aceito
----------	---	------------------------	-------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 29 de Março de 2021

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br