UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

RENATA MOREIRA SERRA

Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e perfil sociodemográfico das pessoas privadas de liberdade na Penitenciária I de Serra Azul/SP, Brasil

Ribeirão Preto
2020

RENATA MOREIRA SERRA

Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e perfil sociodemográfico das pessoas privadas de liberdade na Penitenciária I de Serra Azul/SP, Brasil

Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da Unidade que aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD).

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Luciane Loures dos Santos

Ribeirão Preto

2020

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Serra, Renata Moreira

Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e perfil sociodemográfico das pessoas privadas de liberdade na Penitenciária I de Serra Azul/SP, Brasil. Renata Moreira Serra / Orientadora: Luciane Loures dos Santos. Ribeirão Preto, 2020.

131p.: 18il.; 30 cm

Dissertação (Mestrado) - Programa de Saúde Pública. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

1. Prisões. 2. Atenção primária à saúde. 3. Doenças crônicas. 4. Perfil de saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Serra, Renata Moreira

Título: Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e perfil sociodemográfico das pessoas privadas de liberdade na Penitenciária I de Serra Azul/SP, Brasil.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Saúde Pública

Aprovado em 21/07/2020.

Banca examinadora:

Prof. Dr._____ _____
Instituição _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr _____
Instituição _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

A Deus, cuja presença senti tantas vezes nos rostos dos mais vulneráveis. Quando às vezes escapava sentido, lembrava que também Cristo já foi preso.

À minha família, pelo seu apoio incondicional mesmo sob distâncias físicas: quem me ensinou a ver o próximo com olhos amáveis, apesar das diferenças.

À pequena Maria Helena, a maior guerreira que já conheci.

Agradecimentos

O que se iniciou como uma pesquisa de pós-graduação com população vulnerável se transformou em uma profunda experiência de vida. Agradeço a tantas pessoas especiais que me impulsionaram nessa caminhada.

Aos meus amados pais, Ana Lúcia e José Roberto, e irmãos, Juliana e Guilherme, que torceram, aconselharam e vibraram a cada etapa. Aos meus sobrinhos Miguel, Maria Helena e Maria Alice, cujas vidas chegaram durante este Mestrado e tanto enriqueceram de sentido.

Aos amados vô Paulo, dindas Ana Maria, Nana, tia Maria Inês e cunhados Ju e Pedro, por todo carinho e ânimo que sempre me proporcionaram.

Às amigas Virgínia, Ana Paula e Conceição, anjos bons de cumplicidade e sabedoria. Aos amigos de pós-graduação da FMRP-USP, no Brasil e do Equador, pelo aprendizado e inúmeros bons momentos compartilhados.

À querida orientadora, Profa. Dra. Luciane Loures dos Santos, que me acompanhou desde o princípio da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade e me apresentou aos cuidados das populações vulneráveis. Expresso minha imensa gratidão por me guiar com sua habilidade ímpar de unir excelência em tudo que faz com sensibilidade e humanização. Aos professores do Departamento de Saúde Pública, cujas disciplinas me ampliaram a mente e afiaram habilidades imprescindíveis. Em especial, agradeço ao prof. Dr. Amaury Dal Fabbro e ao prof. Dr. Pazin Filho, que tanto contribuíram com sua experiência exemplar, desde a qualificação. À profa. Dra Aldaísa Cassanho Forster, coorientadora no início do projeto, agradeço a presença sempre altiva e incentivadora. Aos estudantes e residentes que acompanharam as idas a PI com disposição e entusiasmo.

Ao prezado Dr. Reginaldo, diretor da Penitenciária, de quem ouvi, a princípio, de tudo: "*A PI está de portas abertas para vocês: para entrar, não para sair*." Meu agradecimento e admiração pela acolhida sempre tão calorosa, pela confiança, pelo respeito e pela receptividade aos detalhes dos métodos de pesquisa.

A todos da equipe de saúde da PI, que me acolheram como um dos seus e me cederem um suporte inacreditável, que não conseguiria retribuir. De forma especial, à Luciana e ao Júlio, profissionais exemplares, a quem hoje tenho como amigos estimados; ao Danilo, Daniel, Marcelo, Fernando, sempre disponíveis para qualquer suporte; ao Alfredo, uma das pessoas mais trabalhadoras e solícitas com quem pude contar.

Aos agentes penitenciários, que permitiram a "*Mulher na radial*!" e me auxiliaram em tantas idas e vindas por corredores e raios.

Aos sentenciados da PI, quem realmente conhece a realidade do que é a privação de liberdade, agradeço por se disponibilizarem a participar, em entrevista ou suporte de atividades, por compartilhar suas histórias, dores e esperanças em tempos melhores.

A Deus, que faz novas todas as coisas!

o emparedado

muro
muro
muro
muro
muro
muro
muro
muro
muro
muro
muro
muro m (urro)

(Horácio Dídimo)

*"[...]**Grupo social que a maioria da sociedade quer ver longe e afastado de sua vida e até de suas preocupações humanitárias.**"*

(Minayo & Constantino)

Apoio Financeiro

À **CAPES** (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior)

À **FAEPA** (Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do HCFMRP-USP).

Resumo

SERRA, R. M. **Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e perfil sociodemográfico das pessoas privadas de liberdade na Penitenciária I de Serra Azul/SP, Brasil.** 2020. 131f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2020.

O Brasil ocupa o terceiro lugar do mundo em população prisional, com um terço apenas no estado de São Paulo. Apesar de o país possuir uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade, sua implementação ainda demonstra sinais de insuficiência. No sistema prisional, as prevalências de doenças ainda são, provavelmente, subnotificadas, a considerar que rotinas de atendimento de equipes de saúde e de rastreamento e seguimento de doenças crônicas nem sempre são estabelecidas no cárcere. Ademais, há poucos estudos que priorizam doenças crônicas não transmissíveis no ambiente prisional. Trata-se de estudo transversal, quantitativo e descritivo, que estimou a prevalência de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia, síndrome metabólica e obesidade, além do perfil sociodemográfico e hábitos de vida das pessoas privadas de liberdade (PPL), do sexo masculino, que estavam reclusas na Penitenciária I de Serra Azul (PI). Das 1943 PPL foram sorteadas 202 pessoas provenientes de todos os raios, que responderam a questionários padronizados e realizaram exames laboratoriais, no período de junho a dezembro de 2019. Os dados foram analisados por meio de frequências absolutas, medidas de tendência central; para correlação de variáveis foram aplicados os testes de Fisher, Qui-quadrado, Cramer, Kendall ou regressão logística. O perfil sociodemográfico consistiu em maioria com menos de 40 anos de idade (70,79%), pardos ou pele de cor preta, com grau de instrução predominante de ensino fundamental incompleto (56,93%). O tabagismo (cigarro de palha e filtro) foi relatado por 49% dos sentenciados, semelhante à prevalência prévia à prisão (53,97%). Considerou-se, ainda, o ambiente de alto risco para tabagismo passivo. O uso de álcool e drogas reduziu após a reclusão, com provável impacto de medidas restritivas do sistema prisional. A autoavaliação de saúde predominou como “boa” ou “regular”, e 41,6% nunca tinham sido atendidos por equipe de saúde na PI. Obtiveram-se prevalências de hipertensão arterial em 24,8%, dislipidemia em 54,5%, obesidade em 13,37%, diabetes em 2,5% e síndrome metabólica em 18,83%. Houve aumento de detecção de todas as doenças avaliadas, comparado a dados de prevalência prévios da Penitenciária, principalmente quanto dislipidemia. Outros achados indicam superlotação da PI, com difícil acesso à saúde, com prevalência de doenças crônicas subnotificadas e de padrão em geral mais elevado que a mesma faixa etária da população que vive fora do ambiente prisional.

Descritores: Prisões. Atenção primária à saúde. Doenças crônicas. Perfil de saúde.

Abstract

SERRA, R. M. **Prevalence of chronic non-communicable diseases and socio-demographic profile of prison inmates in the Penitentiary I of Serra Azul- SP, Brazil.** 2020. 131f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2020.

Brazil ranks third highest prison population rate in the world, one third of it in the state of Sao Paulo. Although there is a National Policy of Health Care for these inmates in Brazil, its implementation still is insufficient. In the prison system, the prevalence of chronic diseases is probably still underreported, considering that routines of health care professionals' teams toward the screening of chronic diseases are not well established in prison. There are few studies that prioritize chronic non-communicable in this population. This is a cross-sectional, quantitative and descriptive study, that estimated the prevalence of systemic arterial hypertension, diabetes mellitus, dyslipidemia, metabolic syndrome and obesity, in addition to the sociodemographic profile and life habits of inmates, male, who were imprisoned in Penitentiary I in Serra Azul (PI). Among the 1943 finite populatition, 202 people were selected by lot, from all rays, answered standardized questionnaire and performed laboratory tests during the period from June to December 2019. Data were analyzed using absolute frequencies, measures of central tendency; for correlation of variables, the Fisher, Chi-square, Cramer, Kendall or logistic regression tests were used. The sociodemographic profile consists of a majority under 40 years of age (70.79%), brown or black skin, with a predominant education level of incomplete elementary education (56.93%). Smoking was reported by 49% of those interviwed and similar to the prevalence before prison (53.97%). The high-risk environment for passive smoking was also considered. The use of alcohol and drugs decreased after imprisonment, with a likely impact of restrictive measures in the prison system. Self-rated health prevailed as "good" or "regular", and 41.6% had never been seen by a health team in PI. Prevalence of arterial hypertension was obtained in 24.8%, dyslipidemia in 54.5%, obesity in 13.37%, diabetes in 2.5% and metabolic syndrome in 18.83%. There was a significant increase in general disease deteccion, compared to previus data of the Penitenciary, mainly for dyslipidemia. The findings indicate overcrowding of PI, with difficult access to health and prevalence of chronic diseases underreported, in general higher than the same age group of the population living outside the prison environment.

Keywords: Prisons. Primary health care. Chronic disease. Health profile.

.

Lista de Figuras

Figura 1 - Esquematização geral da área construída da Penitenciária I de Serra Azul. 38

Figura 2 - Fluxograma de etapas da pesquisa, com processo de convocação e perdas de participantes.. 42

Figura 3 - Imagem de câmera de segurança de sala de aula demonstrando apresentação da pesquisa e orientação sobre o TCLE a grupo de sentenciados da PI, Serra Azul, 2019. 43

Figura 4 - Gráficos de variação de faixa etária de sentenciados na PI. Ribeirão Preto, 2020..... 57

Figura 5 - Mapa de dispersão no Estado de São Paulo a partir das cidades de procedência (antes da prisão atual), com predominância de nordeste e sudeste do estado e macrorregiões de Ribeirão Preto e São Paulo. Ribeirão Preto, 2020.. 59

Figura 6 - Principais profissões relatadas antes da prisão atual. Ribeirão Preto, 2020 61

Figura 7 - Gráfico de distribuição do número de sentenciados para cada faixa de porcentagem de pena individual cumprida. Linha ao centro em vermelho destaca o cumprimento de 50% da pena. 65

Figura 8 - Dispersão de transferências relatadas para unidades prisionais por redes regionais de saúde (últimas três transferências para qualquer unidade: provisória, penitenciária ou progressão de pena - semiaberto).. 65

Figura 9 - Hábitos de vida antes e após a prisão. Ribeirão Preto, 2020. 67

Figura 10 - Proporção de tabagistas e não tabagistas por celas de 1 a 8. Ribeirão Preto, 2020..... 68

Figura 11 - Proporção de tabagistas e não tabagistas nos raios de 1 a 8. Ribeirão Preto, 2020..... 69

Figura 12 - Drogas ilícitas antes e atual (PI) prisão. RIbeirao Preto, 2020..... 70

Figura 13 - Diferenças nas porcentagens de aferições de pressão arterial isolada quanto à classificação de níveis pressóricos (categorias relativas às faixas de valores de classificação de PA, mas sem significar diagnóstico final). 72

Figura 14 - Densidade e distribuição de IMC..... 75

Figura 15 - Gráfico de distribuição sobre diferença de peso entre inclusão na UP e peso na data da pesquisa (kg). Ribeirão Preto, 2020. 75

Figura 16 - Sentenciado em horta em Centro de Progressão de Pena, Potim-SP. 91

Figura 17 - *Scanner* humano semelhante ao utilizado na PI de Serra Azul para revistas de visitantes. 96

Figura 18 - Proporção de diagnóstico por história patológica *versus* diagnóstico final nas PPL de Serra Azul-SP, 2020. 104

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Listagem de acompanhamento, fornecida pela equipe de Saúde da Penitenciária I, referente aos principais diagnósticos e pacientes em seguimento 39

Tabela 2 - Estações de atendimento e abordagens na entrevista 44

Tabela 3 - Parâmetros para caracterizar os pacientes segundo o IMC 45

Tabela 4 - Componentes de classificação para síndrome metabólica 46

Tabela 5 - Classificação da pressão arterial com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade 47

Tabela 6 - Exames realizados para diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) 48

Tabela 7 - Critérios para alteração de lipídeos em exames laboratoriais 49

Tabela 8 - Distribuição de participantes de acordo com raio e cela e taxa de ocupação geral, Ribeirão Preto, 2020 55

Tabela 9 - Dados do perfil social das PPL. Ribeirão Preto, 2020 58

Tabela 10 - Grau de instrução e perfil ocupacional. Ribeirão Preto, 2020 62

Tabela 11 - Dados sobre o histórico de encarceramento. Ribeirão Preto, 2020..... 64

Tabela 12 - Consumo de substâncias e tabagismo prévio à prisão *versus* atual ... 68

Tabela 13 - Prevalência sobre hipertensão arterial sistêmica nas PPL da PI. Ribeirao Preto, 2020 73

Tabela 14 - Análise bivariante dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis. Ribeirão Preto, 2020..... 74

Tabela 15 - Prevalência sobre obesidade, alterações de circunferência abdominal e dislipidemia 77

Tabela 16 - Variáveis para diagnóstico e prevalência de síndrome metabólica. Ribeirão Preto, 2020 78

Tabela 17 - Análise bivariante de fatores de risco e doenças crônicas (pré-DM2, diabetes e obesidade). Ribeirão preto, 2020..... 79

Tabela 18 - Prevalência sobre diabetes nas PPL da PI. Ribeirão Preto, 2020..... 80

Tabela 19 - Perfil socidemográfico comparativo entre estudos: PPL da PI (Serra Azul) x PPL do RJ x PPL dos EUA x população geral masculina - Brasil 84

Tabela 20 - Variação de prevalências de HAS para população brasileira geral e sexo masculino, de acordo com a base de levantamento de dados..... 100

Tabela 21 - Perfil comparativo entre principais estudos nacionais e internacionais com PPL e população brasileira 101

Lista de Siglas e Abreviaturas

APS- Atenção Primária à Saúde

ASP- Agentes de Segurança Penitenciária

CEP- Comitê de Ética e Pesquisa

CDP- Centro de Detenção Provisória

CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CPP- Centro de Progressão Penitenciária

CRAS- Centro de Referência de Assistência Social

CRP- Centro de Ressocialização de Presos

DCNT- Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DLP- Dislipidemia

DM- Diabetes Mellitus

DM1- Diabetes Mellitus tipo I

DM2- Diabetes Mellitus tipo II

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

ESF- Estratégia Saúde da Família

ESP- Equipes de Saúde no Sistema Prisional

EUA- Estados Unidos da América

FMRP-USP- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

GJ- Glicemia de Jejum

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

HbA1C- Hemoglobina glicada (ou glicosilada)

HDL- *High Density Lipoprotein*

HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV- Papiloma Vírus Humano

IBGE- instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC- Índice de Massa Corporal

LDL- *Low Density Lipoprotein*

LEP- Lei de Execução Penal

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

OR- *Odds ratio*

PA- Pressão Arterial

PAD- Pressão Arterial Diastólica

PAS- Pressão Arterial Sistólica

PCC- Primeiro Comando da Capital

PI- Penitenciária I de Serra Azul

PNAISP- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

PNSSP- Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário

PPI- Programação Pactuada Integrada

PPL- Pessoas Privadas de Liberdade

RRAS- Redes Regionais de Atenção à Saúde

RDD- Regime Disciplinar Diferenciado

SAP- Secretaria de Administração Penitenciária

SIDA- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SP- São Paulo

SUS- Sistema Único de Saúde

TGL- Triglicerídeos

TM- Transtornos mentais

TCLE- Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UP- Unidade Prisional

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 24
1.1. Panorama da população privada de liberdade 25
1.2. Crime e castigo 25
1.3. Estratégias de política de saúde para PPL 27
1.4. Morbidade e mortalidade em população prisional 29
1.5. Justificativa 31

2. OBJETIVOS 32
2.1. Objetivo geral 33
2.2. Objetivos específicos 33

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS 34
3.1 Tipo de estudo 35
3.2. Campo de estudo 35
3.3. Cenário 35
3.4. Dados de saúde de seguimento pela equipe de saúde 38
3.5. População de estudo a cálculo amostral 40
3.6. Critérios de inclusão e exclusão e seleção de participantes 40
3.7. Instrumento de pesquisa 41
3.8. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e preparação para coleta 43
3.9. Coleta de dados e níveis de referência para diagnóstico 44
3.10. Análise de dados 49
3.11. Riscos e benefícios 50
3.12. Aspectos éticos 51
3.13. Especificidades do campo e dificuldades encontradas 51

4. RESULTADOS 54
4.1. Descrição do perfil sociodemográfico das PPL 56
4.2. Avaliação de história de encarceramento 63
4.3. Hábitos de vida: prática de atividade física e alimentação 66
4.4. Hábitos de vida: tabagismo, álcool e drogas 66
4.5. Condições de saúde 70
4.6. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) 71
4.6.1. Hipertensão arterial sistêmica (HAS) 71
4.6.2. Obesidade, circunferência abdominal e alteração lipídica 74
4.6.3. Diabetes mellitus tipo II (DM2) 79

5. DISCUSSÃO 81
5.1. Análise de perfil sociodemográfico da PPL 82
5.2. Religião 87
5.3. Histórico de prisão e reincidência no crime 88
5.4. Hábitos de vida 89
5.4.1. Alimentação 89
5.4.2. Atividade física 91
5.4.3. Tabagismo e uso de drogas 93
5.5. Percepção de saúde na PI 96
5.6. Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) 97
5.6.1. Hipertensão arterial 97

5.6.2. Dislipidemia e obesidade 100
5.6.3. Diabetes mellitus tipo II (DM2) e síndrome metabólica 102
5.6.4. DCNT: aspectos gerais 103

6. CONCLUSÕES 105

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 108

8. APÊNDICES 115

9. ANEXOS 127

1. *Introdução*

1.1 Panorama da população privada de liberdade

Existem mais de 10,7 milhões de pessoas em situação de encarceramento em todo o mundo.[1] Segundo a última lista de população prisional mundial (2018)[1], os Estados Unidos da América (EUA) ocupam a primeira posição no *ranking* por total de massa carcerária, com 2,1 milhões de pessoas privadas de liberdade (PPL), seguido pela China (1,65 mi), Brasil (690 mil) e Rússia (583 mil). Desde os anos 2000, o número de PPL mundial aumentou 24%, com variações dessa proporção entre cada continente, semelhante ao aumento populacional geral.[1] Na América, esse acréscimo da massa carcerária foi de 41% e, na América do Sul, ainda mais expressivo, de 175%.[1] Dados do Brasil indicam crescimento de 4% ao ano, de forma que as PPL aumentaram de 401,2 mil para 726,712 mil[2,3] entre 2006 e 2016 (acréscimo de 81%), dentre os quais 40% aguardam processo de condenação judicial.[2]

O grupo de PPL é composto por pessoas custodiadas pelo Sistema Prisional, pré ou pós-julgamento, em categoria de regimes fechado, semiaberto ou aberto.[3] No Brasil, após reclusão em nível distrital em delegacias, a detenção é efetivada em Unidades Prisionais (UPs), como Centro de Detenção Provisória (CDP), penitenciárias, Centro de Ressocialização de Presos (CRP), Centro de Progressão Penitenciária (CPP) ou Regime Disciplinar Diferenciado (RDD).[4]

> *"Art 2º. Entende-se por pessoas privadas de liberdade no sistema prisional aquelas com idade superior a dezoito anos e que estejam sob custódia do Estado em caráter provisório ou sentenciados para cumprimento de pena privativa de liberdade, ou medida de segurança, conforme previsto pelo Decreto-Lei nº 3689, de 3 de outubro de 1941 (Código Penal) e na Lei nº 7210, de 11 de julho de 1984 (Lei de Execução Penal)".*[5]

1.2 Crime e castigo

As causas para o aumento no número de PPL são complexas, mas a origem do aspecto de "encarceramento em massa" remonta a partir da década de 70, nos EUA, após o início de políticas mais repressivas como "*War on Drugs*", a guerra contra as drogas, e sentenças mais punitivas contra crimes em geral.[5] A maioria dos detentos americanos cometeu crimes não violentos, relacionados ao abuso de

substâncias.[6] Em revisão sistemática sobre saúde penitenciária de países em todos os continentes, demonstra-se que a maior parte dos homens estava reclusa por motivo de furto, porém com história importante de uso e tráfico de drogas.[7] No Brasil os motivos de encarceramento que predominam: tráfico (28%), roubo (26%) furto (12%) e homicídios (11%).[3]

Independente da natureza de sua transgressão, as PPL mantêm direitos fundamentais semelhantes a todos os cidadãos.[8] Encontram-se privadas de liberdade e não de direitos humanos inerentes a sua cidadania, portanto o cárcere deveria assumir um caráter de ressocialização e não de vingança ou punição.[8] Condições extremas, como superlotação de celas, insalubridade, uso de drogas, risco de violência, má alimentação, má higiene e sedentarismo repercutem em impacto quase certo à saúde das PPL e ocasionam a denominada "*dupla penalidade do condenado*".[8]

Desde 1955, a Organização das Nações Unidas (ONU)[9] recomenda que cada estabelecimento penitenciário disponha de, pelo menos, um médico qualificado, com conhecimentos de psiquiatria, com estreita ligação com a administração geral da UP e com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS)[10], atuando em equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF).[11] Ainda que sejam oferecidas vagas de trabalho, existe certa carência de profissionais da saúde atuando nas UPs. Fatores como medo diante do ambiente de periculosidade, burocracia no processo de contratação, preconceito e falta de incentivos dificultam a inserção e manutenção de profissionais de saúde em UPs.[11,12] Em levantamento sobre UPs de São Paulo, em 2009, constatou-se a seguinte distribuição de profissionais da saúde atuando em penitenciárias masculinas: 89,8% com auxiliar de enfermagem, 86,9% com assistentes sociais, 84% com odontologista, 78,2% com médicos, 79,7% de psicólogos, 68,1% com enfermeiros e 52,1% com psiquiatras.[11]

Médicos da Atenção Primária possuem potencial distinto para manejar um grande espectro de problemas biopsicossociais das PPL, porém pouco se tem aplicado em treinamento de conhecimentos, atitudes e habilidades para cuidados voltados para o perfil de cárcere para esses profissionais.[6] As UPs enfrentam, portanto, grandes desafios para implementar e prestar assistência integral e resolutiva, preventiva e curativa. Além disso, quando é necessário se referenciarem

casos para outros setores da RAS, dependem de escolta da Polícia Militar e vagas nos serviços de saúde pública, nem sempre disponíveis conforme a demanda.[12]

1.3 Estratégias de política de saúde para PPL

Após a Lei de Execução Penal (LEP), de 1984, aliadas ao cenário democrático, à nova Constituição Federal (1988) e aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), propostas de melhoria para a situação da população prisional receberam maior impulso ao instituir-se o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), vigente de 2002 a 2013.[13] Preconizava linhas de ação para a promoção de saúde e prevenção de doenças dentro do ambiente carcerário, no qual um protocolo mínimo para diagnóstico de saúde deveria incluir aconselhamento de infecções sexualmente transmissíveis, diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), saúde bucal e agravos dermatológicos, especialmente a hanseníase. Ações de média complexidade envolveriam terapias de grupos ou especializadas individuais. Ações complementares enfatizavam controle de infecções sexualmente transmissíveis, saúde mental, estímulo à formação de agentes promotores de saúde entre os próprios sentenciados e protocolos estabelecidos para agravos mais comuns, como programas de imunização e aquisição de medicamentos. Estabelecia, ainda, a importância da Programação Pactuada Integrada (PPI), que previa referência de média e alta complexidade para assistência ampliada, pela Comissão Intergestores Bipartite.[13]

Em 2014, o Plano avançou para a publicação, pelo Ministério da Saúde e da Justiça, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).[14,15] Institui a responsabilidade do Estado em prover atenção integral à saúde e normatiza medidas de promoção, proteção, prevenção, assistência, recuperação e vigilância em saúde, realizados nos diversos pontos de atenção à saúde, para a população que vive em UPs, seja ela masculina, feminina ou de caráter psiquiátrico. Mantém concordância com princípios basilares do SUS, quanto à universalização do acesso, integralidade da atenção e equidade. Enfatiza que a Atenção Primária à Saúde (APS) deveria ser ofertada por meio de equipes multidisciplinares, vinculadas a Unidades Básicas de Saúde definidas por

território, ou por meio de Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP) e que deve haver atuação interministerial, interfederativa e tripartite das ações de vigilância sanitária e epidemiológica.[14,16]

Uma UP é um ambiente especialmente difícil para a promoção de saúde, apesar disso oferece acesso a pessoas normalmente desfavorecidas socialmente, às quais, muitas vezes, representa a única oportunidade de organização de cuidados de saúde. Cada prisão tem o potencial de ser, minimamente, apesar de circunstâncias de perda de autonomia, reclusão e exposição a inúmeras situações de risco, um ambiente de promoção de bem-estar espiritual, físico, social e mental.[10] Em acréscimo, o presídio dispõe de facilidade para controle do território, ao qual se tem vinculado uma população adstrita bem delimitada, onde o confinamento representa uma oportunidade de implementação de medidas preventivas, programas terapêuticos e de ações educativas.[7]

Ainda que as políticas nacionais e internacionais advoguem sobre a necessidade de atenção integral à saúde das PPL, são poucas as unidades brasileiras que aderiram e que implantaram a política, tornando assim o ambiente prisional mais hostil e sem caráter de ressocialização.[17] Essa realidade produz um descrédito dos detentos e ex-presidiários em relação à saúde pública e ao governo estadual e nacional.[6,7,17] A marginalização, o estigma e o papel “encapsulante” do sistema prisional faz com que, frequentemente, a mídia apresente relatos de rebelião e fugas em cadeias e penitenciárias, dada a falta de segurança das UP e representam um grito de socorro de uma população marginalizada que tenta mostrar à sociedade o descaso e esquecimento das autoridades.[17]

Idealizada para controlar a delinquência, a Instituição Prisional, em contrapartida, parece estimulá-la, ao converter-se em oportunidade para a desumanidade. Aparentemente, não traz benefícios reabilitadores ao apenado, possibilitando, ao contrário, toda sorte de vícios e degradações.[18] Estudos demonstram que as PPL têm maior possibilidade de apresentar doenças infecciosas, doenças crônicas, transtornos mentais (TM), abuso de substâncias e violência. Tais agravos pioram em ambientes com más condições de higiene, superlotação, sem acesso à água potável e a serviços médicos.[7,12,17] Apresentam, ainda, maior chance

de cometer o suicídio, de usar drogas, de ser portador de doenças crônicas transmissíveis, tornando-se um problema de saúde pública.[17]

De modo mais amplo, deve-se considerar que a saúde prisional não se limita apenas aos muros das penitenciárias, pois a vulnerabilidade das PPL torna também o próprio município vulnerável, sendo medida de vigilância epidemiológica e urgência sanitária o controle de agravos.[7,16] Diante da população geral, a realidade carcerária permanece praticamente ignorada e pouco debatida, porém se sugere que seus índices contribuam, até mesmo, para atraso em indicadores gerais de saúde. Os impactos da saúde na comunidade têm efeito direto nas famílias dos sentenciados, principalmente parceiras heterossexuais e filhos.[5] Dessa forma, entende-se que a saúde prisional adequada repercute em redução de cargas de doenças com amplo impacto também para a sociedade, o que torna ainda mais necessária a implementação de políticas efetivas de saúde.[5]

1.4 Morbidade e mortalidade em população prisional

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que as doenças crônicas sejam causa de 60% dos falecimentos anuais no mundo e dispensam até 75% dos gastos em saúde pública.[19] Em um estudo com 1.077 pessoas de população penitenciária na Espanha[20], estimou-se que um em cada dois reclusos apresenta algum tipo de patologia crônica, sendo as mais comuns: dislipidemia (DLP) (34,8%), HAS (17,8%) e DM (5,3%), dentre os quais 19,7% dos casos com diagnósticos prévios e 32,3% com critérios captados durante as entrevistas de pesquisa, portanto, sem diagnóstico ou tratamento prévios identificados. Esse aspecto enaltece que doenças crônicas no sistema prisional estão “submersas”[2], ocultas, emergidas normalmente apenas quando os sinais e sintomas evidentes.[20] Outras patologias mais prevalentes são a asma (4,6%), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (2,2%), cardiopatias isquêmicas (1,8%) e patologias cardiocirculatórias (1,5%). Os principais fatores de risco identificados são: tabagismo, obesidade, circunferência abdominal aumentada, consumo de cocaína e idade.[20] Há poucos estudos que englobam diversas doenças crônicas e fatores de risco nesse perfil populacional,

sendo que a maior parte se limita à ênfase a condições mais frequentes, isoladamente, como diabetes e hipertensão.[20]

A PPL também padece de TM, com altas prevalências que chegam a atingir valores cinco vezes maiores que os da população geral.[21] Estudos franceses afirmam que cerca de 40% das PPL apresentam doenças mentais; nos EUA esse valor atinge mais de 50% e no Brasil, especificamente entre presidiárias da região sul, 48,7% apresentam depressão grave.[21] Já em estudo no Rio de Janeiro, a prevalência de TM como depressão, ansiedade e estresse, variou de 20% a quase 60% de sua PPL.[22] A explicação para esses dados alarmantes entre as PPL está relacionada às condições insalubres dos presídios, como má alimentação, celas escuras, com odor fétido, superlotação, convivência com pessoas agressivas, privação da luz solar e de contatos humanos, que são grandes determinantes da baixa qualidade de vida e da prejudicada saúde mental em que grande parte dos presos se encontra.[22] Em relatos das PPL no Rio de Janeiro, a maioria relaciona adoecimento físico e mental com condições estruturais do ambiente de cárcere.[22] Dessa forma, pode-se considerar que a exposição ao cárcere se torna de tal forma prejudicial ao indivíduo que poderia ser considerada um determinante social para problemas de saúde.[6]

O conhecimento de causas de mortalidade representa abertura para procurar melhores cuidados de saúde para as PPL. Questiona-se se a morbidade a determinados agravos repercute em maior mortalidade, comparando à população não reclusa. Para tanto, é preciso considerar que, pela idade mais jovem da população geral carcerária, comparada à população geral não reclusa, pode haver menor prevalência de transtornos de alta mortalidade.[23] Em estudo com 606 internos, obteve-se taxa de mortalidade em 6,18%, com idade média de 34,9 anos (28,7- 39,8).[23] A principal causa de mortalidade foi a morte por enfermidades “não-HIV” (Vírus da Imunodeficiência Humana) (45,8%): cardiovasculares, tumorais, hepáticas, respiratórias, circulatórias, infecciosas (com exceção do HIV).[23] Outro extremo de impacto, são as causas de mortes por HIV/SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) (39%), seguidas por mortes por reações adversas a drogas (8,5%), suicídio (5,1%) e acidentes ou agressões (1,7%). É importante, ainda, ressaltar que o aumento da idade da população carcerária, associado ao

aumento de doenças crônicas, bem como o acesso a tratamento com antirretrovirais, podem contribuir para alterações nas causas clássicas de mortalidade, o que se aproximaria mais da população não reclusa geral.[23]

1.5 Justificativa

A identificação do perfil das PPL é importante para diagnóstico sociodemográfico e de saúde dessa população, de caráter de vulnerabilidade, muitas vezes, portadora de doenças ocultas, agravadas pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Nesse sentido, o rastreamento de suas principais morbidades pode auxiliar na melhoria de rede de cuidados, prevenção de doenças e promoção de saúde, cujo potencial de impacto se estende além do ambiente prisional, até o âmbito de saúde pública na comunidade.

2. *Objetivos*

2.1 Objetivo geral

Avaliar as condições de saúde da PPL na Penitenciária Masculina I de Serra Azul.

2.2 Objetivos específicos

1. Descrever o perfil sociodemograico da PPL da Penitenciária I (PI) de Serra Azul;

2. Estimar a prevalência de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (tabagismo, alcoolismo, uso de drogas, hábitos alimentares, obesidade e sedentarismo) em PPL;

3. Estimar a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis.

3. *Casuística e Métodos*

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e descritivo, que pretendeu levantar o perfil e as condições de saúde da PPL da UP I de Serra Azul, no ano de 2019.

3.2 Campo de estudo

Segundo a última análise de dados da Secretaria da Administração Penitenciária (SAP), de 2017, o Estado de São Paulo possui 213.613 PPLs (masculino) e 12. 261 (feminino), distribuídas em 176 instituições penitenciárias (2020), o que corresponde a um terço da população encarcerada do Brasil.[24]

A Coordenação Regional Noroeste da SAP do Estado de São Paulo, onde o município de Ribeirão Preto se encontra, possui 42 UPs, incluindo 23 penitenciárias, oito CDPs, quatro CPPs e sete CRPs.[4] A região de Ribeirão Preto, incluindo os municípios de Serra Azul e Jardinópolis, possui 10.766 presos, distribuídos em nove UPs, sendo uma Penitenciária feminina, uma para presos por crimes sexuais, dois CDPs, um CPP e duas penitenciárias masculinas.[4] As taxas de ocupação nessas UPs variam de 120 a 225% e um número insuficiente de profissionais de saúde para prover assistência às pessoas presas.[11]

Este estudo foi desenvolvido na PI Serra Azul-SP, masculina, de regime fechado, inaugurada em 12 de março de 2002, localizada da Rodovia Abraão Assed, 333 km, CEP 14230-000, com capacidade instalada para abrigar 853 pessoas e com total de 1943 presos (2017).

3.3 Cenário

A equipe de saúde de Serra Azul conta com uma enfermeira, que também é diretora de saúde local, em regime de 30 horas por semana, um técnico de enfermagem (30h) e um agente de segurança com formação de auxiliar de enfermagem (40h), um dentista (20h), um assistente social (Centro de Referência de Assistência Social- CRAS) e três psicólogas. Não há médico fixo contratado nesta

Unidade, e os atendimentos de saúde são realizados por dois médicos voluntários, às segundas e terças-feiras, totalizando oito horas semanais. De acordo com a PNAISP[15], Serra Azul insere-se no perfil de UP com mais de 500 sentenciados, portanto necessitaria de equipe básica "tipo III", com profissionais 30h (um médico com alguma qualificação em saúde mental, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um cirurgião-dentista, um técnico de higiene bucal, um assistente social, um psicólogo e mais um profissional de uma das categorias: assistente social, enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição ou terapia ocupacional.

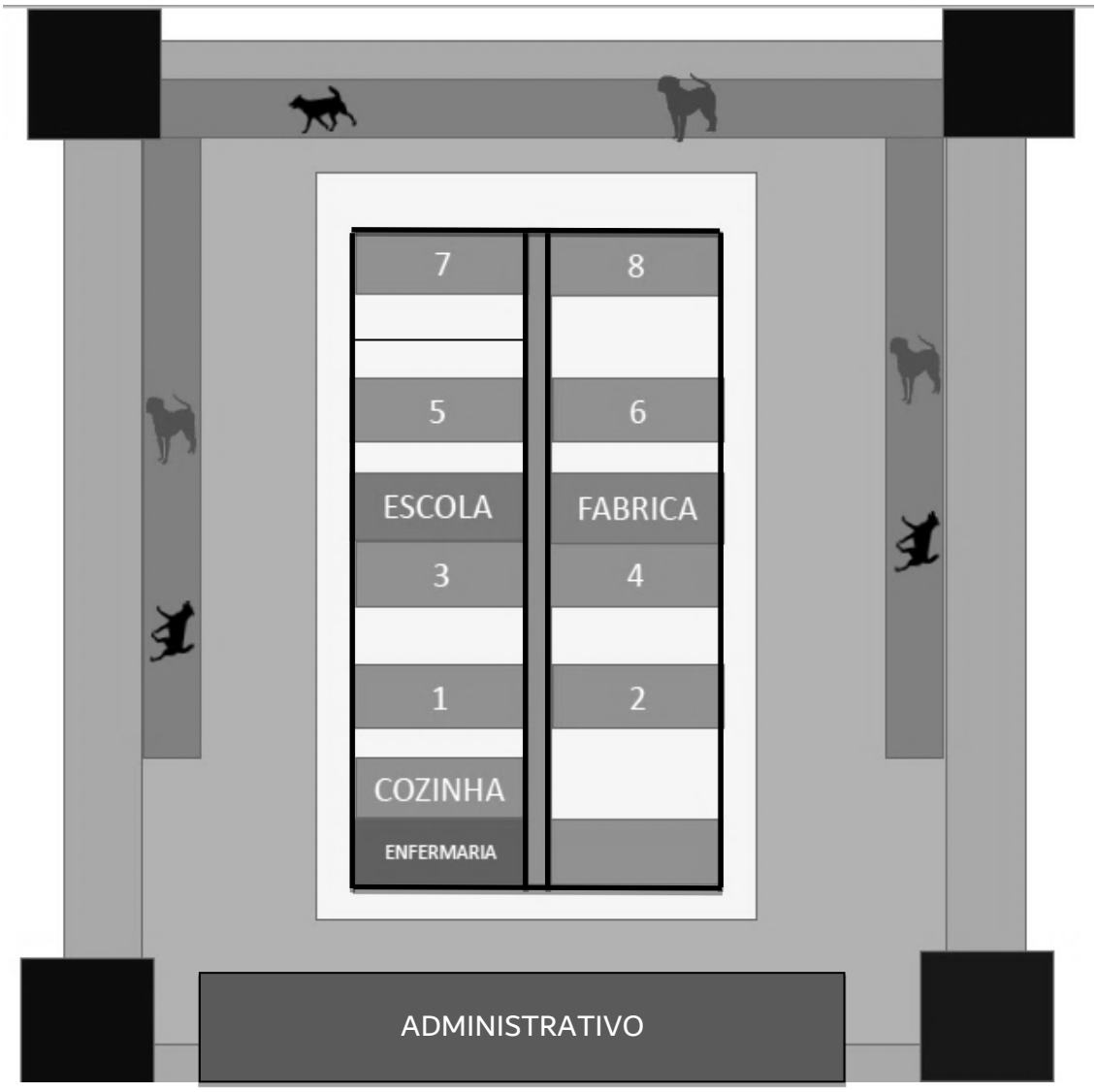
No processo de inclusão (admissão do sentenciado na UP) na PI de Serra Azul, os sentenciados permanecem durante dez dias em celas separadas dos demais pavilhões, antes de serem encaminhados para os raios usuais. São submetidos à avaliação de saúde, porém essa triagem não é realizada, necessariamente, pela equipe de saúde. Há ficha própria para esse atendimento, na qual constam dados pessoais e familiares, história patológica, medicamentos em uso, dados antropométricos (altura, peso, índice de massa corpórea - IMC), aspectos fenotípicos, como cor ou corte de cabelo, e presença de tatuagens. Nesse primeiro contato, são identificadas demandas prioritárias, como uso de medicações controladas, deficiências mais severas física ou mental, doenças que demandam medicamentos especiais, como epilepsia, HIV, hemofilia, ou doenças que exijam deslocamento extramuros, como pacientes dialíticos. Ao se identificar alguma demanda específica, o caso é referenciado para avaliação clínica pela equipe de saúde, de forma eletiva. Não há dados, segundo a diretoria de saúde, que estipulem de forma concreta a parcela de sentenciados que passam pela equipe de saúde no momento da inclusão, mas se sabe que ainda é insuficiente para o ideal, que seria a inclusão de saúde para todos os sentenciados.

A rotina de atendimento médico é decidida, diariamente, pelos próprios sentenciados e pela equipe de saúde. Duas pessoas são selecionadas por dia, para cada um dos oito raios, a partir de classificação subjetiva realizada por uma liderança de cada raio. Há, ocasionalmente, uso de "pipas", pequenos bilhetes manuscritos, nos quais o próprio sentenciado apresenta suas demandas de saúde. Há relato, por parte da equipe de enfermagem, de que esse líder em saúde aciona os candidatos para consulta do dia captando informações em cada cela. Para tanto,

permanecem por tempo extra no pátio externo que se comunica com as celas do raio. Como não há médico fixo nesta Unidade, é comum que haja filas e priorização de casos mais urgentes, conhecidas como "PS", sigla para pronto-socorro. Demandas mais leves, ocultas, assintomáticas, de caráter crônico, portanto, resultam em poucos atendimentos. Não há rotina de rastreamento ou seguimento para hipertensos ou diabéticos, exceto os insulinodependentes, sendo mais voltada para ajuste de doses de insulina, conforme necessário. Para esse grupo específico, há medidas de glicemia periférica periódicas e registro de tabela em enfermaria com dosagens individuais e horário de tomada da insulina (quatro sentenciados no total, em dados de setembro de 2018). A aplicação de insulina é realizada todos os dias na enfermaria pelos próprios sentenciados ou, eventualmente, nas zonas de raios e celas por equipe de enfermagem, pois não é permitido o porte de agulhas nas celas. Há, ainda, priorização de prescrição de medicamentos injetáveis para períodos diurnos, devido ao turno de trabalho da equipe de saúde.

A arquitetura da PI de Serra Azul segue o modelo de distribuição em radiais, ou “espinha de peixe”[25], conectadas por um corredor central. Há setor de pavilhões designados para enfermaria, cozinha, educação e trabalho. Áreas administrativas são separadas do setor de carceragem (Figura 1). Para esta pesquisa, utilizaram-se alas de enfermaria ou escola (em período de férias ou recessos de aula). Deslocamentos dentro de cada setor eram realizados sempre na presença de agentes de segurança, mediante autorização da diretoria.

Figura 1 - Esquematização geral da área construída da Penitenciária I de Serra Azul



3.4 Dados de saúde de seguimento pela equipe de saúde

A partir de dados compilados em planilhas de controle, pela equipe de saúde, têm-se informações sobre algumas das morbidades mais prevalentes em seguimento (Tabela 1).

Tabela 1 - Listagem de acompanhamento, fornecida pela equipe de Saúde da Penitenciária I, referente aos principais diagnósticos e pacientes em seguimento

Diagnóstico	Número de Casos
Câncer	1
Cardiopatia	5
Condiloma acuminado	24
Deficiência física	17
Deficiência mental	1
Deficiência visual	1
Diabetes Mellitus Tipo 1 - Insulino Dependente	4
Diabetes Mellitus Tipo 2 - Insulino Não Dependente	6
Doença de Chron	2
Doença renal crônica em hemodiálise	1
Em uso de sonda (cistostomia)	2
Em uso de órtese	2
Uso de cadeira de rodas	1
Hemofilia A - Grave	2
Hepatite B	1
Hepatite C	8
Hipertensão Arterial Sistêmica	39
HIV em uso de retroviral	20
Sífilis	12
Tuberculose	22
Tuberculose Latente	2

Fonte: produzido pela equipe de saúde da Penitenciária I de Serra Azul em setembro de 2018.

Ao se considerar a população estipulada para o período do início deste projeto (1943 sentenciados na PI), tem-se que, para HAS, há apenas 2% pacientes com identificados e 0,5% de pacientes com DM tipo 1 (DM1) e DM tipo 2 (DM2). Não há registros sobre a quantidade de sentenciados com DLP ou obesidade. Em amplo estudo[26], realizado com PPL (N=934, 637 homens e 297 mulheres) no Rio de

janeiro, a prevalência de HAS foi estimada em 14%, o que demonstra provável subdiagnóstico, a se observar a prevalência dessa doença também em homens não privados de liberdade.

3.5 População de estudo a cálculo amostral

A presente amostra se consistiu em PPL da PI de Serra Azul/SP, UP masculina, que estavam encarceradas na época do estudo. Para o cálculo amostral utilizou-se a fórmula para populações finitas[27], a partir da prevalência de HAS, como desfecho primário. Analisaram-se as prevalências de DM e DLP, assim como seus fatores de risco como desfechos secundários. Considerou-se uma população de 1943 pessoas, com erro aceitável de 5% e intervalo de confiança (IC) de 95%. Para estimar a prevalência de HAS no cárcere entre as PPL estudadas, foi utilizada a frequência esperada de 17%, de acordo com estudos internacionais, e 14% referenciada em estudos nacionais. Desse modo, utilizou-se a maior prevalência encontrada.[16] A partir desses dados foi encontrada amostra mínima de 196 pessoas, utilizando a fórmula:

$$n = \frac{z^2 P(1-P)N}{d^2(N-1) + z^2 P(1-P)}$$

na qual:

Erro padrão - d = 0.05

Prevalência - P = 0,17

Z crítico - Z^2 = 3,8416

População = N = 1943

3.6 Critérios de Inclusão e exclusão e seleção de participantes

Foram convidados a participar da pesquisa os presos que estavam na UP nos dias da realização do estudo (atendimento clínico e coleta dos exames laboratoriais). Foram excluídos os que estavam em regime disciplinar, aqueles com permuta

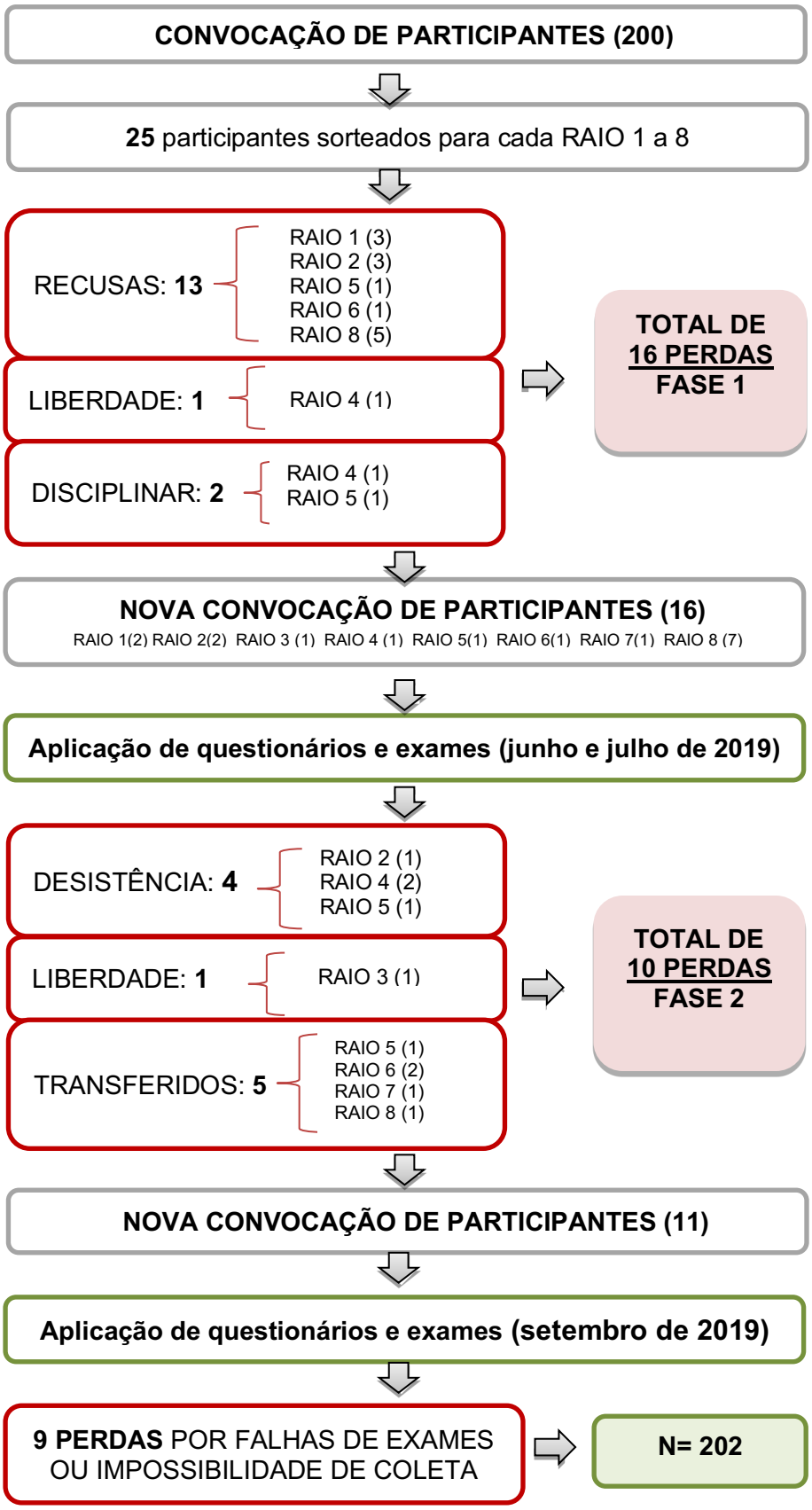
programada de penitenciárias ou mudança de regime, ou que, até o início da pesquisa, estivessem em trânsito ou com trânsito programado na Unidade (processo de deslocamento pelas unidades, em que o sentenciado passa provisoriamente por Unidades que marcam o trajeto até Penitenciária de destino final).

Como a UP PI tem oito raios, foram convidados participantes de todos os raios, com cerca de 25 participantes por raio, totalizando 200 pessoas. Neste sentido, como cada raio tem oito celas, a seleção dos participantes ocorreu por meio de sorteio de três presos por cela (cada cela possui uma listagem interna onde os sentenciados são identificados pelo número de suas matrículas em ordem crescente) até ser atingida a meta amostral (Figura 2). O convite inicial dos selecionados foi realizado pela equipe de saúde local e agendados para encontro com a equipe da pesquisa em dia estabelecido para a apresentação do projeto e realização do atendimento. No caso de recusa nessa etapa inicial, estabeleceu-se que o próximo número de matrícula de cada cela seria convidado.

3.7 Instrumento de pesquisa

Foi realizada entrevista clínica com presos da PI de Serra Azul/SP, coletando-se informações a partir de questionário impresso específico elaborado para esta pesquisa, não autoaplicável, com 71 questões no total (Apêndice A). Destaca-se que os tópicos do questionário passaram por ajustes em fase de pré-teste em 2018, prévias à qualificaçao da pesquisa, quando foram realizados pela pesquisadora atendimentos médicos voluntários semanais, por seis meses, para ambientação e conhecimento de necessidades da UP (Apêndice B). Foram abordadas questões sobre perfil epidemiológico, demográfico, social, de saúde, hábitos de vida e histórico de privação de liberdade, com ênfase na estimativa de prevalência de HAS, DM2, DLP e obesidade. Aqueles que aceitaram participar da pesquisa foram submetidos a exame clínico geral, com avaliação do estado nutricional por meio de antropometria e coleta de sangue periférico (cerca de 30 ml) para as análises laboratoriais. Não houve retenção de material biológico humano.

Figura 2 - Fluxograma de etapas da pesquisa, com processo de convocação e perdas de participantes



3.8 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e preparação para coleta

O aconselhamento, a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C) com os objetivos do estudo, a coleta dos exames laboratoriais e os procedimentos que seriam solicitados foram realizados por membros da equipe de pesquisa, com apoio da equipe de saúde da UP, para cada dia de atendimento na própria penitenciária, a grupos de sentenciados. Nesse espaço, enfatizou-se a seleção aleatória dos participantes, o caráter voluntário de participação e a possibilidade de desistência a qualquer momento do curso da pesquisa. Utilizou-se o espaço das salas de aula do pavilhão escolar, em período de férias ou recessos escolares, com apoio das equipes locais quanto à organização do espaço com mesas, cadeiras, macas e biombos (Figura 3). A escolha dos dias e horários de coleta de dados ocorreu em observância dos critérios de segurança estabelecidos pelos agentes de segurança penitenciária (ASP), de forma a não interferir nas rotinas de segurança. Após o aceite e a assinatura do TCLE, uma das vias assinadas permaneceu no prontuário médico dos sentenciados, sob seu consentimento. O projeto foi previamente apresentado ao diretor geral e aos diretores de segurança e de saúde, que apoiaram e permitiram a sua realização.

Figura 3 - Imagem de câmera segurança de sala de aula demonstrando apresentação da pesquisa e orientação sobre TCLE a grupo de sentenciados da PI. Serra Azul, 2019

3.9 Coleta de dados e níveis de referência para diagnóstico

Os participantes foram encaminhados para cada uma das estações de atendimento, que compreendiam cinco principais etapas, preferencialmente realizadas nessa sequência: identificação e dados sociais (estação 1- amarelo), dados de saúde (estação 2- verde), informações nutricionais (estação 3- laranja), aferição de pressão arterial (PA) e dados antropométricos (estação 4- vermelho), aplicação de questionário de saúde mental (objeto de outro projeto de pesquisa) e oferecimento de consulta médica (estação 5- azul) (Tabela 2). Para controle e melhor organização, após cada etapa, uma etiqueta da cor da etapa era fixada no questionário. Os 202 questionários foram aplicados em total de sete dias, nos meses de junho, julho e setembro de 2019. Os atendimentos ocorreram com a participação dos pesquisadores envolvidos, com apoio de estudantes do Curso de Medicina e de Nutrição e Metabolismo da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), monitores e residentes de Medicina de Família e Comunidade. Destaca-se que os participantes foram treinados e orientados previamente àrealização da pesquisa, ademais, estavam sob a supervisão direta dos pesquisadores responsáveis.

Tabela 2 - Estações de atendimento e abordagens na entrevista

ESTAÇÃO	ABORDAGEM DA ENTREVISTA
1	Identificação e dados de perfil social.
2	Dados de saúde e histórico de encarceramento.
3	Nutrição e bioimpedância.
4	Aferição de Pressão arterial e antropometria.
5	Entrevista de questionário de psiquiatria (pesquisa paralela).
6	Consulta médica para demandas clínicas inespecíficas.

Foram coletados dados sobre o peso com uso de balança antropométrica (peso e altura), única para todos os pacientes. Foi calculado o IMC a partir da fórmula: IMC= Peso (kg)/Altura^2(m). Os parâmetros para caracterizar os indivíduos entre faixas de obesidade, sobrepeso, eutrofia ou baixo peso estão descritos na Tabela 3, segundo critérios das Diretrizes Brasileiras de Obesidade (2016).[28]

A coleta de material biológico transcorreu nas duas semanas seguintes às entrevistas, em dois dias selecionados pela equipe de saúde local, com apoio de técnicos de enfermagem locais voluntários. Houve orientação prévia aos participantes de jejum de 10 a 12 horas. As amostras seguiram para o laboratório, com análises custeadas com recursos da pesquisa concedidos pela Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da FMRP-USP (Processo 742/2019). A escolha do laboratório, que já exerce serviços na UP de Serra Azul, teve intuito de facilitar a atividade de coleta, transporte e checagem dos exames, além de garantir sigilo dos dados, ponto importante, dada a necessidade essencial de não identificação dos participantes e pela segurança, em virtude do contexto para a realização da pesquisa. Na sequência, nos meses de setembro a dezembro de 2019, todos que tiveram seus exames coletados, foram convidados a novo atendimento médico para checar esses exames e receber orientações individuais de saúde, registradas em prontuário em folha própria (Apêndice D)

Tabela 3 - Parâmetros para caracterizar os pacientes segundo o IMC

IMC	Classificação	Risco de Doença
<18,5	Magro ou baixo peso	Normal ou elevado
18,5-24,9	Normal ou eutrófico	Normal
25-29,9	Sobrepeso ou pré-obeso	Elevado
30-34,9	Obesidade grau I	Elevado
35-39,9	Obesidade grau II	Muito elevado
≥ 40	Obesidade grave grau III	Muitíssimo elevado

Fonte: ABESO[28]

Também foi medida a circunferência abdominal, na metade da distância entre a face inferior da última costela e a porção superior da crista ilíaca. Utilizou-se como ponto de corte para risco cardiovascular aumentado, em homens, o valor maior ou igual a 94 cm e para risco muito aumentado o valor maior ou igual a 102 cm.[28,29] Como critério de síndrome metabólica, foi considerado como referência valor acima de 102 cm.[30] A partir desses parâmetros, em associação a dados laboratoriais e de exame físico, foram classificados quanto aos componentes de síndrome metabólica. A presença de três ou mais critérios dos citados na Tabela 4 define como seu diagnóstico.[30]

Tabela 4 - Componentes de classificação para Síndrome Metabólica

Componentes	Níveis
Obesidade abdominal por meio de circunferência abdominal	>102 cm (homens)
Triglicerídeos	≥150mg/dL
HDL colesterol	<40 mg/dL (homens)
Pressão arterial	≥130 mmHg ou ≥ 85 mmHg
Glicemia de Jejum	≥110 mg/dL

Fonte: Diretriz Brasileira de Síndrome Metabólica, 2005.[30]

A PA foi aferida em cada um dos dois braços, apoiados sobre a mesa, com o paciente na posição sentada, pés apoiados no chão e pernas descruzadas, utilizando-se um aparelho digital automático com braçadeira universal (OMRON modelo HEM-713030), conferido e calibrado, em duas ocasiões diferentes: a primeira no momento da aplicação dos questionários e a segunda durante a consulta de retorno para informar os resultados dos exames. O critério utilizado para diagnóstico de HAS foi de medida de PAS (pressão arterial sistólica) ≥140 mmHg e/ou PAD (pressão arterial diastólica) ≥90 mmHg, conforme indicado pela Diretriz Brasileira de Hipertensão[31] (Tabela 5).

Tabela 5 - Classificação da pressão arterial com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	≤120	≤80 mmHg
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio I	140-159	90-99
Hipertensão estágio II	160-179	100-109
Hipertensão estágio III	≥180	≥110

Fonte: 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial[31]
PAS= Pressão arterial sistólica; **PAD=** Pressão arterial diastólica.
Hipertensão sistólica isolada se PAS ≥140mmHg e PAD <90mmHg, devendo ser classificada também quanto aos estágios 1, 2 e 3.

Dosaram-se valores laboratoriais de glicemia de jejum (GJ) e hemoglobina glicosilada (HbA1C) para investigação de pré-DM e DM. A definição de novo diagnóstico foi considerada para aqueles com resultados de GJ ≥126 mg/dL ou HbA1C ≥6,5%, ao menos em dois resultados de coletas em dias diferentes.[32] Também se considerou a avaliação de glicemia capilar ("dextro"), registrada em prontuário previamente ou de medida esporádica, ≥200mg/dL e presença de sintomas para DM, como aumento do volume urinário (poliúria) e sede intensa (polidipsia) associados à perda de peso importante (Tabela 6).[32] Caso o paciente apresentasse resultado inédito de GJ e/ou HbA1C, sem nenhuma alteração semelhante registrada em prontuário, a confirmação diagnóstica foi realizada com a repetição dos respectivos exames em outra ocasião.

Tabela 6 - Exames realizados para diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM2)

Categoria	Jejum*	HbA1C	Dextro Casual**
Glicemia normal	<100mg/dL	<5,7%	-
Pré-Diabetes	100 a 126 mg/dL	5,7% a 6,4%	-
Diabetes *mellitus*	≥126mg/dL	≥6,5%	≥ 200mg/dL ***

Fonte: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020.[32]
*O jejum é definido como a falta de ingestão calórica por no mínimo 8 h.
**Glicemia plasmática casual (qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo desde a última refeição). ***Diagnóstico com sintomas clássicos do DM.

Para investigação de DLP foram coletadas amostras hematológicas para dosagem do colesterol total (CT), HDL (*high density lipoprotein*) e triglicérides (TGL). Os valores do LDL (*low density lipoprotein*) foram contabilizados a partir da Fórmula de Cálculo de Friedewald: LDL = CT - HDL - TGL/5.[33] Segundo a Diretriz Brasileira de Dislispidemia e Prevenção de Aterosclerose[33], critérios de definição de valores alterados e metas terapêuticas de alterações lipídicas envolvem critérios de risco cardiovascular definidos para cada indivíduo, portanto valores normais para pessoas de baixo risco podem representar valores alterados para as de risco elevado. Como esse cálculo de risco não foi definido neste estudo, consideraram-se valores para diagnóstico de DLP em níveis “ótimo”, “toleráveis” ou “alto”, com base nos valores alterados para população geral ou de baixo risco (Tabela 7).

Tabela 7 - Critérios para alteração de lipídeos em exames laboratoriais

Categoria	Definição	Valores
Colesterol total (CT)	Alterado	≥200mg/dL
HDL	Alterado	<40 mg/dL
Triglicérides (TGL)	Desejável	<150 mg/dL
	Limítrofe	150-199 mg/dL
	Alto	≥200mg/dL
	Nível de Fibrato*	≥400mgd/dL
	LDL incalculável	≥500mg/dL
LDL	Ótimo	≤100mg/dL
	Desejável	100-129 mg/dL
	Limítrofe	130-159 mg/dL
	Alterado	≥160 mg/dL
	Incalculável	TGL ≥500mg/dL

HDL= *high density lipoprotein*; **LDL=** *Low density lipoprotein*; *****Medicação utilizada para hipertrigliceridemia muito elevada.[33]

3.10 Análise de dados

A análise dos dados quantitativos obtidos foi realizada, inicialmente, por meio de frequências absolutas, percentuais, tabelas de contigência e medidas de tendência central (variáveis qualitativas) e por meio de medidas como média, desvio-padrão, mínimo, mediana e máximo (variáveis quantitativas).[27] Para a correlação entre as variáveis foram utilizados Teste de Fisher, qui-quadrado ou Regressão Logística. A correlação de Kendall foi utilizada nos casos em que uma das variáveis refletiu uma ordem (como na avaliação de saúde). A associação de tabelas não quadradas foi realizada por coeficiente V de Cramer. As análises apresentadas foram realizadas com o auxílio do *software* R, versão 3.4.1 e do programa JASP versão 0.12.1. Adotou-se nível de significância de 5% para todas as comparações.

3.11 Riscos e benefícios

Para os objetivos que envolveram a coleta de dados secundários nos registros dos prontuários dos participantes alocados nas UPs, garantiu-se o sigilo dos dados de identificação, sendo mantida sua confidencialidade. Os pesquisadores reconhecem a condição de vulnerabilidade das PPL se comprometeram em cuidar e conservar os registros durante sua manipulação, realizada nos locais apropriados das instituições, evitando o risco de extravio de documentos ou de danos durante sua manipulação.

A coleta de dados primários por meio de entrevistas apresentou risco relacionado ao desconforto para responder a questionários (instrumentos de pesquisa). Como relatado anteriormente, planejou-se todo o processo previamente com a anuência e participação dos agentes de segurança penitenciária e dos profissionais de saúde atuantes nas respectivas penitenciárias, a fim de otimizar a ação e diminuir possíveis intercorrências durante a coleta.

Para a análise de medidas corporais, como peso, altura e circunferência abdominal, explicou-se sobre a possibilidade de haver um pequeno desconforto como ficar descalço para subir na balança, ficar imóvel para as medidas de peso e altura, e também ter a circunferência abdominal medida com fita métrica. Para estimar a prevalência de DM e DLP necessitou-se de procedimento invasivo, por meio da coleta de sangue periférico, que poderia ser desconfortável e haver o risco de contaminação, prevenida com o uso de luvas de látex, material descartável, descarte próprio de material contaminado em caixa de *Descarpack*®, realizada por profissionais capacitados.

Os participantes não obtiveram benefícios financeiros pela participação nesta pesquisa, mas possivelmente se beneficiaram com diagnóstico precoce e instituição de tratamento clínico adequado para as possíveis doenças encontradas. Ademais, o levantamento do perfil da PPL poderá contribuir para organizar e qualificar a assistência prestada na PI de Serra Azul.

3.12 Aspectos éticos

Este estudo faz parte de um projeto de pesquisa mais amplo denominado "Condições de saúde da Populaçao Privada de Liberdade na Penitenciária I e II de Serra Azul/SP", que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Saúde Escola da FMRP-USP (Parecer: 2.886.048), pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (Parecer: 3.095.953) e pelo CEP da Secretaria da Administração Penitenciária do Estado de São Paulo (Parecer: 3.277.832) (Anexo A). Atendimentos médicos ocorridos cerca de uma vez por semana, ao longo do processo, foram autorizados pela diretoria da UP por meio de termo de adesão a trabalho voluntário (Anexo B). Todo o processo foi orientado no sentido de garantir o sigilo dos dados coletados, e os questionários desta pesquisa estão arquivados no Departamento de Medicina Social da FMRP-USP. As análises foram realizadas de forma global, sem a identificação de nenhum paciente. Ressalta-se que a equipe de saúde da unidade UP teve acesso ao andamento do estudo, sempre que solicitado, e que serão informados sobre os resultados após a sua conclusão.

3.13 Especificidades do campo e dificuldades encontradas

Esta pesquisa contou com excelente participação dos sentenciados, não apenas em relação à aceitação da proposta acadêmica, mas sobretudo pelo envolvimento e pela boa interação com pesquisadores em todas as fases e pelo interesse dos participantes quanto aos resultados. Ponderou-se, anteriormente ao trabalho em campo, de que forma os sentenciados receberiam a proposta e se haveria número expressivo de recusas ou risco de que se sentissem pressionados por temer "faltas", caso não desejassem participar. Ao ouvirem o convite inicial para apresentação do TCLE do estudo de cunho de saúde, alguns sentenciados se ofereciam para ceder seu lugar a colegas mais necessitados de assistência médica. Esse fato evidencia a reflexão sugerida por Minayo e Constantino[22], na qual, ao mesmo tempo em que há desconfianças no ambiente prisional, as relações de solidariedade e "*camaradagem*" entre sentenciados auxiliam na sobrevivência mútua

aos que compartilham "[...] *uma existência praticamente sem individualidade e com proximidade permanente entre corpos*". Após o início das entrevistas, apenas quatro participantes desistiram, com demais perdas ocorridas por trâmites internos de transferências, trânsito, liberdade, ou falhas no processamento de dados laboratoriais com impossibilidade de nova coleta, como demonstrado na Figura 1. Apenas dois participantes não puderam ser orientados na conclusão de resultados, um deles em decorrência de internação hospitalar e outro por mudança provisória de penitenciária no período ("trânsito").

Destaca-se, também, a notória colaboração de funcionários da equipe de saúde, especialmente a enfermeira e os agentes penitenciários de saúde, além de monitores da escola e o apoio exemplar do sentenciado que trabalha na enfermaria. Esse suporte, desde a aprovação da direção da UP até a operacionalização interna, garantiu que participassem sentenciados de todos os raios e celas e se conduzissem de forma efetiva as demandas clínicas. Não houve nenhum tipo de intercorrência relacionada à segurança.

Os principais desafios envolveram, em primeiro momento, a necessidade ainda mais criteriosa de avaliação em relação aos CEP, compreensível pelo perfil de vulnerabilidade dessa população. Diante dessa realidade, foi necessário o adiamento de prazo para início da coleta de dados, a princípio previsto para 2018, mas realizado apenas em 2019. O orçamento destinou-se, principalmente, ao custeio de exames laboratoriais e também representou fator limitador à ampliação de número amostral.

Outros aspectos desafiadores de campo envolveram a logística de planejamento dos dias de coleta, em dias úteis, sujeita à disponibilidade da PI e Das rotinas de segurança, sempre respeitadas pela equipe da pesquisa. Era exigida lista de nomes e número de documentos dos participantes do dia, documentada à diretora de saúde com antecedência, a partir da qual se emitia uma autorização timbrada e assinada que permanecia na recepção da PI. Equipamentos eletrônicos são proibidos, portanto era vetado o uso de relógios e celulares, o que exigiu registro de todos os dados e de materiais didáticos (para orientação de resultados de exames, por exemplo) em meios impressos. Outros materiais essenciais, como esfigmomanômetro, estetoscópio, antropômetro ou outros itens necessários à coleta

de dados eram registrados na entrada e na saída na recepção. Havia acesso à internet por meio de computador da UP e na enfermaria, utilizado apenas para checagem de protocolos e tomada de decisão terapêutica eventual. Ocasionalmente, era exigida que membros da equipe passassem pelo *scanner* humano, como protocolo de segurança.

Demais desafios envolveram a organização de pessoal, material e logística das estações de coleta de dados e exames (Fase 1) e a garantia de que todos recebessem orientações sobre resultados e condutas médicas ou nutricionais (Fase 2). O preparo do espaço da escola para coleta em mutirão era solicitado pela equipe de saúde, junto a de segurança, e preparada com antecedência, com apoio de sentenciados que trabalham na escola ou enfermaria. Outro grande desafio consistia em resguardar a privacidade do paciente durante os atendimentos, devido a necessidade do compartilhamento de espaço com outros sentenciados e agentes penitenciários. Na tentativa de se amenizarem tais questões, foram organizadas áreas mais restritas para exame físico, com biombo e maca. Os horários de término das atividades eram seguidos com rigor, pois estavam sujeitos a rotinas internas de mudanças de equipes e permissão de uso da área escolar. Ao final de cada dia de coleta, os questionários eram armazenados em envelopes e sempre recolhidos pelos responsáveis pela pesquisa, portanto não permaneciam na UP.

4. *Resultados*

Foram analisados os dados de 202 participantes, de forma homogênea, para cada um dos oito raios da PI e para cada uma das oito celas dentro dos raios (Tabela 8). Não se observou padrão de maior recusa ou desistência para algum raio específico (Figura 2). Segundo relato de equipe de saúde local, o número de detentos por cela, raio e na PI, em geral, é flutuante e influenciado pelas taxas de detenção, liberdade, transferências e "trânsitos". A porcentagem de ocupação de sentenciados na época do cálculo amostral (1943) e atual (ano 2020) correspondeu a mais que o dobro da capacidade de vagas na PI, evidenciando, portanto, a superlotação (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição de participantes de acordo com raio e cela e taxa de ocupação geral, Ribeirão Preto, 2020

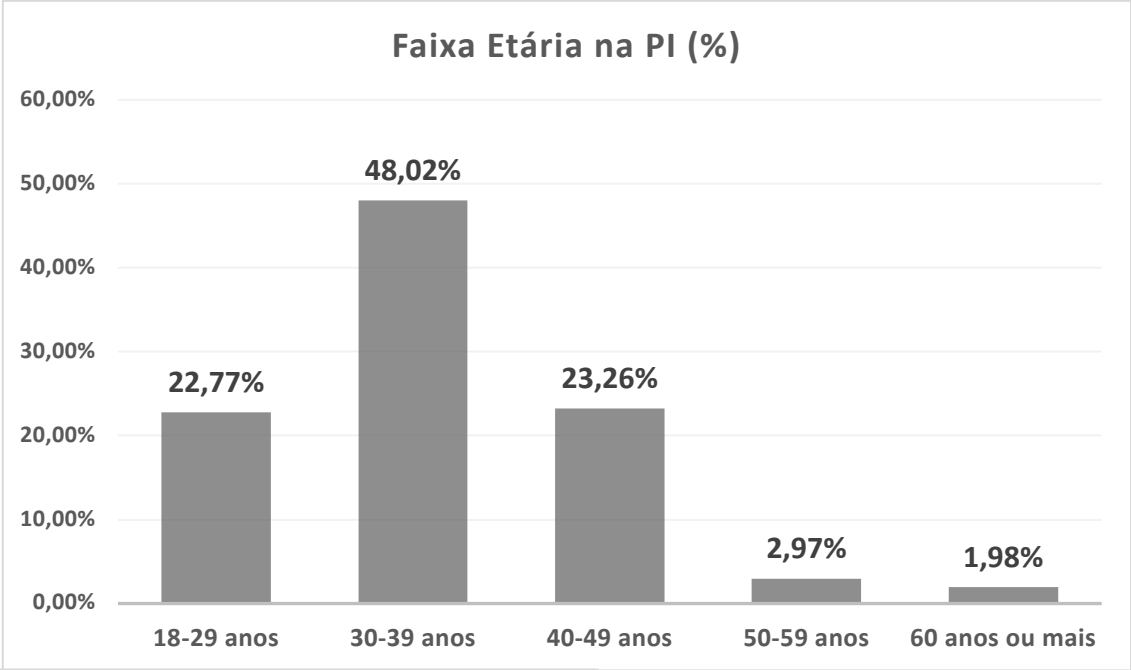
Localização		n / N (202)	Percentual (%)
Raio	(1)	28	13,86
	(2)	26	12,87
	(3)	25	12,38
	(4)	24	11,88
	(5)	24	11,88
	(6)	25	12,38
	(7)	24	11,88
	(8)	26	12,87
Cela	(1)	24	11,88
	(2)	22	10,89
	(3)	24	11,88
	(4)	25	12,38
	(5)	31	15,35
	(6)	25	12,38
	(7)	22	10,89
	(8)	29	14,36
Vagas na PI	-	853	-
Ocupação geral	-	1943/853	227,8% (ano 2017)
		1799/853	210,9% (ano 2020)

Os demais resultados serão apresentados em tópicos na sequência de abordagem a saber: perfil sociodemográfico das PPL, condições de vida no cárcere e história de encarceramento, hábitos de vida (alimentação, atividade física, tabagismo, etilismo e consumo drogas), avaliação de saúde e prevalência de DCNT.

4.1 Descrição do perfil sociodemográfico das PPL

Há prevalência na PI de perfil de indivíduo jovem, de 18 a 39 anos, na maioria dos entrevistados, com cerca de metade na faixa etária de 30-39 anos (Figura 4). A média de idade é de 36,48 anos, mediana de 35,38 anos, mínima relatada de 21 anos e máxima relatada de 64 anos, com desvio padrão de 8,05. Menos de 2% são idosos com 60 anos ou mais. Declararam-se de cor preta ou pardos mais da metade, enquanto brancos somaram cerca de um terço da amostra. Quanto ao estado conjugal, a maioria (52,5%) é solteira, ou em união estável (30,7%). A naturalidade relatada predominou para o Estado de São Paulo, seguida por Minas Gerais (4,46%) e pequenas quantidades para outros estados (<2%) (Tabela 9). Afirmaram possuir alguma religião 85,64% dos participantes, com predomínio de religiões cristãs, católica ou evangélica; dentre esses, mais da metade se declararam atuantes e próximos aos seus respectivos credos (praticantes). Classificaram-se como “Deísmo” aqueles que indicaram viver sua espiritualidade com a crença em Deus, mas sem vivência relacionada a uma religião específica (Tabela 9).

Figura 4 - Gráficos de variação de faixa etária de sentenciados na PI. Ribeirão Preto, 2020



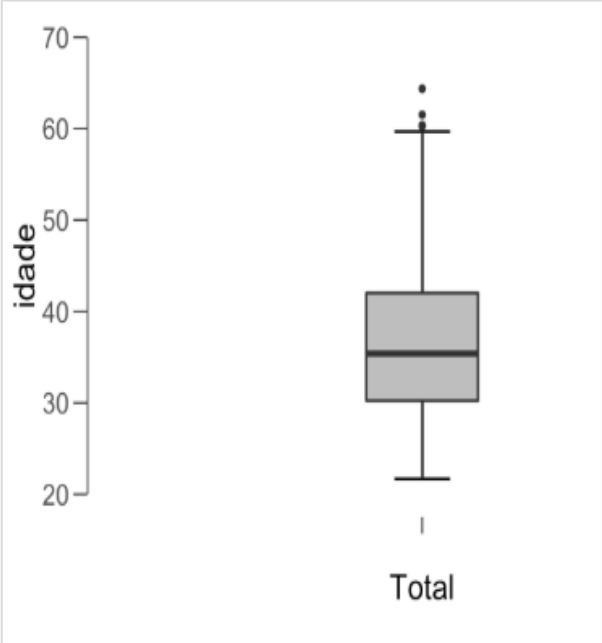
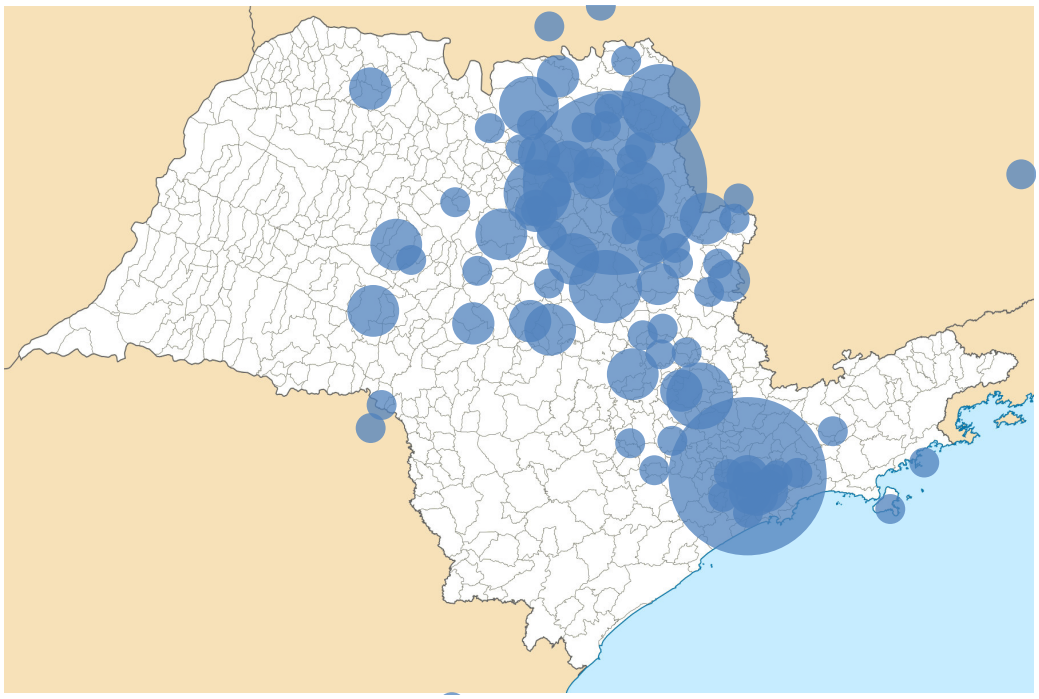


Tabela 9 - Dados do perfil social das PPL. Ribeirão Preto, 2020

	Tópico	n / N (202)	Percentual (%)	IC 95%
	18-29 anos	46	22,77	17,2 - 29,2
	30-39 anos	**97**	**48,02**	**41,0-55,1**
	40-49 anos	47	23,26	17,6-29,7
Idade	50-59 anos	6	2,970	1,10-6,40
	60 anos ou mais	4	1,980	0,5-5,0
	18-39 anos	**143**	**70,79**	**-**
	40-59 anos	55	27,23	-
	Solteiro	**106**	**52,5**	**45,3-59,5**
	Casado	26	12,9	8,6-18,3
Estado civil	União Estável	62	30,7	24,4-37,6
	Separado/ divorciado	7	3,50	1,4-7,0
	Viúvo	1	0,50	-4 a 2,7
	SIM	**173**	**85,64**	**79,5-89,8**
	NÃO	29	14,36	10,0 -20,5
	Praticantes declarados	100	59,5	51,7-67,0
	Católica	**78**	**45,09**	**38,1-53,4**
	Evangélica	**77**	**44,51**	**36,4-51,7**
	Espírita	6	3,47	1,3-7,4
	Umbanda	3	1,73	0,4-5,0
Religião	Adventista	1	0,58	-4,0- 3,2
	Deísmo	8	4,62	2,0-8,9
	Crença aumentou	**96**	**52,7**	45,2-60,2
	Crença diminuiu	18	9,9	6,0-15,2
	Não modificou	68	37,4	30,3-44,8
	Mudou de religião	12	1,21	-
	Converteu-se na prisão	8	0,67	0,34-0,90
	Branco	71	35,15	28,6-42,2
Cor declarada	Preto	21	10,4	6,6-15,5
	Pardo	**109**	**53,96**	**46,8-61,0**
	Amarelo	1	0,5	-4 a 2,7
	SUDESTE	**184**	**91,09**	**-**
	São Paulo	**174**	**86,14**	**-**
Região / Estado	Minas Gerais	9	4,46	-
de Nascimento	Rio de Janeiro	1	0,5	-
	NORDESTE	13	6,44	-
	SUL	4	1,98	-
	CENTRO-OESTE	1	0,5	-

A naturalidade relatada predominou para o Estado de São Paulo, seguida por Minas Gerais (4,46%) e pequenas quantidades para outros estados (<2%) (Tabela 9). Questionou-se, ainda, a cidade de procedência ao ser preso, a fim de compreender a dispersão dos sentenciados referenciados para a PI, em Serra Azul, cujo aspecto aparenta predominar na macrorregião de Ribeirão Preto (38 pessoas), de São Paulo capital (28 pessoas) e diversas cidades, principalmente a nordeste e sudeste do estado (Figura 5).

Figura 5 - Mapa de dispersão no Estado de São Paulo a partir das cidades de procedência (antes da prisão atual), com predominância de nordeste e sudeste do estado e macrorregiões de Ribeirão Preto e São Paulo. Ribeirão Preto, 2020



Quanto à escolaridade, predomina em mais da metade da amostra grau de instrução de Ensino Fundamental Incompleto (menor que o nono ano escolar), seguido por Ensino Médio Completo ou Incompleto. Ensino Superior Completo ou Incompleto compreendem as menores taxas proporcionais. Quanto à ocupação laboral prévia à prisão, houve predominância de empregados em mais de 70%, porém menos de 40% com carteira de trabalho assinada (trabalho formal). Declararam já ter realizado algum curso técnico cerca de 40% dos sentenciados, dentre esses, cerca de metade relatou ter ocorrido dentro do Sistema Prisional (Tabela 10). As principais ocupações prévias à reclusão englobavam atividades de serviços, comércio, meio rural ou indústria, de caráter mais informal; dentre as quais, as principais descritas: “serviços gerais”, “comerciante”, “servente em construção civil”, “agricultor” e “pintor” (Figura 6).

Dentre as principais ocupações relatadas na prisão, dos 51 detentos que trabalham, destacaram-se cinco: “cozinheiro”, “artesanato”, “fábrica de prendedor”, “faxineiro” e “fábrica de *jeans*”. Outras citadas envolviam funções como almoxarifado, manutenção, cuidador de idoso, barbeiro, apoio judiciário ou de saúde no pavilhão, “faxina” (cargo de liderança nos raios), cuidados com copa, enfermaria, canil, professor, monitoria de programas vinculados à escola e confecção de brinquedos.

Figura 6 - Principais profissões relatadas antes da prisão atual. Ribeirão Preto, 2020

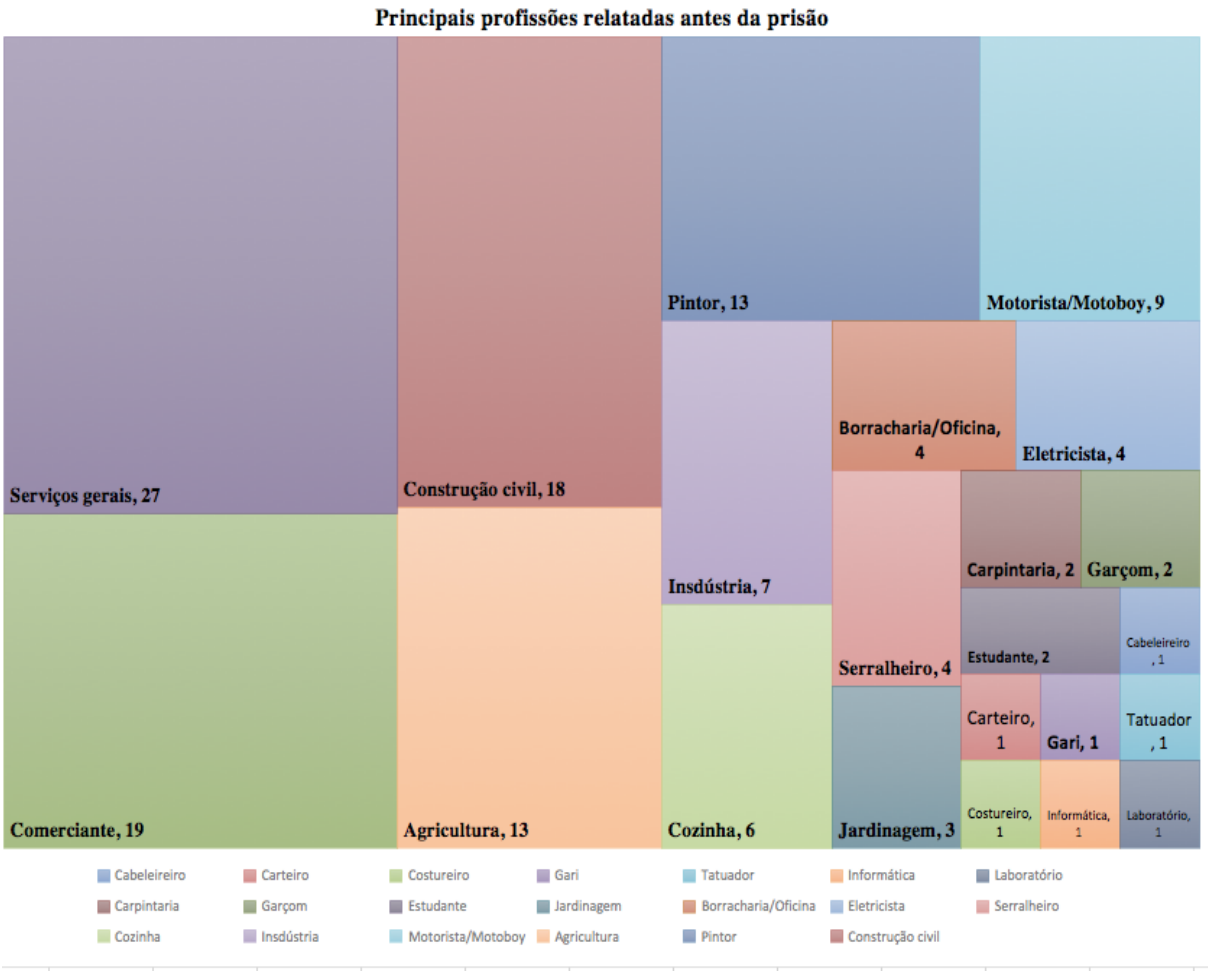


Tabela 10 - Grau de instrução e perfil ocupacional. Ribeirão Preto, 2020

	Tópico	n / N (202)	Percentual (%)
Grau de Instrução (Ensino)	**Fundamental Incompleto**	**115**	**56,93**
	Fundamental Completo	19	9,41
	Médio Incompleto	30	14,85
	Médio Completo	33	16,34
	Superior Incompleto	4	1,98
	Superior Completo	1	0,5
	Nunca estudou	0	0
	Pós-graduação	0	0
Sabe ler/escrever	SIM	**177**	**87,62**
	NÃO (Analfabetismo)	25	12,38
Ocupação prévia	SIM	**144**	**71,29**
	NÃO	58	28,71
Assinada carteira (*Missing* = 60)	SIM	54	38,03
	NÃO	**88**	**61,97**
Curso técnico	SIM	85	42,08
	NÃO	**117**	**57,92**
Curso técnico na prisão (*Missing* = 119)	SIM	42	50,6
	NÃO	41	49,4
Trabalha na prisão	SIM	**51**	**25,25**
	NÃO	151	74,25
Frequenta escola na prisão	SIM	20	9,9
	NÃO	**182**	**90,1**

4.2 Avaliação de história de encarceramento

Informações sobre o motivo individual do encarceramento não foram computados nesta pesquisa, sendo considerado apenas o perfil geral da penitenciária, citado como “crimes gerais”. Uma expressiva parcela de mais de 80% relatou já ser reincidente em detenção, principalmente os que relataram três passagens por penitenciária (25,87%). A média de pena total atingiu 15 anos, e a média de pena cumprida foi de 44,3%, para cada indivíduo do grupo entrevistado, com predomínio de pessoas em metade inicial de pena total (Figura 7). Cada preso é transferido de UP, em média, ao menos duas vezes durante a detenção (Tabela 11). Observa-se rede de UPs interligadas em praticamente todo o estado, principalmente nas Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) número 1 (São Paulo), 6 (Bauru) 9 (Marília), 13 (Ribeirão Preto) e 16 (Campinas) (Figura 8).

Tabela 11 - Dados sobre o histórico de encarceramento. Ribeirão Preto, 2020

		n / N (202)	(%)
	Primário	32	15,9
Histórico de prisão	**Reincidente**	**170**	**84,1**
	Primário	32	15,92
	Duas	32	15,92
	Três	**52**	**25,87**
Quantas vezes preso	Quatro	40	19,9
	Cinco	22	10,95
	Seis	10	4,98
	>Seis	13	6,5
	Média	15,03	-
	Desvio Padrão	12.07	-
Pena total (anos)	Mínimo	1	-
Missing= 4	Mediana	11	-
	Máxima	79	-
	Média	44,3	-
Pena cumprida(%) (individual)	Desvio padrão	23,4	-
Missing= 4	Mínimo	-	5
	Máximo	-	97
	Média	2,6	-
Transferências (número de vezes)	Desvio padrão	2,8	-
Missing= 9	Mínimo	1	-
	Máximo	30	-

Figura 7 - Gráfico de distribuição do número de sentenciados para cada faixa de porcentagem de pena individual cumprida. Linha ao centro em vermelho destaca o cumprimento de 50% da pena

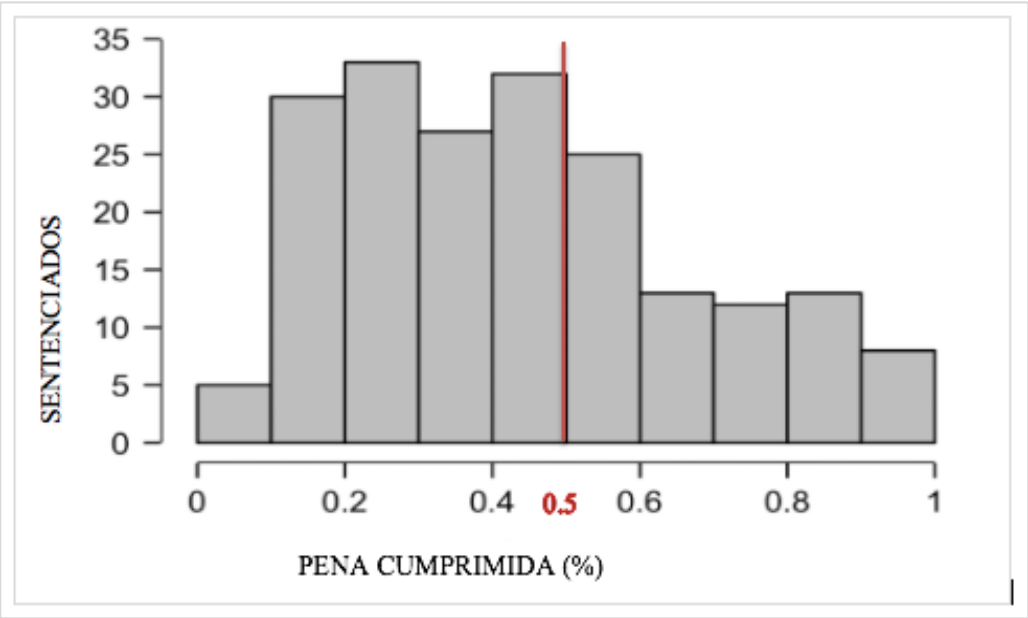
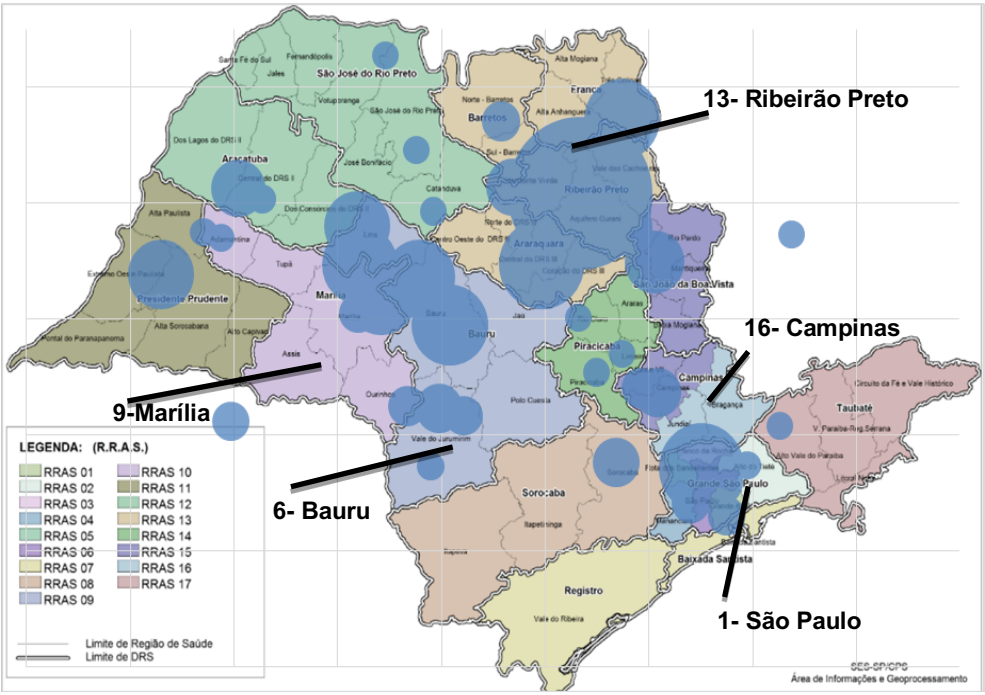


Figura 8 - Dispersão de transferências relatadas para Unidades Prisionais por Redes Regionais de Saúde (últimas três transferências para qualquer unidade: provisória, penitenciária, ou progressão de pena - semiaberto)



Fonte: Adaptado mapa de RRAS (São Paulo, 2012) (Ribeirão Preto, 2020).

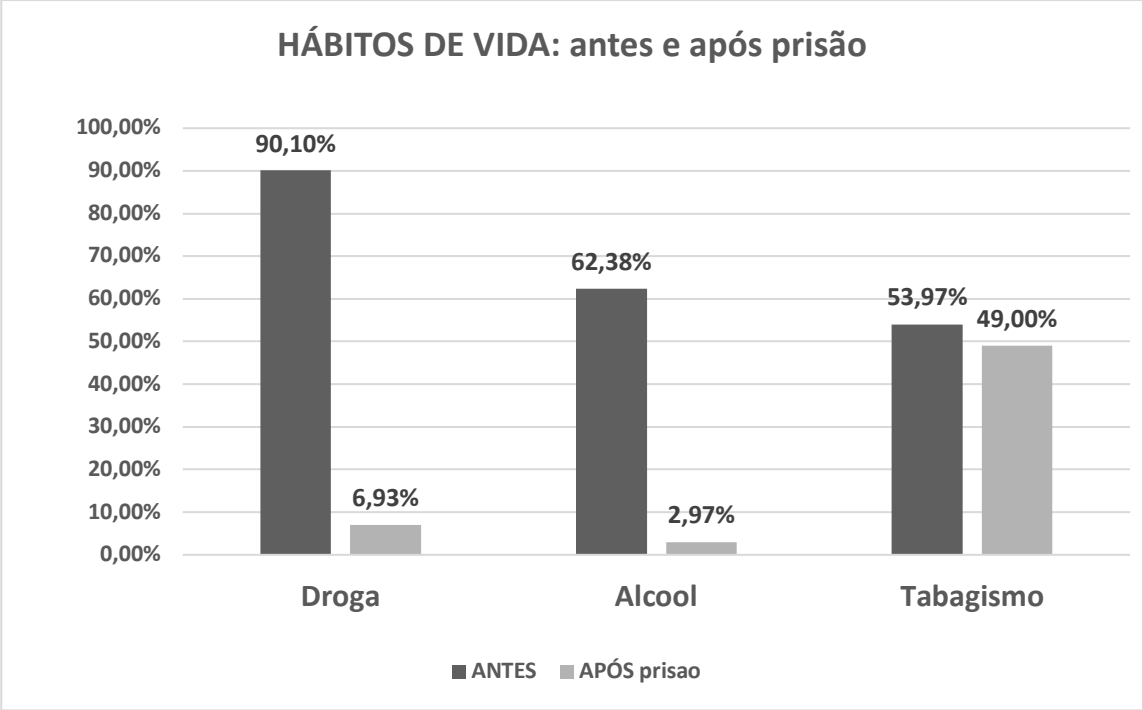
4.3 Hábitos de vida: prática de atividade física e alimentação

A respeito de hábitos alimentares, questionou-se sobre o consumo de verduras, legumes ou frutas “todos os dias” ou “não todos os dias”. A maior parte relatou dificuldade de acesso a esse perfil de alimentos, com uso esporádico. Apenas 11,9% (n=24) (IC95% 7,8% a 17,2%) dos entrevistados responderam que consomem esses alimentos diariamente. Outro hábito de vida abordado foi a frequência de atividade física, considerado como meta o índice mínimo ideal de 150 minutos por semana, preconizado pela OMS[34], sendo que a maioria dos entrevistados foi classificada como sedentária (70,30%). Os principais exercícios físicos citados envolveram: futebol, corrida e “física” (atividades de musculação). Em análises de regressão logística sobre prática física não se demonstrou associação com autoavaliação de saúde (p=0,659), variação de peso na prisão (p=0,331), depressão (p=0,073) ou HAS (p=0,092). Em contrapartida, estar ativo sugere associação de proteção sobre ansiedade autorrelatada (p=0,040) (odds ratio - OR=0,210; IC95% 0,048 a 0,930) e sobre o tabagismo na prisão (p=0,004) (OR=0,399; IC95% 0,212 a 0,749).

4.4 Hábitos de vida: tabagismo, álcool e drogas

Abordou-se o tabagismo quanto ao hábito atual (na PI) e prévio à reclusão, tipo e quantidade de cigarros por dia e idade de início. Os dados gerais obtidos sobre o hábito de fumar (atuais, na PI) apresentaram-se bastante equilibrados, praticamente metade para cada grupo de fumantes e não-fumantes. Houve redução discreta (≅ 4%) quanto à proporção de tabagismo prévio à prisão e tabagismo atual, com associação esperada entre os hábitos em análise de tabela de contigência (p<0,001) (Figura 9 e Tabela 12).

Figura 9 - Hábitos de vida antes e após a prisão. Ribeirão Preto, 2020



Também foi questionado o tipo de cigarro utilizado na PI, com "cigarro de palha" isolado, predominante entre as respostas em quase 70%, e cigarro com filtro, isoladamente, com cerca de um quinto das respostas. A média de consumo de tabaco (indiscriminado para o tipo), dentro da penitenciária, foi de 11,70 cigarros/dia, valor mínimo de um cigarro/dia ao máximo de 60 cigarros/dia, mediana de 10 e desvio padrão de 9,59. Tem-se próximo de um quarto dos sentenciados fumantes de um maço ao dia ou mais (considerou-se o valor estimado de 20 cigarros para um maço). A idade de início do tabagismo, dentre 109 sentenciados que responderam essa questão, mostrou predominância de 86,23% abaixo de 18 anos de idade, com média de14,63 anos e mediana de 14 anos (Tabela 12). Destaca-se que 33,02% relataram iniciar fumo frequente com 12 anos ou menos. Há fumantes em todas as celas (um a oito) e em todos os raios (um a oito), com proporção variando de 32,1% a 40% em cada um dos raios (um a quatro), até as maiores porcentagens de 58,33% a 66,67% nos raios cinco a oito (Figuras 10 e 11).

Tabela 12 - Consumo de substâncias e tabagismo prévio à prisão *versus* atual

Hábitos de Vida	PRISÃO ATUAL			PRÉVIO À PRISÃO			
	n /(N= 202)		(%)	n	(%)	p*	IC 95%
Drogas ilícitas	**(Geral)**	14	6,93	182	90,1	0,199	-1,595 a 4,117
Atv. Física (PI)	-	60	29,70%	-	-	-	-
Álcool	-	6	2,97	126	62,38	0,292	-1,057 a 3,276
Tabagismo	**-**	99	49,01	109	53,96	< 0,001	1,140-2,359
Tipo de cigarro (*Missing*= 103)	Palha	67	67,68	-	-	-	-
	Filtro	20	20,2	-	-	-	-
	Ambos	12	12,12	-	-	-	-
Idade de início do fumo (n=109)	**Média (anos)**	**Desvio padrão**	**Mínimo (anos)**	**Máximo (anos)**	**Mediana**		
	14,63	3,62	9	30	14	-	-
Cigarros(dia)	**Média**	**Desvio Padrão**	**Mínimo (anos)**	**Máximo (anos)**	**Mediana**		
	11,65	9,59	1	60	10	-	-

*Análise de Tabelas de Contigência e Qui-quadrado.

Figura 10 - Proporção de tabagistas e não tabagistas por celas de 1 a 8. Ribeirão Preto, 2020

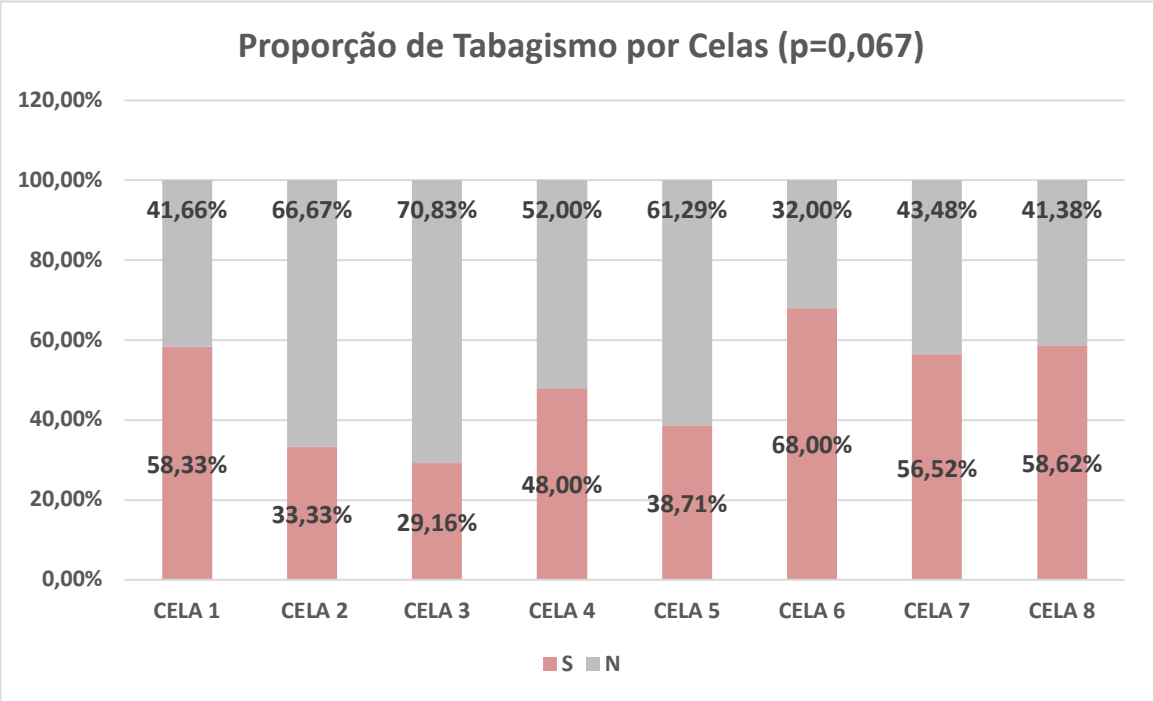
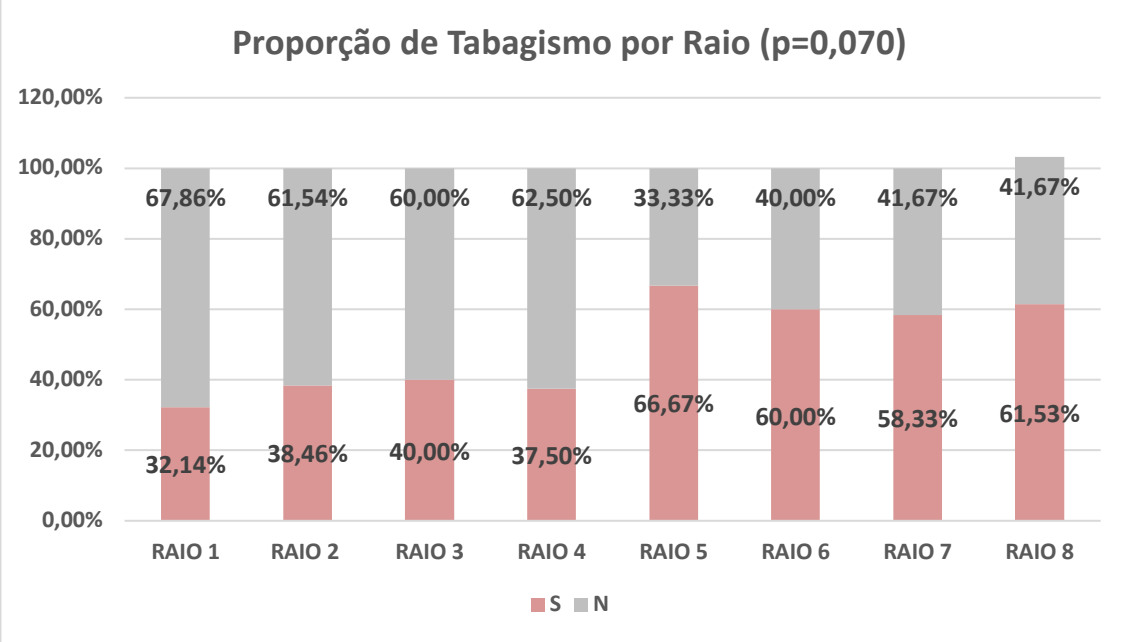


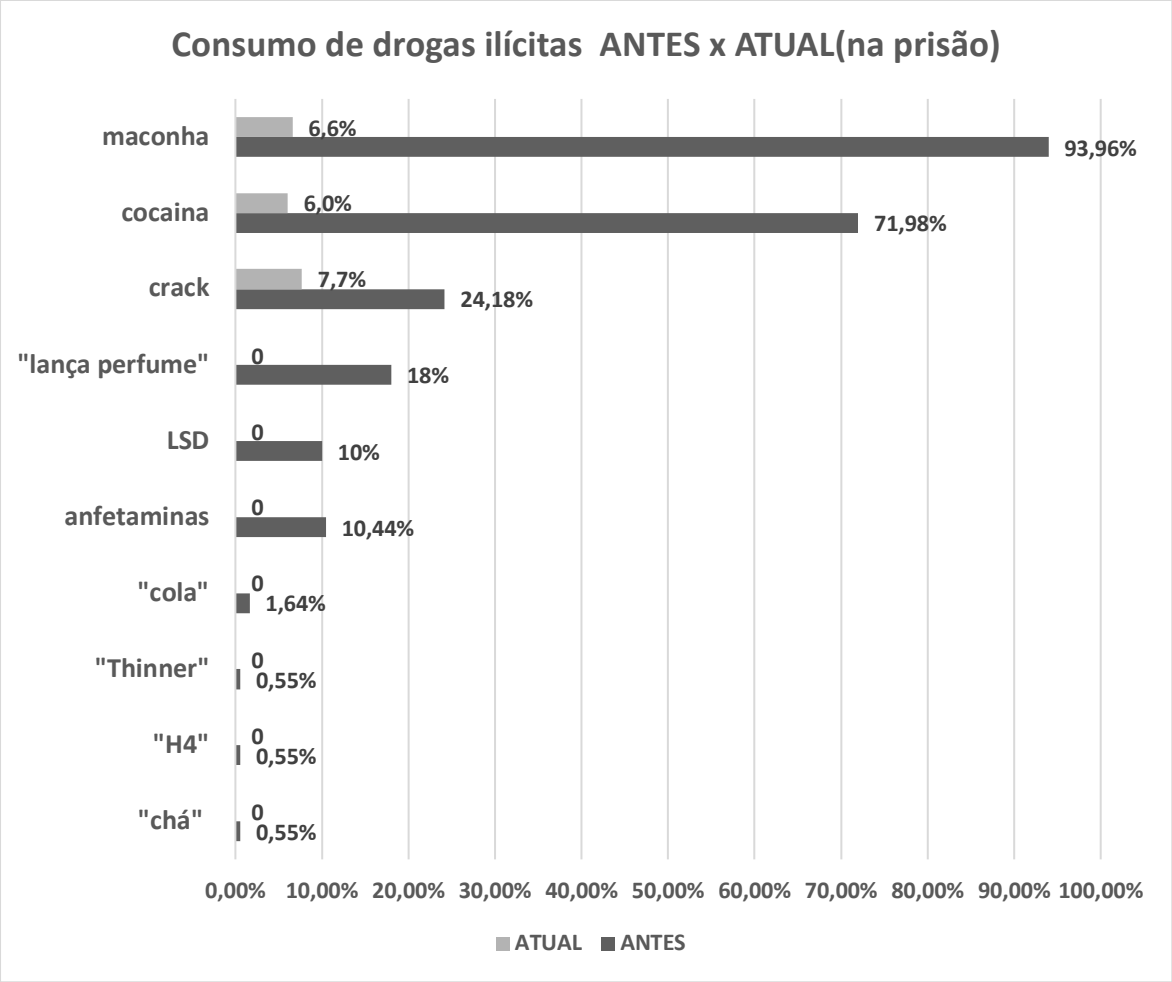
Figura 11 - Proporção de tabagistas e não tabagistas nos raios de 1 a 8. Ribeirão Preto, 2020



Em análises de regressão logística, a populaçao mais jovem (18 a 33 anos) apresentou maior risco para tabagismo (p=0,037) (OR=1,8; IC 95% 1,036 a 3,197), associação não encontrada para faixa etária de 34 a 49 anos ou 50 a 65 anos.

O consumo de álcool prévio à prisão era habitual para 62,38% dos entrevistados, ao contrário da minoria que relatou consumir algum tipo de álcool, mesmo de destilação artesanal, após entrada no sistema prisional para a pena vigente (IC 95% -1,057 a 3,276) (Figura 9). Alegaram consumo de drogas ilícitas, prévio à reclusão, 90,1% dos sentenciados, principalmente maconha, cocaína e crack (Figura 12). Substâncias ilícitas menos citadas foram classificadas como “outros”, por exemplo “LSD”, “lança-perfume”, “cola”, “thinner”, “H4” ou “chá”. Após a prisão, o consumo geral relatado caiu de forma expressiva para 6,93% (IC 95% -1,595 a 4,117) (Tabela 12). Da mesma forma que o tabagismo, os jovens (18 a 33 anos) apresentaram maior risco de uso de drogas prévio à prisão (p=0,042) (OR=3,354) (IC95% 1,079 a 10,420), ao contrário que idade avançada (50 a 65 anos), cuja tendência foi protetiva (p<0,001) (OR= 0,042) (IC 95% 0,011 a 0,161).

Figura 12 - Drogas Ilícitas antes e atual (PI) prisão Ribeirao Preto, 2020.



4.5 Condições de saúde

Como forma de compreender melhor a autoavaliação de saúde dos sentenciados, propôs-se uma escala de gradação de “muito ruim”, “ruim”, “regular”, “boa” e “muito boa”. As respostas predominantes indicaram como “boa” (50%) ou “regular” (30,2%). Apenas 14,9% referiram a saúde como “muito boa”, apenas 4,0% como “ruim” e 0,1% como “muito ruim”. Declararam já terem sido atendidos pelo serviço de saúde da PI, ao menos em uma ocasião, 58,41% dos entrevistados. O grau de autoavaliação de saúde predominante nas repostas “bom” e “regular”, como citados nos resultados, não representou associação com estado conjugal (p=0,974), localização do raio (p=0,696), primário ou reincidente (p=0,323), quantidade de

vezes preso (p=0,85 / Tau de Kendall = 0,01) ou pena total (p=0,07 / Tau de Kendall= 0,10), trabalho na prisão (p=0,722), atendimento de saúde na penitenciária prévio (p=0,172), ou quantidade de transferências de penitenciária (p=0,698). Também não se observou relação com consumo de drogas prévio (p=0,318), álcool prévio (p=0,996), história de depressão relatada (p=0,172), atividade física na PI (p=0,758) ou religião (p= 0,737).

Houve tendência de melhor avaliação de saúde com o menor grau de instrução (p=0,002) (IC 95% -0,219 a -0,050) (OR=0,70). Como essa associação envolve variáveis sequenciais (grau de instrução), com ordem de intensidade (avaliação de saúde), utilizou-se o teste V de Cramer (0,197), indicando que houve associação, porém fraca (resultado de Cramer varia de zero a um, sendo que valor próximo a zero representa ausência de associação e valor próximo a 1 representa associação muito forte).[35] Em regressão logística, pessoas que avaliaram a saúde como "muito boa" mostraram menor risco de apresentar ansiedade (p<0,001) (OR=0,071) (IC 95% 0,017 a 0,300).

4.6 Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)

4.6.1 Hipertensão arterial sistêmica (HAS)

No início da pesquisa, no histórico patológico, eram sabidamente hipertensos 11,39% (n=23/N=202) dos entrevistados. A primeira aferição de PA dos participantes mostrou PA normal 24,75% dos participantes e 35,65% com valores iguais ou acima de 140 x 90mmHg em qualquer medida (membro superior esquerdo ou direito), a maioria com patamar de estágio em valores de pré-HAS (39,6%) (IC 95% 30,74 a 48,47), seguido por estágio I (27,23%), estágio II (4,95%) e estágio III (3,47%). Com objetivo de confirmação de valores previamente alterados e novos diagnósticos de HAS, realizou-se a segunda aferição de PA, em segunda ocasião da etapa da pesquisa, conforme orientado pela Diretriz Brasileira de HAS.[31] Nessa segunda etapa, observou-se aumento de resultados normais (37%) e de pré-HAS (45%), ao contrário dos valores compatíveis com estágio de HAS (estágio I, II ou III), que diminuíram. Essa sequência de aferições está ilustrada na Figura 13. Após ambas

as etapas de medidas de PA, obteve-se prevalência total de 24,8% para HAS, na qual 13,4% representaram novos diagnósticos. O aumento percentual de diagnósticos mais que dobrou em comparação ao relatado no histórico patológico (aumento de 117% do valor inicial de prevalência de HAS). Entre esses novos diagnósticos, predominou a classificação pressórica estágio 1 em mais da metade, seguida por estágios 2 e 3 (Tabela 13). Todos foram avaliados por equipe médica e manejados de acordo com a conduta clínica individualizada. Além das medidas de PA em ambos os braços em duas ocasiões, utilizou-se como critério definidor a medida ocasional de PA ("curva pressórica") para concluir o diagnóstico em seis sentenciados. Essas medidas foram realizadas por equipe da enfermaria da PI com o mesmo aparelho utilizado na pesquisa, sendo orientada quanto à técnica adequada.

Figura 13 - Diferenças nas porcentagens de aferições de pressão arterial isolada quanto à classificação de níveis pressóricos (categorias relativas às faixas de valores de classificação de PA, mas sem significar diagnóstico final)

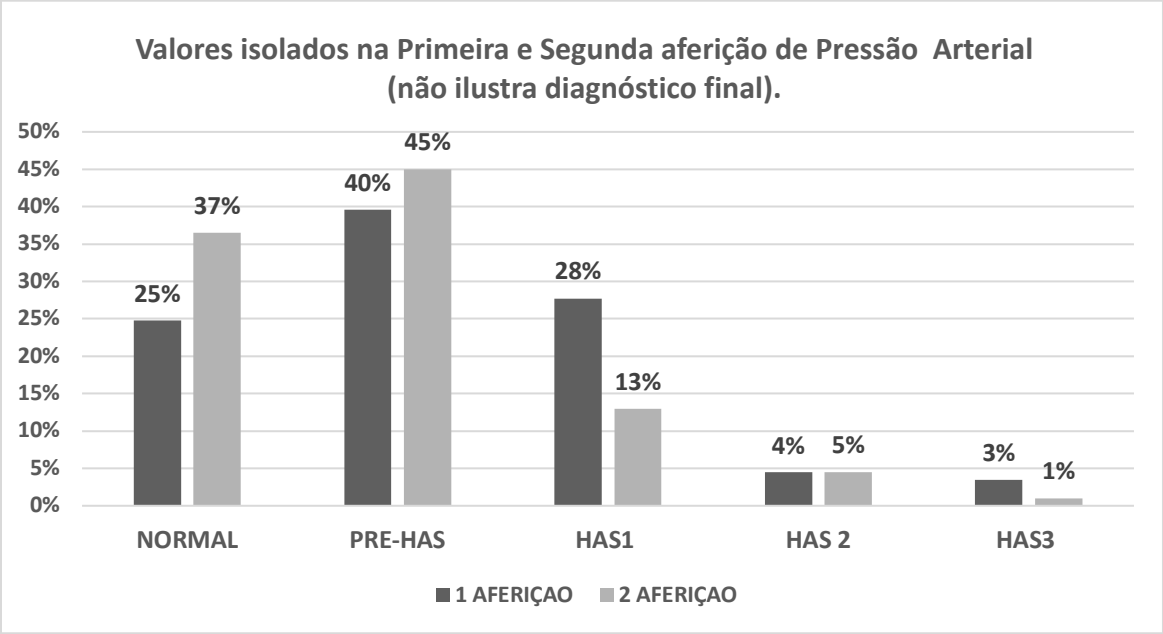


Tabela 13 - Prevalência sobre hipertensão arterial sistêmica nas PPL de Serra Azul, 2020

Variável avaliada		n / N= 202	(%)	IC 95%
	Histórico Familiar -HAS			
	Parentes 1º grau (pais, irmãos, filhos)	96	47,52	40,50-54,70
	Parentes 2º grau (tios, primos, avós)	43	21,28	15,90-27,60
	Histórico patológico - HAS			
	SIM	23	11,39	7,40-16,60
	NÃO	179	88,61	83,40- 92,60
	Diagnóstico final de HAS			
	SIM	50	24,80	19,0-31,3
HIPERTENSÃO ARTERIAL (HAS)	NÃO	152	75,20	68,70-80,1
	Normal	50	24,75	16,93 - 32,57
	Novos diagnósticos de HAS (classificação)	27	13,4	9,00-18,0
	Estágio 1	15	7,4%(N) 55,6%(n=27)	4,20-12,0
	Estágio 2	8	4%(N) 29,6% (n=27)	1,7-7,7
	Estágio 3	4	2% (N) 14,8%(n=27)	0,5-5,0
	Aumento (%) de diagnósticos	+117%		

A história familiar dobrou o risco de se desenvolver HAS, porém apenas para parentes de primeiro grau (pais, irmãos ou filhos) (p=0,020) (OR=2,150; IC95% 1,127 a 4,10). Em análises bivariantes, as faixas etárias de 40-49 anos, 50-59 anos e 50-65 anos apresentaram risco maior associado à HAS, enquanto participantes com idades entre 18-33 anos e 18-29 anos demonstraram fator de proteção (Tabela 14). Foram utilizados como base de referência para definir diferentes intervalos de idade dois estudos semelhantes sobre doenças crônicas e fatores de risco.[20,26] Houve também maior risco de HAS relacionado à obesidade, circunferência abdominal muito aumentada (≥102 cm). Em análise comparativa de sentenciados que afirmaram uso de drogas prévio à prisão (indiscriminado o tipo), observou-se relação de proteção para HAS (total obtida) (p=0,037) (OR=0,355 IC95% 0,138 a 0,916). Outra associação pouco esperada ocorreu em relação uso de tabagismo na prisão e HAS (p=0,034) (OR -0,493; IC 95% 0,255 a 0,954), também indicando maior proteção de risco. Devido a prevalência de uso de drogas prévio para quase

totalidade dos entrevistados (90,1%), essa variável foi omitida das tabelas de associação (Tabela 14 e Tabela 17), dado o viés que se tornar uma varável praticamente constante, portanto de baixa confiabilidade. Não se observou associação com uso atual de drogas, uso prévio apenas de cocaína, atividade física ou consumo de verduras ou legumes na prisão (Tabela 14).

Tabela 14 - Análise bivariante dos fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis. Ribeirão Preto, 2020

	Dislipidemia			Hipertensão arterial			Síndrome metabólica		
	p	O.R	IC 95%	p	O.R	IC 95%	p	O.R	IC 95%
Idade anos (n)									
18-29a (46)	**0,019**	**0,447**	**0,228 a 0,876**	0,017	0,301	-1,112 a 0,810	0,908	1,053	0,908 a 0,441
30-39a (97)	0,960	1,014	0,583 a 1,766	0,052	0,520	0,269 a 1,005	0,618	0,828	-0,618 a 0,394
40-49a (47)	**0,034**	**2,117**	**1,057 a 4,196**	**0,005**	**2,714**	**1,344 a 5,483**	0,685	0,830	0,336 a 2,049
50-59a (6)	0,824	0,832	0,164 a 4,223	**0,011**	**16,778**	**1,911 a 147,339**	**0,046**	**5,323**	**1,027 a 27,594**
≥60a (4)	0,421	2,551	0,261a 24,953	0,991	1,014	0,103 a 9,970	0,990	3,082e-7	0,000 a ∞
18-33a (87)	**<0,001**	**0,302**	**0,169 a 0,540**	**0,015**	**0,421**	**0,210 a 0,843**	0,317	0,676	0,314 a 1,415
34-49a (101)	**<0,001**	**3,155**	**1,771 a 5,621**	0,194	1,534	-0,805 a 2,926	1,000	1,000	0,478 a 2,090
50-65ª (11)	0,532	1,492	0,424 a 5,276	**0,027**	**4,009**	**1,168 a 13,763**	0,088	3,067	0,845 a 11,127
Sobrepeso	**0,046**	**1,825**	**1,010 a 3,295**	0,459	1,282	0,664 a 2,475	0,729	1,144	0,534 a 2,447
Obesidade	**<0,001**	**8,279**	**2,405 a 28,502**	**0,013**	**2,884**	**1,245 a 6,680**	0,801	1,144	0,401 a 3,268
C. Abd alt*	**0,035**	**2,667**	**1,073 a 6,629**	0,105	2,036	0,863 a 4,805	0,811	1,136	0,398 a 3,246
C. Abd alt**	**<0,001**	**10,016**	**2,934 a 34,198**	**0,047**	**2,270**	**1,011 a 5,100**	0,899	0,935	0,331 a 2,638
Tabagismo	0,555	0,283	0,679 a 2,057	**0,034**	**0,493**	**0,255 a 0,954**	0,036	0,435	0,199 a 0,948
Cocaína antes	0,859	0,943	0,492 a 1,805	0,172	1,810	0,772 a 4,241	0,062	0,452	0,197 a 1,039
Cocaína atual	0,923	1,143	0,077 a 16,947	0,996	2,306e-8	-4,273 a 2,155	-	-	-
Atv física	**0,040**	**0,528**	**0,287 a 0,972**	0,092	0,896	0,442 a 1,819	0,112	1,857	0,866 a 3,980
Verdura/fruta	0,081	2,186	0,909 a 5,260	0,594	0,774	0,301 a 1,990	0,578	0,740	0,256 a 2,140
Atendido -PI	0,223	0,703	0,400 a 1,239	0,058	1,940	0,979 a 3,844	0,118	1,889	0,851 a 4,197

*Circunferência abdominal elevada (94-101 cm); **Circunferência abdominal muito elevada (≥102 cm) (Teste Exato de Fisher)

4.6.2 Obesidade, circunferência abdominal e alteração lipídica

Quanto à avalição do IMC, destaca-se que metade da amostra se apresentou eutrófica e metade com alterações de peso: sobrepeso (35,64%) ou obesidade (13,37%). Na classificação de obesidade, a categoria grau I é mais prevalente (Tabela 15 e Figura 14). Para valores de circunferência abdominal relacionados a aumento do risco cardiovascular geral[28,29], obteve-se resultado semelhante em torno de 15% para proporção de gordura central com valores de 94 cm e 101 cm, ≥102 cm

(Tabela 15) e acima de 102 cm (14,2%) (um dos critérios para síndrome metabólica). Obesidade isolada apresentou relação com o aumento de risco para DLP, HAS e DM2 (Tabelas 14 e 17).

Figura 14 – Densidade *(Density*) e distribuição de IMC nas PPL da PI

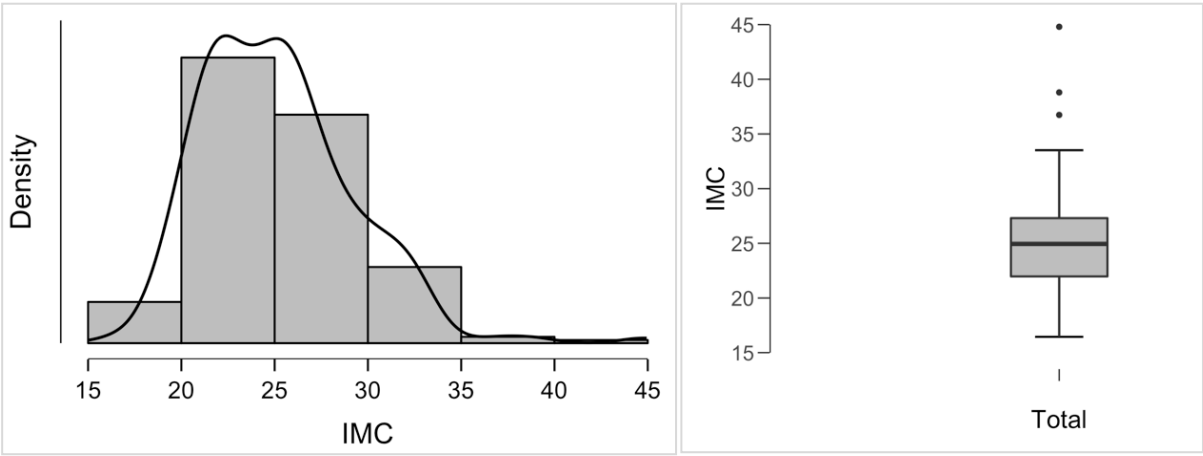
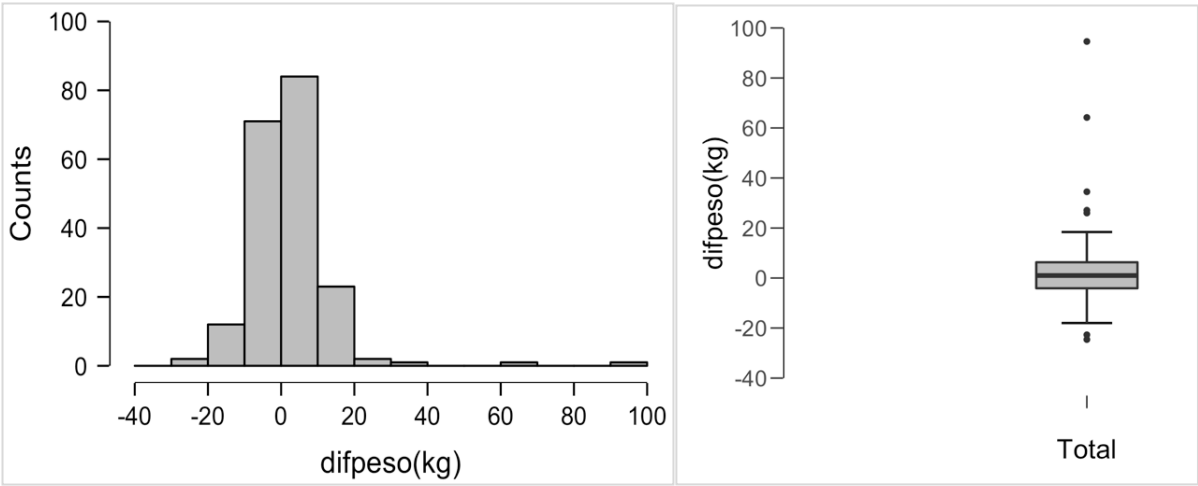


Figura 15 - Gráfico de distribuição sobre a diferença de peso entre inclusão na UP e peso da data da pesquisa (kg). Ribeirão Preto, 2020



Com intuito de observar a mudança ponderal na UP, calculou-se a variação (kg/mês) a partir de valores de peso de entrada no sistema prisional (no cumprimento de pena vigente). Resultados indicaram média de -0,056 kg/mês, moda de -0,011 kg/mês, mediana de +0,025 kg/mês, desvio padrão de 1,153. A maior redução foi de 13kg/mês, porém configurada como *outlier,* e o maior ganho, de 2,704 kg/mês. Da data da inclusão na UP ao dia da pesquisa, houve média de ganho individual de peso total de 2,039kg, mediana de 1,0 kg e moda de -0,9 kg. Dessa forma, verificou-se predominância de indivíduos com ganho de peso; porém, no geral, a amostra ficou equilibrada entre ganho e perda, com variação principal de peso entre -10 kg ou +10 kg na amostra total (Figura 15).

A maior prevalência entre as comorbidades ou fatores de riscos investigados ocorreu em relação ao valor de lipídeos (54,5%). Considerou-se resultado de "aumento de lipídeos" para alteração acima dos valores de referência para CT, TGL, LDL ou HDL. Em comparação ao histórico relatado de DLP pelos sentenciados, obteve-se aumento de oito vezes em prevalência (DLP mista, isolada ou hipertrigliceridemia) (Tabela 15). A maioria obteve valores desejáveis na avaliação isolada de CT (71,78%), HDL (71,78%), LDL ótimo (40,3%) e desejável (34,33%). Quatro pessoas apresentaram valores de TGL em níveis que indicavam o início de fibrato (acima de 500 mg/dL), menor valor de 554,5 mg/dL e maior valor de 1315,7 mg/dL.

Não houve associação de risco com a alteração de lipídeos (indiscriminada) e HAS, frequência de consumo de verduras na PI, síndrome metabólica, tabagismo ou uso de drogas prévio à reclusão. Apresentaram risco aumentado para DLP grupos de idade de 40-49 anos e 34-49 anos (Tabela 14). Nessa amostra, para a faixa etária a partir de 50 anos, tal risco não foi confirmado. Sobrepeso, obesidade, circunferência abdominal aumentada (94-101 cm) ou muito aumentada (>102 cm) também impactaram, com maior chance para DLP. Apresentaram menor risco indivíduos em faixas etárias de 18-29 anos e 18-33 anos (mais jovens) e aqueles que relataram praticar atividade física (Tabela 14).

Tabela 15 - Prevalência sobre obesidade, alterações de circunferência abdominal e dislipidemia nas PPL da PI

Variável avaliada		n / N= 202	(%)	IC 95%
IMC	<18,5 (Magro ou baixo peso)	2	0,99	-
	18,5-24,9 (Normal ou estrófico)	**101**	**50**	-
	25-29,9 (Sobrepeso ou pré-obeso)	**72**	**35,64**	-
	30-34,9 (Obesidade grau I)	24	11,88	-
	35-39,9 (Obesidade grau II)	2	0,99	-
	≥40 (Obesidade grau III)	1	0,5	-
	Obesidade (geral)	27	13,37	-
Circunferência abdominal	94 cm-101 cm (alta)	27	13,4	9,0-18,9
	≥102 cm (muito alta)	**31**	**15,4**	10,1-21,2
DISLIPIDEMIA (DLP)	**Histórico Familiar de Dislipidemia**			
	Parentes 1ª grau (pais, irmãos, filhos)	**39**	**19,30**	14,10-25,40
	Parentes 2ª grau (tios, primos, avós)	**12**	**5,94**	3,10-10,10
	Histórico pessoal de DLP (relatado)	**12**	**6,0**	3,10 - 10,20
	Colesterol total (CT)			
	Alterado (≥200mg/dL)	**57**	**28,22**	22,01 - 34,42
	Não alterado	145	71,78	65,58 - 77,99
	HDL			
	Alterado (<40mg/dL)	57	28,22	22,01 - 34,42
	Não alterado	145	71,78	65,58 - 77,99
	Triglicérides (TGL) *(Missing*= 3*)*			
	1. Desejável (<150mg/dL)	133	66,83	58,24 - 75,43
	2. Limítrofe (150-199mg/dL)	35	17,59	10,64 - 24,54
	3. Alto (≥200mg/dL)	24	12,06	6,11 - 18,01
	4. Nível de fibrato (≥400mg/dL)	4	2,01	0,00 - 4,57
	5. Impossibilita LDL (≥500mg/dL)	3	1,51	0,00 - 3,73
	LDL *(Missing*= 1*)*			
	1. Ótimo (≤100mg/dL)	81	40,3	31,39 - 49,21
	2. Desejável (100-129mg/dL)	69	34,33	25,70 - 42,95
	3. Limítrofe (130-159mg/dL)	34	16,92	10,10 - 23,73
	4. Alterado (≥160mg/dL)	11	5,47	1,34 - 9,60
	5. Incalculável (triglicérides ≥ 400)	6	2,99	0,00-6,080
	Alterações de lipídeos*	110	54,5	47,30- 61,50
	(mista ou isolada)			
	Novos diagnósticos	98		
	Aumento (%) de diagnósticos	+ 816%		

*Alteração de lipídeos considerada: HDL<40 mg/dL ou TGL ≥150 mg/dL ou CT ≥200 mg/dL ou LDL ≥130 mg/dL (referência para risco cardiovascular individual não considerada nessa base de cálculo).

Na investigação para síndrome metabólica, cujo diagnóstico envolve ao menos três critérios dos cinco elencados pela Diretriz Brasileira de Síndrome Metabólica[30], houve prevalência de 16,3% dos indivíduos com três ou mais dos cinco critérios necessários para o diagnóstico (Tabela 16).

Tabela 16 - Variáveis para diagnóstico e prevalência de síndrome metabólica. Ribeirão Preto, 2020

Componentes	Níveis de referência	n / N	(%)
Circunferência abdominal	> 102 cm (homens)	29 / 201 *Missing= 1*	14,42%
Triglicerídeos	≥ 150mg/dL	65/ 199 *Missing=3*	32,66%
HDL colesterol	< 40 mg/dL (homens)	57/ 202	28,21%
Pressão arterial	≥ 130 mmHg ou ≥ 85 mmHg	140/ 202	69,03%
Glicemia de Jejum	≥ 110 mg/dL	8/ 202	3,96%
SÍNDROME METABÓLICA	≥ três de cinco critérios.	**34/ 202**	**16,83%**

Fonte: I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica[30]

Tabela 17 - Análise bivariante de fatores de risco e doenças crônicas (pré-DM2, diabetes e obesidade). Ribeirão Preto, 2020

	Pré-diabetes			Diabetes ***			Obesidade****		
	p	O.R	IC 95%	p	O.R	IC 95%	p	O.R	IC 95%
Idade anos(n)									
18-29a (46)	0,123	0,309	0,069 a 1,375	0,881	0,844	0,092 a 7,747	0,057	0,238	0,054 a 1,046
30-39a (97)	0,481	0,724	0,295 a 1,778	0,236	0,263	0,029 a 2,395	0,669	1,194	0,530 a 2,686
40-49a (47)	0,130	2,066	0,808 a 5,280	0,995	3,51e-8	0,000 a ∞	0,726	1,181	0,466 a 2,995
50-59a (6)	0,648	1,667	0,186 a 14,995	**<0,001**	**32,167**	**4,161a 248,58**	0,168	3,420	0,595 a 19,651
≥60 a (4)	**0,033**	**8,900**	**1,188 a 66,671**	0,994	9,07e-7	0,000 a ∞	0,500	2,205	0,221 a 22,004
18-33a (87)	**0,019**	**0,260**	**0,085 a 0,798**	0,888	0,878	0,144 a 5,374	0,059	0,416	0,167 a 1,033
34-49a(101)	0,077	2,342	0,912 a 6,018	0,995	8,26e-9	0,000 a ∞	0,304	1,540	-0,676 a 3,507
50-65ª(11)	0,089	3,395	0,830 a 13,890	**0,007**	**13,926**	**2,062 a 94,052**	0,178	2,609	0,647 a 10,520
Sobrepeso	0,586	1,286	0,521 a 3,173	0,471	0,444	0,049 a 4,046	-	-	-
Obesidade	0,969	1,026	0,282 a 3,733	**0,003**	**30,261**	**3,241 a 282,56**	-	-	-
Circ. Abd*	0,904	1,083	0,297 a 3,957	0,994	1,07e-7	0,000 a ∞	0,408	1,570	0,539 a 4,573
C. Abd alt**	0,267	1,851	0,624 a 5,488	**0,005**	**25,037**	**2,696 a 232,52**	**<0,001**	**80,667**	**24,781 a 261,58**
Tabagismo	0,922	1,045	0,431 a 2,534	0,222	0,253	0,028 a 2,300	0,185	0,568	0,247 a 1,311
Cocaína antes	0,267	2,069	-0,573 a 7,474	0,073	-0,123	-0,012 a 1,212	0,535	0,748	0,299 a 1,873
Cocaína atual	0,577	2,250	0,577 a 0,130	-	-	-	-	-	-
Atv física	**0,032**	**2,673**	**1,089 a 6,562**	0,613	1,598	0,260 a 9,814	**0,179**	**0,496**	**0,178 a 1,378**
Verdura/fruta	0,339	0,563	0,173 a 1,829	0,994	9,08e+6	0,000 a ∞	0,894	1,091	0,302 a 3,939
Atendido-PI	0,599	1,276	0,511 a 3,201	0,993	3,78e+7	0,000 a ∞	0,607	1,246	0,539 a 2,876

*Circunferência abdominal elevada (94-101cm);
**Circunferência abdominal muito elevada (≥102cm);
***Valor de HbA1C ou Glicemia de Jejum na faixa de diagnóstico; ****Obesidade incluída como fator de risco e desfecho patológico.
(Teste Exato de Fisher)

4.6.3 Diabetes mellitus tipo II (DM2)

Apenas quatro participantes (1,99%) relataram já ter diagnóstico de DM durante a entrevista inicial, dos quais dois faziam uso de insulina. Após a investigação laboratorial, houve apenas um novo valor laboratorial em faixa de DM2 (GJ ≥126 mg/dL ou HbA1C ≥6,5%). Indivíduos classificados como pré-DM (HbA1C de 5,7% a 6,4%) somaram 8,91% (Tabela 18). Cerca de um quarto dos participantes declararam histórico familiar para DM em parentes de 1º ou 2º grau. Associação próxima a maior risco para DM2 só foi encontrada para parentesco de 1º grau (p=0,055) (OR=8,710; IC95% 0,954 a 79,530), mas não confirmada para esta amostra. A faixa etária de maior risco na PI representou o grupo de 50-59 anos e 50-65 anos, enquanto as faixas etárias de jovens até 18-33 anos mostraram proteção quanto ao risco para a doença (Tabela 17). Obesidade e circunferência abdominal

muito aumentada também estão associadas a maior risco de DM2 nesta amostra (Tabela 17).

Tabela18 - Prevalência sobre diabetes nas PPL da PI. Ribeirão Preto, 2020

Variável avaliada		n / N= 202	(%)	IC 95%
DIABETES	**Histórico Familiar de Diabetes**			
	Parentes 1º grau (pais, irmãos, filhos)	66	26,30	26,30- 39,60
	Parentes 2º grau (tios, primos, avós)	49	24,35	18,50- 30,80
	Histórico patológico (DM)			
	SIM	**4**	**2,0%**	0,50-5,00
	NÃO *(Missing*= 1)	**197**	**98,0%**	95,00-99,50
	HbA1C			
	1. Normal (<5,7%)	**180**	**89,11**	83,86 - 94,36
	2. Pré-DM2 (5,7-6,4%)	18	8,91	4,11 - 13,71
	3. Alterada (≥6,5%)	4	1,98	0,00 - 4,33
	Glicemia de jejum (GJ)			
	1. Normal (<100 mg/dL)	**193**	**95,94**	92,07 - 99,02
	2. Pré-diabetes (100-125 mg/dL)	5	2,48	0,00 - 5,09
	3. Alterado (≥126 mg/dL)	4	1,98	0,00 - 4,33
	Valor laboratorial em nível de DM2			
	HbA1c (≥6,5%) ou GJ (≥126 mg/dL)	5	2,5%	0,80-5,70
	Aumento (%) de diagnósticos DM2	+ 25%		

5. *Discussão*

O levantamento amplo de dados desencadeou diversos questionamentos sobre o perfil particular da PI, comparado à população carcerária em geral e à população brasileira. Segue-se a discussão mais criteriosa dos resultados em sequência semelhante ao já exposto na sessão anterior: perfil sociodemográfico e história de encarceramento, hábitos de vida e DCNT.

É perceptível que a PI enfrenta imensos desafios para garantir o acesso à saúde, principalmente considerando a atual ausência de médico fixo na equipe, o perfil de vulnerabilidade das PPL e a taxa de ocupação por vagas de mais que o dobro da capacidade (227,8%) resulta em grande aglomeração de pessoas. Em 2018, a média da taxa de ocupação na UPs, documentada no Brasil, foi 175,82%[36], portanto se observa esse cenário de superlotação como um desafio nacional. Apesar de a região Norte ser destacada como a de maior ocupação por vaga, em algumas penitenciárias, de até três vezes sua capacidade[36], a região Sudeste concentra a maior número absoluto de PPL por região.[36] Na PI, uma cela tem capacidade para 12 sentenciados e é composta por beliches cimentados de três camas. Com pelo menos o dobro de pessoas na cela, há necessidade de se improvisarem novos espaços. Os que dormem entre o primeiro nível do beliche e o chão dormem na chamada “tumba”, ao passo que dormir em colchonetes dispostos pelo chão é chamado de “dormir na praia”. Em cada cela, compartilham-se dois vasos sanitários, uma pia e dois chuveiros sem aquecimento.

5.1 Análise de perfil sociodemográfico da PPL

O perfil predominante de 70,79% para jovens (<40 anos) na PI, de cor negra ou parda e de baixa escolaridade era esperado, conforme outras pesquisas no cárcere têm evidenciado. Sobre o fator idade, por exemplo, em amplo estudo realizado de 2013 a 2015, com participação de 637 sentenciados do sexo masculino do Rio de Janeiro, obteve-se faixa etária predominante de adultos jovens (82,1% com até 39 anos de idade), dos quais 55% têm até 29 anos e 27,1% de 30 a 39 anos.[26] Outro estudo, desta vez realizado nos EUA, de 2002 a 2004, com 14373 detentos de penitenciárias e 6582 de “cadeias”, demonstrou percentual médio de

pessoas em prisões de 45,8% entre 18 e 34 anos e minoria de 9,9% para maiores de 50 anos.[37]

A similaridade de resultados também se confirma quanto à cor da pele autorrelatada (53,96% de pardos e 10,4% de pretos na PI), sobre a qual a autora no Rio de Janeiro-RJ destaca um percentual também maior de pardos (44,3%) e praticamente o dobro de negros (22,7%), em comparação com o da população geral do mesmo estado, respectivamente, 39,3% e 12,4%.[26] Em comparação com dados da população brasileira, o grande diferencial em relação à PI é sobre o nível educacional, com porcentagem de "Ensino Médio completo" em quase metade da população nacional (Tabela 19). Nos EUA, o encarceramento também demonstra impacto para pobres e minorias étnicas. Em comparação aos brancos, os negros estão mais sujeitos a serem encarcerados, conhecer alguém que está preso, ter familiares presos, vizinhos presos e maior risco de encarceramento parental.[5]

Tabela 19 - Perfil sociodemográfico comparativo entre estudos: PPL da PI (Serra Azul-SP) x PPL do RJ x PPL dos EUA x população geral masculina - Brasil

	Parâmetro	PI (2019)	RJ[26] (2015)	EUA[37] (2009)	BRASIL (PNAD 2018)[38]
Amostra	Total (N)	202	637	14 273	93,46mi
Perfil		Masculina	Adultos	Adultos	Masculina
Idade	**18-39 anos**	**70,79%**	**82,1%**	45,8% (18-34a)	50,66% (20-34a)
	18-29 anos	22,77%	55%	-	18,9%
	30-39 anos	48,51%	27,1%	-	15,8%
	40-49 anos	23,27%	11,7%	**44,4% (35-49a)**	13,6%
	50-59 anos	3,46%	4,4%	-	11,5%
	≥ 60 anos	1,98%	1,7%	9,9% (+50 a)	14,1%
Estado Civil	Solteiro	52,97%	46,5%	53,2%	48,1%
	Casado/ União Estável	43,07%	44,5%	18,3%	39,9%
	Separado/Divorciado	3,47%	7,9%	26,6%	5,9%
	Viúvo	0,49%	0,7%	1,8%	6,1%
Cor	Parda	54%	44,3%	19,7% (*hispanic*)	47,1%
	Preta	10,4%	22,7%	35,5%	9,5%
	Branca	35,15%	27,4%	38,1%	42,5%
Escolaridade (Adultos)	Analfabeto	**12,38%**	7,5%	-	6,9%***
	E.F. Incompleto	**59,93%**	**50,8%**	7,9%	33,1%
	E.F. Completo + E.M** incompleto	**24,26%**	**26,7%**	28%	12,6%
	E.M completo ou Sup. incompleto	**18,32%**	**13,5%**	**49,1%**	30,9%
	Sup. completo	**0,5%**	**1,4%**	15%	16,5%

***E.F.=** Ensino Fundamental. ****E.M.=** Ensino Médio.
*** Dados sobre escolaridade, no Brasil, relativo à população geral (feminina e masculina).

Com relação ao nível educacional, observou-se proporção de Ensino Fundamental incompleto (56,93%) e Ensino Médio incompleto (14,85%) semelhante à obtida em estudo já citado no Rio de Janeiro (50,8% de Ensino Fundamental incompleto e 26,7% de Ensino Médio incompleto).[26] Uma reflexão a ser considerada é que na PI há 12,38% de analfabetos, sendo que não são, necessariamente, os que frequentam a escola da prisão (apenas 4 de 25). Isso pode estar associado ao fato de que grau de instrução não é o principal critério para inclusão na escola prisional, mas outros critérios ainda mais impactantes, como bom comportamento, progressão de pena, interesse pessoal e vagas disponíveis. Na PI, por norma interna

e proximidade predial (Figura 1), presos do raio 3 frequentam mais a escola (p<0,001) que dos demais raios.

O impacto da baixa escolaridade perpetua sobre carreira profissional e condições de estabilidade financeira na idade adulta, com ocupações mais informais ou, porventura, ilegais[26], o que é evidenciado nas principais ocupações relatadas previamente à prisão (Figura 6). Dado o perfil de uso de drogas prévio em mais de 90% dos entrevistados, a menção ao tráfico de drogas como fonte de recurso financeiro é normalmente velada, provavelmente pela ilegalidade, e acontece paralela a diversas outras ocupações. Apesar do impacto inegável da carga de desigualdades, discute-se também o valor da responsabilidade pessoal, apesar de o "leque social" ser pequeno, no que diz respeito ao fator de que praticar um ato ilegal também passa por uma escolha não necessariamente determinista em relação à pobreza e às condições sociais gerais.[26]

> Por isso, não é verdade que existe um determinismo que leve os pobres, negros, pardos e favelados às prisões. É claro que o ambiente social e comunitário e os colegas (sobretudo na etapa da juventude) têm um papel fundamental. Contudo, acreditar que eles não teriam outras opções seria primeiro negar o papel dos sujeitos em sua própria vida, segundo, menosprezar os tantos outros moradores de áreas mais pobres do estado que, nas mesmas condições sociais, levam a vida dentro da legalidade, trabalhando e adequando às regras da cidadania.[26]

Quanto à situação conjugal na PI, destacaram-se "solteiros" (52,97%) e "casado" ou "união estável" em (43,07%), também semelhante ao perfil do RJ (46,5% de solteiros e 44,5% casado ou união estável).[26] A família ainda é enfatizada como ponto de estabilidade e motivação para retorno à casa, mudança de vida e expectativas de futuro. Corrobora essa importância do vínculo familiar a associação de dados de estado conjugal neste estudo, em que se observou tendência de solteiros serem mais reincidentes (p<0,001) (OR=4,579; IC95% 2,788 a 7,522). Da mesma forma, a família é alvo de fragilidade com membros encarcerados, pela quebra de estrutura com ausência de genitores e cônjuges, muitas vezes provedores da família com renda informal e principalmente vinculada ao tráfico de drogas.[26] O encarceramento aumenta rupturas conjugais e impõe estigma social também à família da PPL; está relacionado a maiores índices de depressão em parceiras heterossexuais (estudos realizados mais voltados a esse perfil de união).[5] Efeitos

aos filhos de PPL são constatados quanto à piora de autoavaliação de saúde, depressão, ansiedade, asma e obesidade, que perpetuam na adolescência e, porventura, na idade adulta.[5]

De forma ainda mais abrangente, em análise sobre encarceramento em massa e saúde pública nos EUA, o país atualmente com maior massa carcerária mundial, sugeriu-se que essa massa carcerária poderia até mesmo impactar em mudanças de indicadores de saúde, como mortalidade infantil e expetativa de vida.[5] É importante, portanto, promoverem-se políticas públicas que favoreçam as famílias dos detentos para suporte ao bem-estar social, considerando que "*mais de 90% dos detentos e suas famílias não recebem qualquer auxílio governamental*".[26] Em exemplo de ação de suporte a essa problemática, a SAP de São Paulo dispõe do "Programa de Atenção ao Egresso e Família", operacionalizado em 48 Centrais de Atenção ao Egresso e Família (CAEF)[39], em diversos municípios do estado, com o objetivo de oferecer como política pública suporte à família de sentenciados e egressos do sistema prisional.

Tem-se, portanto, o perfil populacional das PPL de Serra Azul para "crimes gerais", semelhante ao obtido na pesquisa de PPL no RJ, predominante de adultos jovens de pele negra ou parda, grau de instrução inferior ao Ensino Médio, estado conjugal majoritário de solteiros e casados/união estável (43%-52,97%), ocupação prévia informal (61,97%) e com história de uso de substâncias psicoativas ilegais (90,1%), muitas vezes, mesmo velado, com o tráfico de drogas como principal renda.[26]

5.2 Religião

A religiosidade de mais de 80% dos entrevistados, com grande parte "praticante" e de culto a religiões cristãs, corresponde ao perfil de religiosidade do brasileiro no âmbito geral, porém com valor mais equiparado na PI entre as religiões católica e evangélica. Segundo o censo de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)[40], a religião católica ainda é majoritária no Brasil (64,6%), apresar de que a evangélica (22,2%) foi a que mais cresceu na década de 2000 a 2010. Alguns grupos pastorais, principalmente evangélicos, e a pastoral carcerária católica realizam ações na PI, como missas ou cultos, para as quais a diretoria da UP é receptiva. É listado pela SAP, desde 1993, como objetivo vinculado à missão da Secretaria: *"Possibilitar, por meio das respectivas instituições religiosas, a prestação de assistência religiosa aos presos e internados".*[4] Na PI, essas atividades são incentivadas e padronizadas em visitas semanais. Em diversas ocasiões de idas à PI, foi possível encontrar equipes da pastoral católica ou grupos uniformizados da Igreja Universal na recepção da UP.

Ao questionar sobre a mudança de crença na prisão, pretendia-se compreender a dimensão da prisão como fator modificante na experiência de fé e vice-versa. Os dados sugerem que mudanças de religião ocorreram em minoria, porém mais da metade declararam que sua fé aumentou depois da reclusão. Não se encontrou relação entre dados de aumento ou diminuição de crença com consumo de drogas prévio, estado conjugal, número de vezes na prisão, avaliação de saúde ou histórico patológico relatado de depressão/ansiedade. Há descrição de estudos que associam a religiosidade a melhor estado psicológico de sentenciados, à autoestima e a bom comportamento no ambiente prisional, o que também impacta, por vezes, em menor necessidade de medidas disciplinares por violar regras.[41] Em relato durante a entrevista na PI, um dos sentenciados afirmou que *"A fé abriu meus olhos para a verdade. Os lemas do PCC falam de lealdade e paz... Que lealdade e paz? É todo mundo brigando. Falam de liberdade... Que liberdade? Estou preso há 12 anos.".*

5.3 Histórico de prisão e reincidência no crime

A importância de análises sobre transferência se deve à hipótese de que a rotatividade dos presos dentro do sistema carcerário causaria repercussões negativas sobre o cuidado em saúde. Não se evidenciou associação com transferências e estado conjugal (p=0,896), cidade de procedência ou nascimento (p=0,704 e p=0,602), consumo de droga prévia (p=0,309), ansiedade (p=0,264) ou depressão (p=0,559). Aparentemente, as transferências ocorrem como fluxo natural do sistema prisional, com influência paralela da decisão ou do desejo do indivíduo. Segundo o Ofício Circular 015/2000[42], a solicitação de transferência ou reaproximação familiar pode ser realizada por preso, familiar ou advogado, quando o sentenciado já tenha cumprido, no mínimo, 1/6 de pena, ter estado por ao menos 12 meses na UP atual e não ter envolvimento com facções criminosas. Sob o aspecto de saúde, as transferências representam também quebra da longitudinalidade do cuidado, citado por membros da equipe de saúde, por exemplo, com perda de parte de informações de prontuários, que não são eletrônicos.

O fato de grande parte dos entrevistados estar em cumprimento de até 50% de sua pena individual pode ter relação com o perfil de penitenciária e a legislação brasileira, que permite progressão de regime para semiaberto após um sexto de pena[43] (local onde, teoricamente, se encontraria maior proporção de final de pena).

> Art. 112. A pena privativa de liberdade será executada em forma progressiva com a transferência para regime menos rigoroso, a ser determinada pelo juiz, quando o preso tiver cumprido ao menos um sexto da pena no regime anterior e ostentar bom comportamento carcerário, comprovado pelo diretor do estabelecimento, respeitadas as normas que vedam a progressão.[43]

As taxas de reincidência no Brasil expressam a ineficácia da ressocialização do egresso prisional, ao mesmo tempo que rebeliões e fugas são repostas às condições e aos riscos a que essa população é submetida.[17] Trata-se de um ambiente de tendência hostil às individualidades e sujeito a um dos agravos de saúde mais impactantes para as PPL: a violência. O temor de agressão ou morte atinge 46,4% dos homens em situação de cárcere.[22]

Após conclusão da pena, os efeitos de um passado de encarceramento reverberam afetando oportunidades de trabalho, relações familiares e reinserção das PPL em seu papel na comunidade. Seus salários representam em torno de 30% a menos do que os de pessoas sem histórico de passagem pelo sistema prisional. Comparados à população geral, presos recém-libertos são mais susceptíveis a não prosseguirem com o tratamento de doenças crônicas, a necessitar de atendimentos em emergência e maior taxas de internações evitáveis.[5]

5.4 Hábitos de Vida

5.4.1 Alimentação

Na PI, são preparadas três refeições oficiais por dia, servidas por volta das 6h da manhã (café da manhã), 10h da manhã (almoço) e 16h (jantar) por sentenciados alocados em turnos de trabalho na cozinha industrial. Também é realizada panificação, aprimorada por meio de cursos técnicos na própria UP. Não há suporte de nutricionista vinculado à penitenciária, com cardápio organizado pelos setores administrativos. A listagem de gêneros e produtos alimentícios segue o Decreto nº 43.339 de 21 de julho de 1998 Resolução SAMSP 16/98[44], que categoriza por código, unidades, consumo *per capita* e frequência de utilização de cada item a ser solicitado. Nessa relação constam produtos para "dietas especiais", como adoçantes e gêneros com redução de sódio e, até mesmo, gêneros próprios para festividades, como Natal e Ano Novo. Cada sentenciado tem direito a uma "marmita" no almoço, composta de porção de carboidrato e proteína, ou a opção de sopa. Pessoas que enfrentam alguma enfermidade podem ter disponível um copo extra de leite à noite. Há opção de dieta hipossódica, que deve ser prescrita pelo médico, mas não há opção padronizada para hipocalórica, reduzida de açúcares ou lipídios. Ocasionalmente, durante as consultas, era solicitada a troca de marmita por sopa, o que, segundo equipe de saúde, trata-se de uma estratégia para diversificar a dieta no dia, ao partilhar diferentes refeições com outros sentenciados, outra evidência da "camaradagem".[22]

O baixo consumo de verduras e legumes diariamente (11,9%) é justificado na opinião dos entrevistados pela indisponibilidade, principalmente de verduras ("*Não 'pagam' verduras todos os dias.*"). A média de consumo da população brasileira de frutas e hortaliças, em 2018, foi de 33,9%, menor entre os homens (27,7%)[45], mas ainda mais que o dobro da documentada na PI. A OMS recomenda ingestão diária de ao menos 400 g desse grupo de alimentos, o que equivale a cinco porções ao dia.[45] Uma estratégia já implementada em algumas penitenciárias da SAP para melhorar a disponibilidade de hortaliças, legumes e verduras, envolve projetos de treinamento de plantio e manuseio de hortas orgânicas dentro das UPs, de forma a oferecer nova função laboral dentro do presídio e, porventura, suprimentos também para comunidades próximas (Figura 16). Nas oportunidades em que alguns sentenciados comentaram sobre a alimentação de maneira informal, demonstravam insatisfação em aspectos como variabilidade de alimentos, frequência das refeições no dia e qualidade do preparo.

Há ainda a opção de se recorrer ao "pecúlio", conhecido dentro da UP como uma compra extra mensal solicitada pelo detento, sob seu próprio custeio de poupança, a partir de uma lista pré-estabelecida pela Diretoria de itens de uso geral e alimentação. Os principais alimentos disponíveis são industrializados, como pacotes de bolachas, achocolatados, bolos prontos e refrigerantes. Em 2018, e mantida a decisão até os dias atuais, foi vetada a compra de açúcar no pecúlio, a fim de se evitar fabricação de bebida alcoólica artesanal destilada por sentenciados.

Aos finais de semana, com as visitas, após inspeção de segurança, existe a possibilidade de consumo de comidas trazidas por familiares. Normalmente, tais alimentos são compartilhados entre colegas de cela, ilustrado em relato de um dos participantes: "*Minha mulher faz exatamente os pratos que eu gosto, mas é difícil não partilhar na cela. Você vê aquele monte de gente te olhando e você acaba repartindo com todos"*. Isso representa desafio também em relação a grupos que necessitam de alguma restrição alimentar, como dieta de açúcar para os diabéticos, o que torna a segunda-feira o "dia oficial das hiperglicemias dos insulino-dependentes", segundo a enfermeira da equipe.

Figura 16 - Sentenciado em horta em Centro de Progressão de Pena, Potim-SP

Fonte: SAP, 2020.[46]

5.4.2 Atividade física

De acordo com as recomendações da OMS, de 2010, para indivíduos de 18 a 64 anos são consideradas atividades físicas, além das práticas físicas de exercícios de caráter mais esportivo, também práticas de deslocamento, esforços ocupacionais ou em contexto familiar e comunitário. O tempo de permanência e a intensidade da atividade influenciam na melhora de capacidade cardiorrespiratória, saúde óssea, redução de risco de doenças crônicas e prevenção de depressão. É recomendado como ideal mínimo 150 minutos de atividade física semanal ou 75 minutos de atividade física vigorosa semanal, em sessões de pelo menos 10 minutos de duração (aeróbica).[34] No Brasil, a média de praticantes de atividade física de nível ao menos moderado alcança 45,4% dos homens, com tendência a diminuir conforme a idade e a aumentar com o nível de escolaridade.[45] Esse critério foi utilizado em questionário na PI, cujo resultado evidenciou alta taxa de sedentarismo (70,30%), com nenhuma atividade física (esportiva ou laboral moderadas a severas),

ou atividade de padrão inferior ao recomendado. Na PI, o ato de percorrer caminhando o espaço longitudinal do pátio comum, em idas e voltas, é denominado "passeio". Como esporte, o futebol é preferido entre os detentos, que improvisam coletes para padronizar equipes e travas de gol, montadas com garrafas PET molduradas em fios projetados de forma retangular. Mesmo nos que relatam afinidade pelo futebol, a principal dificuldade para se manter essa prática diária consistia na necessidade de revezamento de grupos com todos os sentenciados de todo o raio, em partidas de 30 minutos, o que os levavam a espera de dois ou três dias para conseguir jogar. Material reciclado de garrafas, preenchidas principalmente com água, também é utilizado para confecção de pesos de tamanhos variados, similares a halteres, de forma a possibilitar o exercício muscular, denominada "física". Em outro estudo que avaliou fatores de risco para doenças crônicas em 120 entrevistados de PPL masculina, realizado na Austrália[47], demonstraram-se resultados significativamente diferentes, com alta proporção de ativos (84%), predominante em atividades de resistência (71% desse grupo) e quase 50% dos entrevistados relataram aumento na frequência de exercícios em comparação aos últimos 12 meses. Sugerem-se como possíveis fatores impactantes sobre a elevada inatividade na PI: lotação nos raios, aparentes limitações de espaço compartilhado durante o tempo de banho de sol diário, necessidade de se implantarem mais projetos institucionais que promovam atividades físicas ou perpetuação de pouco hábito de exercícios já adquiridos antes da prisão.

Na história do Sistema Prisional brasileiro, há relatos de implementação de práticas esportivas ou funcionais em penitenciárias sob caráter disciplinar e moral, como forma de "*modificação do comportamento do condenado*", às vezes obrigatórios, mais semelhantes a treinamentos militares do que práticas recreativas.[48] A evolução de seu incentivo como ação benéfica para saúde física e mental tem ocorrido em algumas Instituições, porém quase sempre relegada a plano secundário.[48] Em revisão científica, estudos randomizados sobre o impacto proporcionado pela atividade física na PPL, de 2019, obtida por meio de intervenções sobre aeróbica ou programas estruturados de exercícios, concluiu-se que 10 dos 11 estudos reportaram mudanças importantes na saúde mental e física autorrelatada.[49] Além do caráter de lazer, tem potencial para reduzir risco de

doenças e promover a saúde, proporcionar bem-estar geral e, se empregado de forma adequada, contribuir como ferramenta para reabilitação e ressocialização.[50] Como exemplos de tais ações para PPL no Brasil, citam-se aulas e campeonatos internos de judô e futebol em penitenciária masculina (Pernambuco) e projetos vinculados a profissionais de Educação Física (Mato Grosso do Sul). Os principais desafios citados para efetivar esses projetos são a falta de recursos e dificuldade de contratação de pessoal qualificado.[50]

5.4.3 Tabagismo e uso de drogas

A busca do entorpecimento na experiência humana revela uma necessidade de busca por prazer, além da experiência de sobrevivência ou instintos, mas também impactada por padrões culturais e alívio de vivências desconfortáveis. Não só durante a prisão, mas principalmente ao longo da vida, destacam-se os números elevados de usuários de substâncias psicoativas nesse perfil populacional.[26]

As UPs ainda permanecem como um dos poucos ambientes fechados em que ainda é permitido fumar.[51,26] Na população geral brasileira, estimou-se, de 2006 a 2012, padrão de decréscimo de tabagistas (diminuição de 20% da taxa anterior para população geral e 45% entre adolescentes), com total de cerca de 20 milhões de fumantes ou 15,6% da população.[52] Dados de Vigilância e Saúde[45] indicaram que a média de tabagismo (2018) foi ainda menor, de 9,3% para população geral e 12,1% para o sexo masculino. Tal aspecto de melhoria do tabagismo não se reflete nas UPs, segundo diversos estudos que abordam fatores de risco para doenças crônicas em UP. Nesta pesquisa, constatou-se que cerca de metade da população entrevistada é fumante, principalmente de cigarro de palha. Houve redução na quantidade de cigarros/dia após reclusão, com possível influência de dificuldade de acesso na UP, apesar de constar como item permitido, inclusive listado nas opções de compra do pecúlio. Outro fato a ser destacado neste estudo é a predominância do uso de cigarro de palha em quase 70% dos entrevistados, considerado mais tóxico que o cigarro comum de filtro, já que, além de possuir maior teor de nicotina e alcatrão, mais fumaça é inalada em cada tragada, com consequente aumento dos riscos de doenças relacionadas ao tabaco.[53]

Sobre o consumo de tabaco ao longo da vida nas PPL do Rio de Janeiro,em 2015, fumantes representavam 65,5%, sem especificação quanto a antes ou após reclusão, mas já superior a dados do país.[26] Em estudo com PPL espanhola, cuja taxa de tabagismo na população geral é maior que no Brasil (30 a 33%), obteve-se média também mais expressiva de 71% de tabagistas habituais entre os entrevistados do sexo masculino.[20] Outros dados australianos mostram prevalência de tabagismo próximo a 80% nas prisões, valor quatro vezes maior que a sua população geral, maioria para cigarros enrolados manualmente (96%).[51]

O fumo passivo, de acordo com a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, consiste em inalação de fumaça do cigarro ou produtos de queima do tabaco por não fumantes, que expõe a riscos à saúde proporcionais ao fumo comum.[51] Segundo a OMS, o fumo passivo consiste na terceira causa de morte evitável no mundo.[54] Há 20 milhões de fumantes brasileiros e média de 4,5 pessoas na mesma residência, portanto se constata cerca de 70 milhões de fumantes passivos no Brasil.[52] Na PI, o tabagismo é presente em todos os raios, e varia de 29,1% a 68% dos detentos em cada cela (Figura 10), com mínimo de 12 pessoas por cela, o que levanta um tema importante sobre o impacto também nos fumantes passivos encarcerados, a despeito dos dados indicativos de redução geral de consumo prévio *versus* dentro da UP. Há relato, pela equipe de saúde prisional, da existência de celas apenas de não fumantes (comum para grupos de evangélicos), mas nem sempre a solicitação de zona livre de tabaco pode ser acatada por não fumantes devido a desafios de lotação. Somado à ocupação geral em mais de 200% da capacidade da PI, à quantidade de cigarros/dia de 11,7 em média para cada fumante, ao consumo provável não apenas em horários de pátio (cerca de 2h por dia de banho de sol) e à ventilação precária das celas, pode-se estimar que praticamente todos devem ser fumantes passivos, por período que dura, no mínimo, todo o tempo de pena em regime fechado. Trata-se de uma condenação a mais à privação de liberdade, como citado pela suprema corte americana, em 1993, como *"punição cruel e fora do comum*".[51] Diante desse cenário, o banimento parcial ou total tem sido implementado em prisões dos EUA, não somente para prevenção de doenças, mas por receio de processos judiciais por parte de não fumantes. Apesar de não ter sido reportada ocorrência de violência após essas medidas,

administradores prisionais temem represálias de sentenciados ou tumultos, o que propicia maior atraso ou suspensão de decisão sobre tais restrições.[51]

Os dados na PI ainda demonstram início precoce de tabaco, antes dos 18 anos, e cerca de um terço abaixo dos 12 anos, aparentemente em padrão também contrário à redução citada acima quanto à população adolescente brasileira. Houve, ainda, associação próxima de risco sobre início de tabaco abaixo dos 18 anos e passagem pela Fundação Casa (p=0,050) (OR=7,9; IC95% 0,99 a 62,99).

Os tópicos do questionário que abordavam consumo de substâncias ilícitas sofreram modificações desde as fases de pré-teste, de forma a reduzir o efeito de negação ao se indagar uma prática ilegal e sujeita à falta dentro da penitenciária (Apêndice B). Empregou-se, portanto, a pergunta sobre uso prévio relacionado aos tipos mais comuns de drogas e a pergunta sobre o uso nos últimos 30 dias, indiretamente referida ao uso dentro do sistema prisional, visto que nenhum entrevistado era recém-admitido na UP. Mesmo assim, notou-se que alguns titubeavam ao responder ou modificavam a resposta de negativa para positiva após enfatizar-se o sigilo da pesquisa. Houve a expressiva redução de consumo prévio *versus* relatado para todos os tipos de drogas (Figura 12), com valores inferiores a 8% para maconha, cocaína ou crack dentro da PI. Da mesma forma, consumo de álcool na penitenciária (2,97%) demonstra queda importante em comparação ao seu consumo prévio relatado, não especificada a quantidade de doses por ocasião (62,38%). No Brasil, o consumo médio de bebida alcoólica de ao menos cinco ou mais doses por ocasião (para homens) foi de 17,9%.[45]

Apesar do risco de viés nas respostas sobre consumo de substâncias ilícitas, é considerado como fator redutor de entrada e, consequentemente, de consumo de drogas na PI, a instalação do sistema de “scanner humano” (Figura 17) para visitas em Serra Azul, desde 2018, que tem possibilitado uma abordagem mais assertiva sobre contrabando de substâncias e armas de forma menos constrangedora que a revista habitual. Em uma comparação de uso desse sistema no Brasil, observou-se aumento de 26% de prisões por flagrante de contrabando entre o ano de 2012 (sem scanner) e 2014 (com scanner).[55] Encomendas e pacotes enviados via correio ou trazidos em dias de visita também são revistadas na PI por meio de equipamentos de raio x ou de forma manual.

Figura 17 - *Scanner* humano semelhante ao utilizado na PI de Serra Azul para revista de visitantes

Fonte: AGEPEN, Mato Grosso do Sul, 2019.[56]

5.5 Percepção de saúde na PI

Dados sobre a população brasileira indicam avaliação de saúde "ruim" ou "muito ruim" em apenas 3,7% dos homens, com tendência a aumentar o percentual de avaliações negativas conforme o avanço da idade e de reduzir de acordo com o nível de escolaridade, chegando a apenas 2,1% em pessoas com 12 ou mais anos de estudo.[45] Na PI, houve uma associação válida, porém fraca, para tendência oposta à da população brasileira, ou seja, sentenciados com menor grau de instrução tenderam a avaliar melhor a saúde. Não foi encontrada referência de comparação na literatura que auxilie a elucidar essa diferença, mas se sugere que o ambiente prisional e suas nuances de vulnerabilidade impactem de forma diversa do que apenas o critério idade, considerado na população geral.

Sugere-se, ainda, que há dificuldade real no acesso ao serviço de saúde na PI, apesar dos esforços da equipe, como exposto nos dados indicativos de 40% que relataram nunca terem sido atendidos pelo serviço de saúde da penitenciária. Possíveis causas envolvem modelo de agendamento limitado à demanda de

médicos na UP, sendo, na maior parte das vezes, cedidos pela UP II de Serra Azul, em apenas um turno por semana, ou médicos voluntários em dois turnos na semana, portanto com total de apenas três turnos semanais de atendimento médico. Há demanda reprimida para casos agudos, provavelmente também para casos crônicos assintomáticos.

Diante da distribuição em oito raios, caso duas pessoas de cada raio necessitem de atendimento por dia, seriam necessárias 16 vagas de consulta diárias ou 80 por semana, apenas para demandas agudas. Rotinas de busca ativa ou controle de doentes crônicos demandaria ainda maior necessidade de consultas e planejamento de saúde e financeiro. Na APS, estima-se que 21,7% de uma população necessitará de cuidados de saúde ao mês.[57] Em comparação com a PI, esse percentual representaria 422 atendimentos mensais (N=1941) e 14 atendimentos mínimos ao dia (médicos ou de enfermagem), sem considerar o caráter de vulnerabilidade da população, que incrementa a necessidade de ações em saúde.

5.6 Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)

5.6.1 Hipertensão arterial

No Brasil, a prevalência de HAS (2016) é de 32,5% de adultos no geral e 27,3% para sexo masculino, mas sofre variações, conforme a base de pesquisa.[31] Dados da pesquisa VIGITEL[45] autorreferida, de 2018, estabelecem 22,1% de HAS em homens (Tabela 20). O valor de 24,8% de hipertensos na PI se aproxima do índice nacional, porém se deve enfatizar o caráter de população de perfil jovem, que não é considerado o grupo de maior risco para HAS. Por exemplo, em um grupo de homens privados de liberdade de idade de 20 a 29 anos no Brasil, há taxa de 17,5% de doenças cardiovasculares, enquanto a da população geral masculina é de 23,2%.[22] Em estudo semelhante com PPL espanhola, obteve-se 17,8% de HAS em grupo de 1077 entrevistados. Outros estudos mostram variação de 18,8% a 25,8% condizente com os valores encontrados na PI.[20] Em outro estudo amplo, realizado nos EUA, em 2009, comparativo de doenças crônicas entre PPL e população geral,

constatou-se que as PPL demonstram índices mais altos de HAS (OR=1,17; IC 95% 1,09-1,27), asma, artrite, câncer cervical e hepatite, enfatizando também a importância de se considerarem ajustes de diferenças sociodemográficas. Não houve confirmação, entretanto, para índices de DM, angina, infarto agudo do miocárdio e redução de obesidade.[37] Comparando a pessoas que nunca estiveram encarceradas, a chance de PPL apresentar hipertrofia ventricular, sequela comum de tratamento inadequado de HAS, foi de 2,7 maior (IC 95% 0.9-7.9).[5]

Fatores de risco associados a HAS, como história familiar (primeiro grau), obesidade e idade, mantiveram o padrão esperado neste estudo. Dados divergentes ao esperado e a literatura envolveram a "proteção" contra HAS encontrada em análise bivariante com tabagismo e uso de drogas prévia (p=0,601) (OR= 0,778; IC95% 0,304 a 1,993). Como a prevalência de uso prévio de drogas era quase 100% da amostra, essa associação perde a confiabilidade, por ter uma variável praticamente constante, sem amostra suficiente de uso de drogas após a prisão para contrapor ao uso prévio. Comparativo a outro estudo sobre fatores de risco e patologias crônicas[20], tabagistas apresentaram maior risco para HAS (p=0,003) (OR=1,770; IC95% 1,220 a 2,570) e consumo de cocaína (p=0001) (OR=1,897; IC95% 1,333 a 2,702).[58] Como a noção de casualidade sobre doenças é complexa e multifatorial, vários critérios podem influenciar no saldo final de risco x proteção.[59] Uma hipótese, portanto, que poderia explicar a divergência quanto a este dado, seria a de que o fator "idade" da presente amostra (predominantemente jovem) tenha interferido, de forma protetora, com maior impacto, que o risco deletério do tabagismo.

O aumento de 117% sobre os diagnósticos de HAS sugere a importância de se realizar busca ativa de novos casos. Em alguns prontuários havia registro de medida da PA na admissão na UP, mas não representa uma rotina obrigatória. A O desafio prioritário seria a oferta de cuidado longitudinal programado para pacientes crônicos e medidas de PA ocasionais para toda PPL, mas se sabe que, apesar do interesse e esforços da equipe de saúde, normalmente até mesmo o manejo de demandas agudas representa um imenso desafio.

Após o período de coleta, estipulou-se a meta de acompanhamento inicial da equipe de pesquisa para todos os hipertensos identificados, dada a necessidade

eventual de manejo de medicações e o caráter crônico de exames complementares. O cuidado prosseguiu em visitas médicas à UP, realizadas semanalmente, durante dois meses, para verificação de curva pressórica, manejo de medicamentos, análise de eletrocardiogramas solicitados (realizados na própria Unidade) e aconselhamento sobre hábitos de vida. O segundo desafio para o controle de HAS, portanto, consiste em disponibilizar o seguimento integral e longitudinal, proposto pela Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica.[31]

Há boa oferta de anti-hipertensivos e organização exemplar da entrega dos comprimidos nas celas (controle amplo em planilhas, divisão com a inscrição de uso de cada medicamento, organizado em pequenos sacos plásticos), porém a concentração de drogas e as diversas classes sofrem flutuação quanto a sua disponibilidade mensal. Trata-se do terceiro desafio quanto a HAS nas PPL: disponibilidade farmacêutica e uso adequado das medicações dentro das celas. A equipe de saúde da UP sugeria que se registrasse em conduta possibilidades de tratamento de ao menos duas drogas, que possam ser intercambiadas no caso de falta de fornecimento. Outra possibilidade, por vezes considerada, é a realização da "receita externa", que é encaminhada para familiares que possam adquirir medicamentos não padronizados na farmácia prisional, ou em falta de estoque.

O quarto desafio envolve manejo de crises hipertensivas ou de complicações vinculadas a doenças cardiovasculares, quase sempre conduzidas ao máximo com recursos locais e, se necessário, referenciadas à Unidade de Pronto Atendimento, sob necessidade de escolta policial. O quinto desafio, que se aplica também às demais DCNTs, envolve a rede de referenciamento de casos para especialidades, exames ou rede hospitalar. Segundo a equipe de saúde, tais deslocamentos *extramuros* de uma PPL, sob custódia do Estado, demanda intensa organização e cuidados de segurança, e são realizados somente em caso de se esgotarem todos os meios internos para resolução do problema. É importante considerar que 60% das UPs estão localizadas em municípios pequenos, portanto nem sempre com recursos e infraestrutura suficientes para acolher a rede de referenciamento para Atenção Secundária e Terciária, agravado ainda com a demanda de vulnerabilidade do perfil populacional prisional.[60]

Tabela 20 - Variação de prevalências de HAS para população brasileira geral e sexo masculino, de acordo com a base de levantamento de dados

Fonte	PA	n	Geral (%)	Homens(%)
Picon et al.	Aferida	17.085	28,7 (26,2-31,4)	27,3 (22,5-32,8)
Scala et al.	Aferida	-	21,9- 46,6	-
VIGITEL, 2014	Autorreferida(telefone)	40.853	25,0	22,1%
PNS, 2013	Autorreferida	62.966	21,4	18,1
PNS, 2014	Aferida	59.402	22,3	25,3

Fonte: 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão, 2016.[31]

5.6.2 Dislipidemia e obesidade

A prevalência de obesidade é baixa na PI (13,37%), inferior à do Brasil para o sexo masculino (18,7%).[45] Para dados de sobrepeso, a diferença é ainda mais acentudada, indicando que a população carcerária da PI apresenta padrão maior de eutrofia (Tabela 21). Esse padrão também é afirmado em análise nos EUA[37], que estipula que pessoas encarceradas teriam proteção e menor risco em relação à obesidade, em comparação com a população não encarcerada (OR=0,80; IC95% 0,72 a 0,88). A Tabela 21 apresenta o comparativo de quatro estudos sobre doenças crônicas em PPL, entre a PI e a população brasileira. Dentre eles, a PI apresentou maior padrão de eutrofia por porcentagem isolada.

Uma questão que se desejava responder era se a eutrofia atingida de forma predominante condizia com emagrecimento de pessoas em sobrepeso e obesidade durante cumprimento de reclusão, ou seja, se existia tendência à perda de peso na PI. O fato de a variação de peso (inclusão x atual) ter se mantido na média de ganho de cerca de apenas 2 kg indica que é provável que a flutuação ponderal tenha influência individualizada e multifatorial (hábitos de vida, frequência e aporte calórico de refeições, consumo de alimentos do pecúlio ou de visitas) e não uma tendência global da Instituição. O aporte calórico não é mensurado neste estudo, mas se sabe que a prática de atividades físicas é realizada pela minoria da população desta amostra e não demonstrou proteção em relação ao risco de obesidade (Tabela 17).

O aumento de mais de 800% na prevalência de DLP na população estudada indica padrões de maior subdiagnóstico, o que elevou o número a 54,5%, compatível

com dados da população brasileira, com variação de 43-60% em estudos de base populacionais[61] É sugerido que esse grande aumento na PI se associe ao fato de que alterações lipídicas promovam pouco ou nenhum sintoma e não há rastreio diagnóstico formal no cárcere, nem mesmo em populações com doenças que aumentam o risco cardiovascular.

A relação de proteção em populações mais jovens (<49 anos) e o aumento da tendência para maior DLP na faixa etária de 40-49 anos, em obesos e pessoas com circunferência abdominal ≥102 cm, é esperada, de acordo com a fisiopatologia das alterações lipídicas proporcional à idade e ao aumento de peso.[61] Tem-se, ainda, número pouco expressivo de entrevistados idosos (pelo perfil da PI), o que pode explicar o motivo de essa mesma relação não ter sido confirmada para idades acima de 50 anos (Tabela 12).

Tabela 21 - Perfil comparativo entre principais estudos nacionais e internacionais com PPL e população geral brasileira

	PI Serra Azul	**RJ[22] (2015)**	**Australia[62] (2016)**	**EUA[37] (2009)**	**Espanha[20] (2014)**	**População geral brasileira[45]**
Amostra	**N= 202**	**N= 1573**	**N= 946**	**N= 14 273**	**N= 1170**	**-**
Perfil população	Masculina	Adultos	Masculina	Adultos	Adultos	Masculina
Média de Idade	36,48 anos	30,7 anos	35,5 anos	40 anos	37,4 anos	-
IMC (kg/m^2)						
<18,5	0,99%	-	0,8 %	0,53%	-	-
18,5-24,9	50%	-	26,7 %	30,0 %	48,1%	-
25-29,9	35,6%	-	58,3 %	45,7%	39,6%	57,8%
≥30	13,37%	-	14,2 %	23,7%	12,3%	18,7%
Circunf. Abd (cm)						
94-101	13,14%	-	19,2%	-	-	
≥102	15,4%	-	14,2%	-	-	
HAS ou cardíaco/circulatória	24,80%	23,2% (homens)		28,4%	17,8%	22,1%
DM2	2,5%	-	5%	7,3%	5,3%	7,1%
Dislipidemia	54,5%	-	57,7%	-	34,8%	43-60%*
Síndrome Metabólica	16,83%	-	26%	-		12,4 -28,5% [30]
Tabagismo	49,01%	65,5% (homens)	55,8%	50,4%	70,4%	12,1%
Sedentarismo	70,3%	-	16%		38,5%	54,6%

5.6.3 Diabetes mellitus tipo II (DM2) e síndrome metabólica

O grupo pequeno de paciente diabéticos, obtido na PI, caracteriza a DM2 com a menor prevalência de todas as doenças estudadas, sendo quase três vezes menor que a da masculina brasileira. Na mesma comparação de estudos de perfil semelhante (Tabela 20), entretanto, observa-se prevalência também pequena, com variação de 5,3%-7,3% (considerados dados nacionais e internacionais), o que demonstra um padrão mais "conservador" de DM. É provável que essa doença acompanhe mais uma tendência populacional ampla ou outras tendências próprias do indivíduo do que condições particulares da privação de liberdade. Apesar de ter sido documentada associação de risco com idade, obesidade e circunferência abdominal, observou-se na Tabela 17 que, em outras variáveis, o número de apenas cinco diabéticos pode ter impactado em associações não confirmadas. Nota-se que, ainda que se tenha baixa prevalência final (2,5%), ela supera a de 0,5% registrada em planilha inicial da PI (Tabela 1) e da história patológica relatada (2%).

Sobre a rotina interna de cuidados com diabéticos, há o controle de insulino-dependentes com curva glicêmica. Esses pacientes são conhecidos da equipe, e suas doses e tipo de insulina são afixados em enfermaria. Como os sentenciados não podem portar agulhas nas celas, são encaminhados para a enfermaria diariamente em cada horário de tomada das doses, onde eles mesmos se aplicam a injeção subcutânea. Os principais desafios são manter esse deslocamento sincronizado com as refeições, impossibilidade de tomadas noturnas (quando a enfermaria está fechada) e pouco controle alimentar de diabéticos, principalmente após as visitas aos finais de semana.

Há poucos dados na literatura sobre prevalência no Brasil de síndrome metabólica[30], e a margem para a população masculina demonstrada compõe estudos de vários países.[30] Conclui-se que os dados da PI se encontram dentro de faixa compatível com esses valores e inferior à documentada em estudo australiano[62] (Tabela 21).

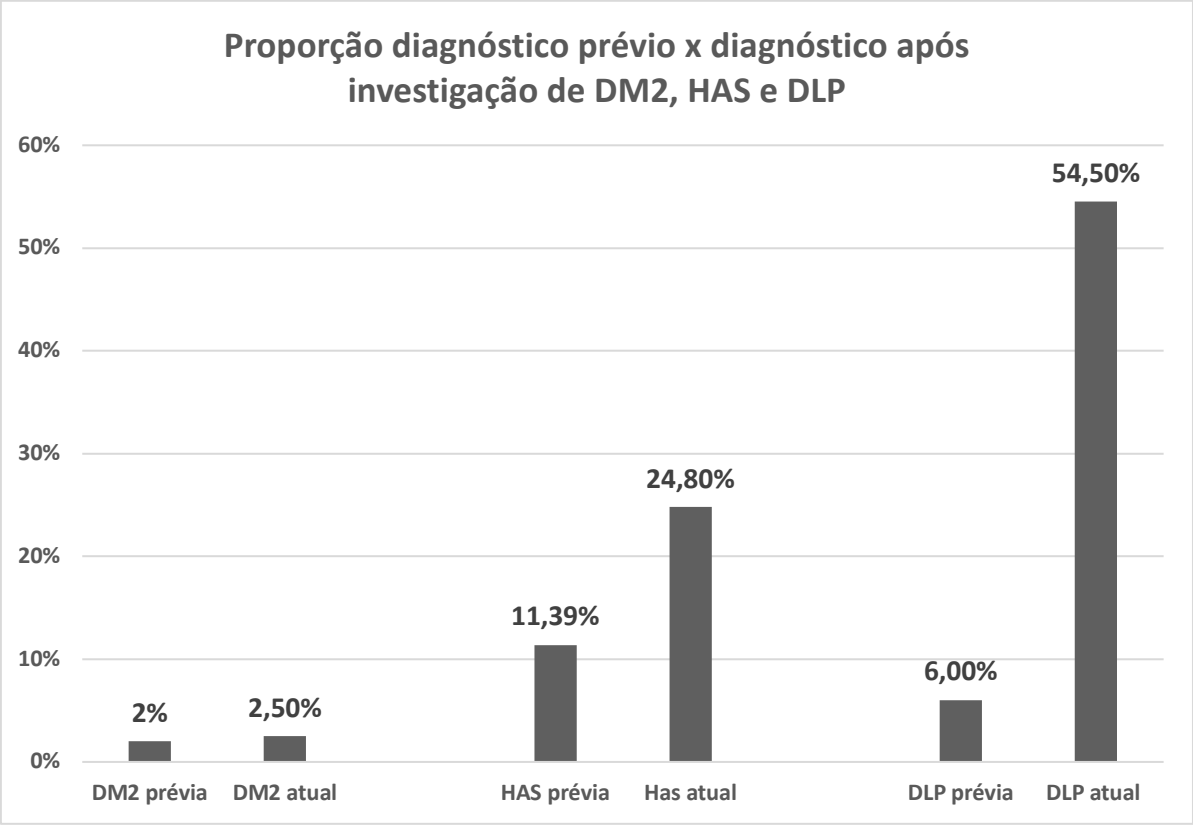
5.6.4 DCNT: aspectos gerais

Todas as doenças analisadas nas PPL da PI (Figura 18) e em outros centros penitenciários estavam subnotificadas, especialmente a DLP. Em estudo espanhol, estimaram-se 19,3% de diagnósticos para condições crônicas entre 1170 pessoas em sistema prisional. Após investigação, esse número saltou para 32,3% para qualquer enfermidade crônica. Nesse cenário, A DLP, de maior prevalência, teve diagnóstico quatro vezes mais frequente após investigação laboratorial.[20]

Impactam além do indivíduo, comunidades e recursos de gestão em saúde, como enfatizado: "*As doenças crônicas não transmissíveis representam um processo incurável, com carga social, tanto desde a dependência e incapacidade que gera como para o ponto de vista econômico*".[20] Doenças cardiovasculares em prisões, foram a maior causa de mortalidade em 2011 (19,5%), acompanhando a tendência de transição de causa de doenças infecciosas para etiologias vinculadas à DCNT.[20] Outro aspecto importante, citado principalmente em fontes dos EUA[5,63], é o envelhecimento da população carcerária e, consequentemente, maior impacto esperado de DCNT. Modelos de cuidado para essas doenças aplicáveis na comunidade podem ser moduladas à realidade de UPs, porém nem sempre são adaptados para as realidades locais.[63]

A organização de rotina de longitudinalidade por doenças crônicas nas UPs é, portanto, tão necessária quanto para a população não encarcerada, a fim de se realizarem diagnóstico e controle precoces. Para tanto, é essencial a criação de estratégias que ajudem a melhorar o apoio de equipes mudisciplinares na prisão, que reduzam os fatores de risco modificáveis, propiciem qualidade alimentar, oferta de atividades física, redução do tabaco; ou, ao menos, do tabagismo passivo; e que outras equipes multidisciplinares auxiliem na melhoria da alimentação e oferta de exercícios físicos na prisão, principais fatores de risco modificáveis.[20]

Figura 18 - Proporção de diagnóstico por história patológica *versus* diagnóstico final nas PPL de Serra Azul-SP, 2020



6. *Conclusões*

Os fatores limitantes para esta pesquisa envolveram orçamento de gastos, principalmente relacionados aos custos de exames laboratoriais, o que não permitiu maior grupo amostral, particularidades para permissão de pesquisa em população vulnerável junto a Comitês de Ética e prazos de coleta mais limitados, sujeita à disponibilidade do ambiente prisional.

Concluiu-se que que o perfil sociodemográfico dos sentenciados da Penitenciária I de Serra Azul é predominantemente de adultos jovens (18 a 39 anos), de cor de pele parda ou negra, solteiros ou em uniões estáveis, e com história de uso de substâncias lícitas ou ilícitas prévio ao cárcere. Tal perfil se assemelha a outros dados da literatura para PPL nacionais e internacionais. Obteve-se, ainda, perfil de baixa escolaridade (Ensino Fundamental predominante) majoritária, de padrão inferior à populaçao brasileira. Apesar de grande parte relatar ocupação laboral prévia, a maior porcentagem é de caráter informal, portanto sem carteira assinada. Sabe-se que não há vagas para trabalho ou estudo para todos os detentos na PI, mas se destaca o dado de que metade dos sentenciados que realizaram cursos técnicos relataram ter ocorrido dentro do sistema prisional. Enfatiza-se também o perfil de alta religiosidade dos entrevistados, em mais de 85%, e o relato da cerca de metade de que a crença aumentou durante o período de privação de liberdade, o que pode representar um canal para estratégia de ressocialização.

Os motivos do encarceramento não foram abordados neste estudo, mas se sabe do perfil da PI de “crimes gerais”, associado ao perfil nacional de maiores crimes que levam ao cárcere, em ordem de maior prevalência: tráfico, roubo, furto e homcícios. As taxas de reincidência na PI são altas (cerca de 80%) na PI, aspecto presente também em dados nacionais, que refletem ainda a ineficácia sobre a ressocialização do egresso prisional.

Quanto a hábitos de vida, sabe-se que a prisão envolve risco de saúde pelas condições extremas, superlotação, insalubridade, má alimentação e hábitos nocivos. O tabagismo foi frequente em todos os raios para cerca de metade dos entrevistados (maior quanto ao cigarro de palha). Enfatiza-se a importância dos riscos relacionados ao fumo passivo, velado e de difícil controle no sistema prisional. O uso prévio de drogas foi expressivo em quase a totalidade dos entrevistados da PI,

principalmente em jovens de 18 a 33 anos, com maconha predominante. Houve redução significativa da prevalência de álcool e drogas comparado a antes e após o cárcere, mas o tabagismo se manteve em taxas equiparáveis. Sugere-se que essa redução seja consequente aos esquemas de segurança para contenção de entrada de substâncias, como revistas de materiais ou uso de *scanner* humano.

A alimentação ainda mostrou carência quanto à oferta frequente de verduras e legumes e apoio nutricional para dietas especiais dietéticas. A maioria das PPL na PI é sedentária; o que demonstrou impacto nas condições de saúde, com aumento de ansiedade e maior taxa de tabagismo, porém não interferiu nos resultados de eutrofia ou obesidade. Apesar dos desafios do cárcere e de cerca de 40% terem relatado nunca terem sido atendido por equipe de saúde, a autoavalição de saúde predominou como boa ou regular.

Quanto ao perfil de IMC, observou-se maior padrão de eutrofia, com cerca de metade com alterações de peso (sobrepeso em cerca de um terço). Obesidade em qualquer grau foi pouco prevalente, menos de 15% das PPL na PI. O mesmo perfil se manteve para aumento de circunferência abdominal e para síndrome metabólica.

Ressalta-se, ainda, um dos aspectos mais importantes evidenciados neste estudo: todas as DCNT se mostraram subnotficadas na PI, em menor grau para diabetes e maior grau para dislipidemia. Em valores totais, obtiveram-se prevalências de hipertensão arterial em 24,8%, compatível com as da população geral, porém importante se considerar o valor proporcional para a faixa etária jovem. Foram obtidos valores de dislipidemia em 54,5%, obesidade em 13,37%, diabetes em 2,5% e síndrome metabólica em 18,83%. Impactos gerais de saúde não se limitam aos indivíduos encarcerados, mas podem se expandir para suas famílias, comunidades e indicadores de Saúde Pública.

A dificuldade em estruturar e capacitar equipes de ESF no sistema prisional, associada aos desafios de manter redes de assistência em saúde, ocasiona também dificuldade de acesso em saúde e sobrecarga de doenças. O envelhecimento das PPL tende a agravar demandas de DCNT, principalmente em países com perfil de penas prolongadas.

7. Referências Bibliográficas[1]

[1]Elaboradas de acordo com as Diretrizes para Apresentação de Dissertações e Teses da USP: Documento Eletrônico e Impresso - Parte I (ABNT) 3ª ed. São Paulo: SIBi/USP, 2016.

1. WALMSLEY, R. **World Prison Population**. twelfth ed. Londres: Institute for Criminal Policy Research, 2018. 19p.

2. MARTINS, H. População carcerária quase dobrou em dez anos. **Agência Brasil**, Brasília, 26 de jun. de 2018. Disponível em:<https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-06/populacao-carceraria-quase-dobrou-em-dez-anos. Acesso em 21 de abr. 2020.

3. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. **Departamento Penitenciário Nacional**, 2016. Disponível em: http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias-2016/relatorio_2016_22111.pdf. Acesso em 22 de abr. 2020.

4. SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA. Site da SAP, 2020. Página Principal. Unidades Prisionais. Disponível em: http://www.sap.sp.gov.br/. Acesso em 24 de abr. 2020.

5. WILDEMAN, C.; WANG, E. A. Mass incarceration, public health, and widening inequality in the USA. **Lancet.** v. 389, n. 10077, p.1464-74, 2017.

6. MIN, I.; SCHONBERG, D.; ANDERSON, M. A Review of primary care training programs in correctional health for physicians. **Teach Learn Med**. v. 24, n. 1, p. 81-9, 2012.

7. GOIS, S. M. et al. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. **Cien Saude Colet**. v. 17, n. 5, p.1235-46, 2012.

8. ASSIS, R. D. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. **Rev CEJ.** v. 11, n. 39, p.74-8, 2007.

9. UNITED NATIONS. **Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Nelson Mandela Rules)**. General Assembly, 2015. Disponível em: https://undocs.org/A/RES/70/175. Acesso em 22 de abr. 2020.

10. MØLLER, L. et al. **Health in prisons.** A WHO guide to the essentials in prison health. 1ª ed. Copenhagen: World Halth Organization, 2007. 398p.

11. FERNANDES, L. H. et al. Necessidade de aprimoramento do atendimento à saúde no sistema carcerário. **Rev Saúde Pública**. v. 48, n. 2, p. 275-283, 2014.

12. SOUSA, M. C. P. et al. Atenção à saúde no sistema penitenciário: revisão de literatura. Rev Interdisciplinar. v. 6, n. 2, p.144-51, 2013.

13. BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano nacional de saúde no sistema penitenciário**. Brasília, 2005. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf. Acesso em 24 de abr. 2020.

14. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial Nº 1, de 2 de Janeiro de 2014.** , Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em 23 abr. 2020.

15. BRASIL. **Portaria Nº 482, de 1º de abril de 2014**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482_01_04_2014.html. Acesso em 23 abr. 2020.

16. SOARES FILHO, M. M.; BUENO, P. M. M. G. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. **Cien Saude Colet**. v. 21, n. 7, p. 1999-2010, 2016.

17. ASSIS, R. D. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. **DireitoNet**, 26 mai. 2007. Disponível em: https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/3481/A-realidade-atual-do-sistema-penitenciario-brasileiro. Acesso em 24 abr. 2020.

18. BITENCOURT, C. R. **Falência da pena de prisão: causas e alternativas.** 3ª Ed. São Paulo: Saraiva, 1993.

19. GARCÍA-GUERRERO, J. VERA-REMARTÍNEZ, E. J.; PLANELLES-RAMOS, M. V. Cambios en el uso de recursos hospitalarios desde la prisión: un estudio de 16 años. **Rev Esp Sanid Penit.** v. 14, n. 2, p. 41-9, 2012.

20. VERA-REMARTÍNEZ, E. J. et al. Prevalencia de patologías crónicas y factores de riesgo en población penitenciaria española. **Rev Española Sanid Penit.** v. 16, n. 2, p. 38-47, 2014.

21. CONSTANTINO, P.; ASSIS, S. G.; PINTO, L. W. O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cien Saude Colet**. v. 21, n. 7, p. 2089-2100, 2016.

22. MINAYO, M. C. S.; RIBEIRO, A. P. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cien Saude Colet**. v. 21, n. 7, p. 2031-40, 2016.

23. GARCÍA-GUERRERO, J., VERA-REMARTÍNEZ, E. J.; PLANELLES RAMOS, M. V. Causas y tendencia de la mortalidad en una Prisión Española (1994-2009). **Rev Esp Salud Publica.** v. 85, n. 3, p.245-55, 2011.

24. SÃO PAULO. Secretaria de Adminstração Penitenciária. **Dados estatísticos educação e trabalho- população carcerária masculina**, 2017. Disponível em: http://www.sap.sp.gov.br/download_files/pdf_files/SAP_perfil-pop-masculina_dez-2017.pdf. Acesso em 24 abr. 2020.

25. SÃO PAULO. Museu Penitenciário Paulista: Arquitetura Prisional. **Portal Virtual**, São Paulo, 17 mar. 2016. Disponível em: http://museupenitenciario.blogspot.com/2016/03/arquitetura-prisional.html. Acesso em 22 abr. 2020.

26. MINAYO, M. C. S.; CONSTANTINO, P. **Deserdados sociais.** Condições de vida e saúde dos presos do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

27. FRANCO, L. J.; PASSOS, A. D. C. **Fundamentos de epidemiologia**. Barueri: Manole, 2011.

28. ABESO. **Diretrizes brasileiras de obesidade**. 2016. Disponível em: https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf. Acesso em: 21 abr. 2020.

29. LEAN, M. E. J.; HAN, T. S.; MORRISON, C. E. Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. **BMJ.** v. 311, n. 6998, p. 158-61, 1995.

30. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento Da Síndrome Metabólica**. 2013. Disponível em: www.arquivosonline.com.br. Acesso em: 21 abr. 2020.

31. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial. 2016.** Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. Acesso em: 21 abr. 2020.

32. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019-2020**. Disponível em: https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf. Acesso em 24 abr. 2020.

33. BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Portaria Conjunta**. [s.l: s.n.]. Disponível em:<http://portalms.saude.gov.br/protocolos-e-diretrizes>. Acesso em: 14 abr. 2020.

34. WHO (World Health Organization). **Global recommendation on physical activity for health**, 2011.

35. GOMES F. **Correlações em R**. 2017. Disponível em: http://rstudio-pubs-static.s3.amazonaws.com/333174_2dd6bca1e4cc43159f088229bb76633e.html. Acesso em: 23 abr. 2020.

36. BRASIL. Conselho Nacional do Ministério Público. **Taxa de ocupação dos presídios brasileiros é de 175%, relatório dinâmico "Sistema Prisional em números"** 2018. Disponível em: https://www.cnmp.mp.br/portal/todas-as-noticias/11314-taxa-de-ocupacao-dos-presidios-brasileiros-e-de-175-mostra-projeto-sistema-prisional-em-numeros. Acesso em: 21 abr. 2020.

37. BINSWANGER, I. A.; KRUEGER, P. M.; STEINER, J. F. Prevalence of chronic medical conditions among jail and prison inmates in the USA compared with the

general population. **J Epidemiol Community Health.** v. 63, n. 11, p. 912-9, 2009.

38. IBGE (instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua 2012-2018**. 2018. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9173-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-trimestral.html?=&t=downloads. Acesso em: 24 abr. 2020.

39. SÃO PAULO. Secretaria De Administração Penitenciária. **Egresso e Família**. [s.d.]. Disponível em: http://www.sap.sp.gov.br/crsc/egresso-familia.html. Acesso em: 23 abr. 2020.

40. IBGE (instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Censo 2010:** número de católicos cai e aumenta o de evangélicos, espíritas e sem religião. 2010. Disponível em: https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?id=3&idnoticia=2170&view=noticia. Acesso em: 23 abr. 2020.

41. CLEAR, T. R.; SUMTER, M. T. Prisoners, prison, and religion. **J Offender Rehabil.** v. 35, n. 3-4, 125-56, 2008.

42. SILVA, A. C. M. Reaproximação Familiar é direito do condenado, não alcançado pelos efeitos da sentença. **Jusbrasil**. 2018. Disponível em: https://augustocsilva.jusbrasil.com.br/artigos/605041303/reaproximacao-familiar-e-direito-do-condenado-nao-alcancado-pelos-efeitos-da-sentenca. Acesso em: 23 abr. 2020.

43. BRASIL. Presidência da República - Casa Civil. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal.** 1984. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7210.htm. Acesso em: 23 abr. 2020.

44. SÃO PAULO. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. **Decreto nº 43.339, de 21 de julho de 1998**. 1998. Disponível em: https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1998/decreto-43339-21.07.1998.html. Acesso em: 23 abr. 2020.

45. BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil**. 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2018. Acesso em: 23 abr. 2020.

46. JUCÁ, K. **Horta da Penitenciária II de Pontim emprega reeducandos**. 18 de fevereiro de 2020. Disponível em: http://www.sap.sp.gov.br/noticias/not1626.html. Acesso em: 23 abr. 2020.

47. HANNAN-JONES, M.; CAPRAA, S. Prevalence of diet-related risk factors for chronic disease in male prisoners in a high secure prison. **Eur J Clin Nutr.** v. 70, n. 2, p. 212-6, 2016.
48. NEVES, E. S. **A prática da atividade física no sistema prisional brasileiro:**

Algumas iniciativas da educação penitenciária no início do século XX. 2011. 128f. Dissertação (Mestrado) - Universidade São Judas Tadeu. São Paulo, 2011. Disponível em: https://www.usjt.br/biblioteca/mono_disser/mono/2011/162.pdf.

49. SANCHEZ-LASTRA, M. A.; DE DIOS ÁLVAREZ, V.; PÉREZ, C. A. Effectiveness of prison-based exercise training programs: A systematic review. **J Phys Act Health.** v. 16, n. 12, p. 1196-209, 2019.

50. CONFEF. Atividade física e ressocialização. **Rev Educ Fís**. v. 66, p. 8-10, 2017.

51. GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. 2ª Ed. Porto Alegre: ARTMED, 2019. 2432p.

52. LARANJEIRA, R. et al. **II LENAD - Levantamento Nacional de Álcool e Droga**. O consumo de tabaco no Brasil. 2012. Disponível em: www.inpad.org.br/lenad. Acesso em: 23 abr. 2020.

53. MUAKAD, I. B. Tabagismo: Maior Causa Evitável de Morte do Mundo. **Rev Fac Dir Univ São Paulo**. v. 109, p. 527-58, 2014.

54. REICHERT, J. et al. Diretrizes da SBPT Diretrizes para cessação do tabagismo. **J Bras Pneumol**. v. 34, n. 10, p. 845-80, 2008.

55. CRUZ, D. T.; SANTOS A. F.; SILVA JUNIOR, W. S. Utilização da tecnologia de scanners em segurança pública do Estado do Mato Grosso do Sul. **Rev Interfaces.** v. 4, n. 13, p. 212-26, 2017.

56. AGEPEN. **Governo implanta alta tecnologia em presídios para tornar inspeção mais eficaz**. 2019. Disponível em: http://www.agepen.ms.gov.br/governo-amplia-tecnologia-de-presidios-para-tornar-inspecao-mais-eficaz/. Acesso em: 23 abr. 2020.

57. CHOMATAS, R.V. et al. **Planificação da atenção à saúde**. CONASS. Rio Grande do Sul, 2019. Disponível em: https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201904/04092507-oficina-3-atencao-primaria-a-saude-17-crs.pdf. Acesso em: 24 abr. 2020.

58. SHEA, S, et al. Predisposing factor for severe, uncontrolled hypertension in a inner-city minorty population. **N Engl J Med.** v. 327, n. 11, p. 776-81, 1992.

59. ARAUJO, L. F. S. C.; DALGALARRONDO, P.; BANZATO, C. E. M. Sobre a noção de causalidade na medicina: aproximando Austin Bradford Hill e John L. Mackie. **Rev Psiq Clín**. v. 41, n. 2, p. 56-61, 2014.

60. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Conjunta Nº 8 de 30 de julho de 2019.** 2019. Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/protocolos-e-diretrizes,. Acesso em: 23 abr. 2020.

61. XAVIER, H. T. et al. **V Diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose**. **Arq Bras Cardiol.** v. 101, n. 4, Supl. 1, p. 1-30, 2013.

62. BRADSHAW, R. et al. The health of prisoners: Summary of NICE guidance. **BMJ (Online)**. v. 356, p. 1-6, 2017.

63. WANG, E. A. et al. A tool for tracking and assessing chronic illness care in prison (ACIC-P). **J Correct Health Care.** v. 20, n. 4, p. 313-33, 2014.

8. *Apêndices*

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE COLETA

Condições de Saúde da População Privada de Liberdade na Penitenciária I de Serra Azul/SP

QUESTIONÁRIO[1] SOBRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA PI DE SERRA AZUL/SP

Esta prancheta com o questionário irá acompanhar o participante em cada estação.

MATRICULA DE IDENTIFICAÇÃO

_____

Data: ___/___/___

Pesquisador_____

ESTAÇÃO 1: IDENTIFICAÇÃO GERAL	
1. Identificação Numérica do Participante (Ordem numérica da pesquisa):	
2. Nome do participante (Nome completo):	
3. Raio:	**4. Matrícula (da UP):**
5. Idade atual:	**6. Data de Nascimento** ___/___/_____
7. Local de nascimento (cidade/ estado):	
8. Procedência (cidade/estado) antes de ser preso:	
9. Estado conjugal atual 1. ( ) solteiro 2. ( ) Casado legalmente 3. ( ) União Estável 4. ( ) Separado/Divorciado 5. ( ) Viúvo 6. ( ) Não quis informar	
10. Qual a sua cor/raça? (autodeclarada) 1. ( ) branco 2. ( ) preto 3. ( ) pardo 4. ( ) amarelo 5. ( ) indígena 6. ( ) não sabe 7. ( ) não quis informar	
Escolaridade **11. Você sabe ler?** ( ) Sim ( ) Não **12. Você frequenta a escola atualmente na penitenciária?** ( ) Sim ( ) Não **13. Qual série?**_____ **( ) Não se aplica** **14. Grau de Instrução: Até que série você estudou?** 1. ( )Nunca estudou 2. ( ) Ensino Fundamental Incompleto (1° ao 9° ano ou 1° grau). Até que série você estudou? _____ 3. ( )Ensino Fundamental completo. 4. ( ) Ensino Médio Incompleto (1- 3° ano/científico ou 2° grau). Até que série você estudou? _____ 5. ( ) Ensino médio completo 6. ( ) Superior incompleto 7. ( ) Superior completo 8. ( ) Pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado) 9. ( ) Não quis responder 10. ( ) Não sabe **15. Já realizou algum curso técnico de formação?** ( ) SIM ( ) NAO **16. Se SIM, foi na prisão?** ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não se aplica	
17. O senhor trabalha na prisão? ( ) Sim ( ) Não **18. O que o senhor faz?** _____ **( ) Não se aplica** **19. Tinha ocupação prévia à prisão?** ( ) Sim ( ) Não **20. O que o senhor fazia?** _____ **( ) Não se aplica** **21. Tinha Carteira assinada?** ( ) Sim ( ) Não **( ) Não se aplica**	

1

Condições de Saúde da População Privada de Liberdade na Penitenciária I de Serra Azul/SP

QUESTIONÁRIO SOBRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA PI DE SERRA AZUL/SP

Esta prancheta com o questionário irá acompanhar o participante em cada estação

Data: ___/___/___

Pesquisador_____

MATRICULA DE IDENTIFICAÇÃO

_____

ESTAÇAO 2: DADOS ANTROPOMETRICOS	
22. PESO (kg):_____	23. ALTURA (m/cm): ___, _____
24. CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (cm):	
25. PRESSAO ARTERIAL* (mmHg)	
26. Membro Superior Direito:	
27. Membro Superior Esquerdo:	
28. Peso de entrada no Sistema Prisional:	
29. Data do peso da entrada no Sistema Prisional	

* Paciente sentado, pernas descruzadas, verificar posicionamento do manguito, braço no nível do coração (apoiado sobre a mesa). Caso seja necessário medir no mesmo braço, esperar dois minutos entre cada medida.

CHECOU A MATRÍCULA? _____

REGISTROU NO PRONTUÁRIO OS DADOS DE PESO, ALTURA, CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL E A PRESSÃO ARTERIAL? _____

2

Condições de Saúde da População Privada de Liberdade na Penitenciária I de Serra Azul/SP

QUESTIONÁRIO SOBRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA PI DE SERRA AZUL/SP

Esta prancheta com o questionário irá acompanhar o participante em cada estação.

MATRICULA DE IDENTIFICAÇÃO

_____

Data: ___/___/___
Pesquisador_____

Agora vamos perguntar sobre sua saúde

ESTAÇÃO 3: ANAMNESE - DADOS SOBRE A SAÚDE

30. Em geral, como o senhor avalia a sua saúde?
1. ( ) Muito boa. 2. ( ) Boa 3.( ) Regular 4.( ) Ruim 5. ( ) Muito ruim

31. O senhor já foi atendido pela equipe de saúde desta penitenciária?
( ) 1. Sim ( ) 2. Não

32. Algum MÉDICO já lhe disse que o Senhor tem PRESSÃO ALTA?
( ) 1. Sim ( ) 2. Não 3. ( ) Não lembra

33. O Senhor toma ou já tomou remédio para PRESSÃO ALTA?
( ) 1. Sim ( ) 2. Não 3. ( ) Não lembra

34. O Senhor já teve glicemia (açúcar no sangue) elevada durante um exame de rotina ou quando estava com problema de saúde?
( ) 1. Sim ( ) 2. Não

35. Algum MÉDICO já lhe disse que o Senhor tem DIABETES?
( ) 1. Sim ( ) 2. Não 3. ( ) Não lembra

36. O Senhor toma ou já tomou remédio para DIABETES?
( ) 1. Sim ( ) 2. Não 3. ( ) Não lembra

37. Se SIM, faz uso de insulina? ( )1. Sim ( ) 2. Não

38. Algum MÉDICO já lhe disse que o Senhor tem Colesterol alto?
( ) 1. Sim ( ) 2. Não 3. ( ) Não lembra

39. O Senhor toma ou já tomou remédio para colesterol alto?
( ) 1. Sim ( ) 2. Não 3. ( ) Não lembra

40. Algum MÉDICO já lhe disse que o Senhor teve infarto do coração?
( ) 1. Sim ( ) 2. Não 3. ( ) Não lembra

41. Algum MÉDICO já lhe disse que o Senhor teve derrame ou AVC?
( ) 1. Sim ( ) 2. Não 3. ( ) Não lembra

42. Algum MÉDICO já lhe disse que o Senhor tem ou teve Depressão?
( ) 1. Sim ( ) 2. Não 3. ( ) Não lembra

43. Algum MÉDICO já lhe disse que o Senhor tem ou teve transtorno de ansiedade?
( ) 1. Sim ( ) 2. Não 3. ( ) Não lembra

Vulnérare

Condições de Saúde da População Privada de Liberdade na Penitenciária I de Serra Azul/SP

ESTAÇÃO 3: ANAMNESE DADOS SOBRE HISTÓRIA FAMILIAR
44. Você tem alguém na família que foi diagnosticado com DIABETES (do tipo 1 ou tipo 2) ( ) 1. Sim, avós, tia, tio, primos de primeiro grau (mas não os pais, irmãos ou filhos) ( ) 2. Sim, pais, irmãos ou filhos ( ) 3. Não ( ) 4. Não soube informar **45. Você tem alguém na família que foi diagnosticado com PRESSÃO ALTA?** ( ) 1. Sim, avós, tia, tio, primos de primeiro grau (mas não os pais, irmãos ou filhos) ( ) 2. Sim, pais, irmãos ou filhos ( ) 3. Não ( ) 4. Não soube informar **46. Você tem alguém na família que foi diagnosticado com COLESTEROL ALTO?** ( ) 1. Sim, avós, tia, tio, primos de primeiro grau (mas não os pais, irmãos ou filhos) ( ) 2. Sim, pais, irmãos ou filhos ( ) 3. Não ( ) 4. Não soube informar

ESTAÇÃO 3: ANAMNESE DADOS SOBRE HÁBITOS DE VIDA
47. Com que frequência o senhor come verduras, legumes e frutas? 1. ( ) Todo os dias 2. ( ) Não como todos os dias
48. Pratica atividade física diariamente durante pelo menos, 30 minutos, no trabalho e/ou durante o tempo livre (incluindo as atividades da vida diária? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não
RELIGIÃO **49. O senhor tem alguma Religião:** _____ ( ) Não. Sem religião declarada **50. É praticante:** ( ) sim ( ) não **51. A situação de confinamento alterou sua crença** 1.( ) Não 2.( )Sim, aumentou 3.( )Sim, diminui 4.( ) Mudei de religião. Para qual?_____ Por quê? _____

4

Vulnerare

Condições de Saúde da População Privada de Liberdade na Penitenciária I de Serra Azul/SP

MATRICULA DE IDENTIFICAÇÃO

_____

Agora vou perguntar sobre consumo de drogas, pois elas podem interferir nos problemas de saúde. Essas informações são confidenciais e não ficarão no seu prontuário!

ESTAÇAO 3: ANAMNESE
DADOS SOBRE HÁBITOS DE VIDA

TABAGISMO

52. O senhor fuma cigarro na prisão? ( ) 1. Sim ( ) 2. Não

Se sim:

53. Que tipo de cigarro o senhor fuma?

1. ( ) Cigarro de palha 2. ( ) Cigarro de filtro industrializados

3. ( ) Palha e industrializado 4. Outros: _____ 5. ( ) Não se aplica

54. Quantos cigarros o senhor fuma por dia? (uma média) _____

55. O senhor fumava antes de entrar na prisão? ( ) 1. Sim ( ) 2. Não

56. Quantos cigarros ao dia o senhor fumava? _____

57. Desde que idade começou a fumar diariamente? _____**anos**

ESTAÇAO 3: ANAMNESE
DADOS SOBRE HÁBITOS DE VIDA

58. O senhor já usou algum tipo de droga antes da prisão?

1. ( ) Sim 2. ( ) Não

59. Se sim, quais:

( ) 1. Maconha. ( ) 2. Cocaína ( ) 3.Crack ( ) 4. Anfetaminas ou êxtase

( ) Outras: _____

60. O senhor usou algum tipo de droga nos últimos 30 dias?

1. ( ) Sim 2. ( ) Não ( ) Não lembra

61. Se Sim, quais?

( ) 1. Maconha. ( ) 2. Cocaína ( ) 3.Crack ( ) 4. Anfetaminas ou êxtase

( ) Outras: _____

62. O senhor consumia bebidas alcoólicas antes da prisão?

( ) 1. Sim ( ) 2. Não

63. O senhor usou algum tipo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias?

( ) 1. Sim ( )2. Não

Condições de Saúde da População Privada de Liberdade na Penitenciária I de Serra Azul/SP

Agora vamos falar um pouco sobre sua história na prisão para ver se está relacionado às doenças

ESTAÇAO 3: ANAMNESE DADOS SOBRE O PERCURSO NO SISTEMA PRISIONAL
64. Você é primário ou reincidente? ( ) Primário ( ) Reincidente **65. Quantas vezes você foi preso (em toda a vida)?** _____
66. Já esteve recluso na Fundação Casa (reformatório/Febem)? ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 3. Não sabe
67. Você já foi transferido de UP durante a pena que está cumprindo agora? ( ) 1. Sim ( ) 2. Não **68. Quantas vezes?** _____ ( ) Não se Aplica **69. Já esteve em outras Unidades Prisionais? Quais? (no máximo 3 últimas).** Especificar UP ou CDP. Unidade: _____ Cidade/Estado: _____ Tempo (anos/meses):_____ Unidade: _____ Cidade:/Estado _____ Tempo (anos/meses):_____ Unidade: _____ Cidade/Estado: _____ Tempo (anos/meses):_____ **Com relação à pena atual:** **70. Pena a cumprir:** _____**(anos)**_____**(meses)** **71. Tempo de prisão já cumprido:** _____**(anos)**_____**(meses)**

Condições de Saúde da População Privada de Liberdade na Penitenciária I de Serra Azul/SP

QUESTIONÁRIO SOBRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA PI DE SERRA AZUL/SP

Esta prancheta com o questionário irá acompanhar o participante em cada estação

MATRICULA DE IDENTIFICAÇÃO

_____

DATA: ___/___/___

Pesquisador_____

ESTAÇAO 5: BIOIMPEDANCIA	
TECLA MASS	Massa magra (MM) Kg:
	Massa Gorda (MG) Kg:
	Massa Celular Corporal (MCC): Kg
	Massa extracelular (ME): Kg
TECLA PHASE	Angulo de Fase:
	Capacitância: pF
	Resistência: ohms
	Reatância: ohms
TECLA WATER	Agua Corporal Total: litros
	Agua Corporal Total: % da MM
TECLA BMI	IMC:

APÊNDICE B - TABELA DE AVALIAÇÃO DE TÓPICOS DE PRÉ-TESTE EM ELABORAÇÃO DE QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO	PRÉ-TESTE 1	PRE-TESTE 2	QUESTIONARIO FINAL
Religiao	-Qual sua religião? Praticante? -A situação de confinamento alterou sua crença?"	***Adição:** Mudei de religião? Para qual? Por quê?	Sem alterações
Escolaridade	Nenhuma/ Ensino Fundamental incompleto/ Até que serie estudou/ Ensino Fundamental completo/ Até que série estudou/ Ensino Médio completo/ Ensino superior incompleto/ Ensino superior.	***Adição:** Estuda atualmente na penitenciária?	Sem alterações
Ocupaçao prévia	Profissão relatada	***Adição:** Era registrado em carteira? SIM ou NAO	Sem alterações
Dados de reclusões prévias	-Pena a cumprir (anos/meses) -Tempo já cumprido (anos/meses) -Já esteve recluso em outra Penitenciária/CDP? -Já esteve na Fundação Casa?	***Modificação (fusão de perguntas)** Já esteve preso antes desta prisão? (CDP/ Fundação casa/ Penitenciárias) SIM ou NAO ***Adição:** Qual Unidade Prisional? Cidade? Tempo?	***Modificação** -Já esteve preso antes desta prisão? (CDP/ - Fundação casa/ Penitenciárias) SIM ou NÃO -Se SIM, quantas vezes? -Qual Unidade Prisional? Cidade? Tempo?
Histórico patológico	**-Antecedentes Pessoais** (HAS, DM, DLP, DPOC, Cardiopatias, vasculopatias, IAM, AVC, Hepatite B e Hepatite C, HIV, Sífilis, HPV, Neoplasias, Outras) **-Antecedentes Familiares** (HAS, DM, DLP, DPOC, Cardiopatias, Vasculopatias, Neoplasias)	***Modificação** -Retirada de "cardiopatias" e "vasculopatias" -Adição de "Tuberculose", "depressão" e "ansiedade" -Distinção de patológico "PREVIO", "ATUAL" e "SE FEZ TRATAMENTO" -Redução de antecedentes familiares para apenas HAS, DM e DLP	***Modificação** -Distinção de "ATUAL" ou "PREVIO" apenas para doenças infectocontagiosas, neoplasias, depressão e ansiedade. - Retirada de "Faz tratamento"

continua

conclusão

QUESTIONÁRIO	PRÉ-TESTE 1	PRE-TESTE 2	QUESTIONARIO FINAL
Hábitos de vida	<table><tr><td>Etilismo</td><td>S</td><td>N</td><td>DOSES/dia</td></tr><tr><td>Tabagismo</td><td>S</td><td>N</td><td>MAÇO/ANO</td></tr><tr><td>Atividade física Qual? _____</td><td>S</td><td>N</td><td>Vezes/semana</td></tr></table>	***Adiçao** - Informações sobre uso PREVIO (à detenção atual) *versus* ATUAL - Atividade física (vezes por semana) - Drogas ilícitas? SIM ou NÃO / Quais?	**-Mantida tabela** - Sugerida especificação de tipo de bebida alcoólica e quantidade/sem fabricação própria - Tabagismo: especificar quantos cigarros/dia e idade de início do uso
Dados antropométricos	-Peso, altura, circunferência abdominal -IMC -Bioimpedância -PA (1ª aferição + DATA e 2ª aferição + DATA)	***Modificação** -Especificação se Membro superior direito ou esquerdo -PA registrada em prontuário + DATA	***Modificação** -PA no membro superior direito e PA no membro superior esquerdo + DATA (1ª aferição) -PA no membro superior direito e PA no membro superior esquerdo + DATA (2ª aferição) -PA registrada em prontuário + DATA (se há) - Usar equipamentos próprios
Exame físico	-Frequência cardíaca -Frequência respiratória -Ausculta cardíaca (normal ou alterada) -Ausculta respiratória (normal ou alterada) + descrição das auscultas	Sem alterações	*Exclusão de exame físico
Bioimpedancia	Não realizada nesta etapa	Não realizada nesta etapa	Mantida com suporte de equipe de Nutrição da FMRP-USP
Exames laboratoriais	Não realizados nesta etapa	Não realizados nesta etapa	***Mantidos:** Glicemia de jejum Hemoglobina glicada (HbA1C) Colesterol total, HDL, triglicerídeos

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Departamento de Medicina Social

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: "Condições de saúde da População Privada de Liberdade na Penitenciárias I e II de Serra Azul/SP"

Pesquisadores Responsáveis:

Luciane Loures dos Santos – luloures@fmrp.usp.br - 3602-2433
Renata Moreira Serra – renataserra@usp.br -3602-2433

Você está sendo convidado a participar voluntariamente do estudo "Condições de saúde da População Privada de Liberdade na Penitenciárias Masculinas I e II de Serra Azul/SP". Esta pesquisa poderá contribuir para conhecer o perfil de doenças da população privada de liberdade, assim como ajudar a organizar da assistência à saúde nas unidades prisionais. O objetivo da pesquisa será avaliar sua condição de saúde, por meio de atendimento médico e de exames de sangue. Caso o senhor concorde em participar, serão oferecidos dois atendimentos médicos, onde o senhor responderá um questionário e será examinado por profissionais da saúde que irão medir sua pressão, sua altura, sua cintura, a largura do braço, seu peso e avaliar a composição corporal utilizando eletrodos que serão colados nos seus pés e braços. Essas medidas do corpo podem causar um pequeno desconforto de ficar descalço para subir na balança, ficar imóvel para as medidas de peso e altura, ter a barriga e o braço medidos com uma fita métrica, assim como ter algumas partes do corpo apertadas com um aparelho como o que mede a pressão sanguínea. Caso você se sinta desconfortável, interromperemos a avaliação e retornaremos assim que você quiser. Além disso, será tirada uma pequena quantidade de sangue (cerca da metade de um copinho de café -30 ml) do seu braço, para investigar se o senhor tem diabetes, colesterol alto. Esta coleta de sangue poderá causar dor por causa da picada da agulha, mas será feita com uma equipe de enfermagem treinada, com material descartável dentro da própria penitenciária. O sangue colhido será utilizado apenas para investigar estas doenças e será descartado pelo laboratório após a análise. Os atendimentos médicos acontecerão em dois dias diferentes, com tempo médio de 30 minutos cada um. No primeiro dia serão realizados o atendimento médico. Neste dia, você poderá se beneficiar ao ser consultado por um médico que avaliará seus problemas de saúde e solicitará alguns exames. No segundo dia será realizada outra consulta médica para conferir os resultados dos exames de sangue e reavaliar seus problemas de saúde. Caso você tenha algum exame alterado, você será tratado pela equipe de pesquisa, se for uma doença mais grave, você será encaminhado para atendimento em outros serviços de saúde, como ambulatórios e hospitais vinculados a Rede de Atenção à Saúde da região. Pedimos permissão para procurar informações sobre sua saúde em seu prontuário médico e anotar os resultados encontrados durante o atendimento realizado. Você não receberá benefícios financeiros pela participação nesta

pesquisa, mas receberá orientações que poderão te ajudar a prevenir doenças e receber tratamentos para as doenças que forem diagnosticadas em você, melhorando sua saúde. Além disso, com este levantamento, poderemos ajudar a conhecer e organizar o fluxo de atendimento das pessoas presas.

Você poderá desistir de participar deste estudo a qualquer momento, sem que isto prejudique ou coloque em risco seu atendimento no Serviço de Saúde da Penitenciária ou outros serviços de saúde da rede.

Somente você e os pesquisadores terão acesso às informações da sua participação, será garantido o sigilo dos seus dados de identificação e os dados serão analisados de forma geral, sem a identificação de cada indivíduo. Estas informações serão utilizadas exclusivamente para este estudo e os dados coletados na pesquisa serão arquivados no Departamento de Medicina Social do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (HC-FMRP-USP). Os resultados finais da pesquisa poderão ser divulgados em revistas científicas ou em congressos e os dados pessoais dos participantes do estudo não serão revelados, garantindo o sigilo.

Você não terá nenhum gasto financeiro, nem qualquer tipo de ressarcimento. Durante todo o estudo, os pesquisadores se comprometem a esclarecer dúvidas sobre todas as etapas, além de oferecer aconselhamento antes e depois dos exames de sangue. Você também tem o direito à indenização conforme as leis vigentes no país, caso ocorra algum dano decorrente da participação na pesquisa.

Os pesquisadores responsáveis pela pesquisa poderão ser encontrados pelos telefones (16)3602-2433 ou no endereço Avenida Bandeirantes, 3900 - Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – 2º andar do Hospital das Clínicas da FMRP. Em caso de dúvidas ou esclarecimentos, você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da FMRP-USP, pelo telefone (16) 3602-0009, que funciona de segunda à sexta-feira das 8:00 às 17:00 horas. Essa pesquisa foi aprovada por este Comitê de Ética em Pesquisa que tem a finalidade de proteger eticamente o participante.

Eu,_____,li
e concordo em participar da pesquisa.

Serra Azul, _____ de _____ de _____.

_____
Assinatura ou impressão digital direita do participante

_____ _____
Assinatura do Orientador responsável
Profa. Dra. Luciane Loures dos Santos

Assinatura do pesquisador da pesquisa
Renata Moreira Serra

APÊNDICE D – FICHA PARA RESULTADOS DE EXAMES ANEXADA A PRONTUÁRIO MÉDICO

Condições de Saúde da População Privada de Liberdade na Penitenciária I de Serra Azul/SP

RESULTADO DOS EXAMES

PROJETO: AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA PPL DA PI DE SERRA AZUL/SP

DATA: ___/___/___

ESTAÇÃO 1: IDENTIFICAÇÃO GERAL		
1. IDENTIFICAÇÃO (nome completo):		
2. RAIO:	**3. CELA:**	**4. MATRÍCULA (DA UP):**
5. ORDEM NUMÉRICA DA PESQUISA:		**6. IDADE:**

RETORNO RESULTADO DE EXAMES LABORATORIAIS

DADOS DE COLETA DE SANGUE Data de Coleta:			ANTROPOMETRIA			
Exame	**Resultado**	**Valor de Referência**	**Exame**	**Resultado**	**Valor de Referência**	
Hemoglobina glicada		4,0 a 6,3	IMC		Baixo peso	Adulto <18,5 Idoso < 22
Glicemia de Jejum		≤ 100 = Normal			Normal	Adulto 18,5 – 24,9 Idoso 22 – 26,9
		100 – 126 = Pré DM			Sobrepeso	Adulto 25 – 29,9 Idoso ≥ 27
		≥ 126 = DM			Obesidade Grau I	30 – 34,9
Colesterol total		≤ 200 = Desejável			Obesidade Grau II	35 – 39,9
		200 – 239 = Limítrofe			Obesidade Grau III	≥ 40
		≥ 239 = alto	% de Gordura Corporal		Risco associado à desnutrição	≤ 5
HDL		≥ = 40			Abaixo da média	6 – 14
Triglicerídeos		≤ 150 = Desejável			Média	15
		150 – 200 = Limítrofe			Acima da média	16 –24
		≥ = 200 alto			Risco associado à obesidade	≥ 25
LDL		≤ 100 = Ótimo	% de Água na Massa Magra		Níveis normais	69 – 75
		100 – 129 = Desejável				
		130 – 159 = Limítrofe				
		160 - 189 = alto				

2 AFERIÇÃO PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)

MSD: _____

MSE: _____

Hipótese Diagnóstica:

Conduta:

Responsável:

9. *Anexos*

ANEXO A - COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

SECRETARIA DE
ADMINISTRAÇÃO
PENITENCIÁRIA DO ESTADO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Condições de saúde da População Privada de Liberdade nas Penitenciárias I e II de Serra Azul/SP
Pesquisador: Luciane Loures dos Santos
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 86926618.6.3002.5563
Instituição Proponente: SAO PAULO SECRETARIA DA ADMINISTRACAO PENITENCIARIA
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.277.832

Apresentação do Projeto:
"Condições de saúde da População Privada de Liberdade nas Penitenciárias I e II de Serra Azul/SP". O título é adequado ao projeto.
"A identificação do perfil da população privada de liberdade por crimes sexuais e não sexuais no sistema penitenciário é importante para o estabelecimento do diagnóstico de saúde desta população que muitas vezes, é portadora de doenças subdiagnosticadas ou que apresentaram dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Neste sentido, o rastreamento e o diagnóstico de doenças nas PPL no sistema penitenciário é uma estratégia que auxilia na formação de uma rede de cuidados, prevenção e promoção de saúde à pessoa privada de liberdade." A pertinência está clara.
O método e os procedimentos estão claros. a equipe de pesquisa se responsabilizará pelo convite e a orientação da pesquisa, sendo responsável também pela organização do espaço, com o apoio dos pesquisadores, alunos e profissionais voluntários que participam do grupo de pesquisa, seguindo os critérios de segurança estabelecidos pelos agentes de segurança penitenciários (ASP).
Neste sentido o método está adequado aos objetivos propostos.
O cronograma defini uma data provável para maio de 2019 para iniciarmos o projeto e a organização das atividades de pesquisa.

Endereço: Rua Líbero Badaró, 600 - 5° andar
Bairro: Centro **CEP:** 01.008-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3775-8108 **Fax:** (11)3775-8108 **E-mail:** comitedeetica@sap.sp.gov.br

SECRETARIA DE
ADMINISTRAÇÃO
PENITENCIÁRIA DO ESTADO

Continuação do Parecer: 3.277.832

Justificativa de Ausência	TCLEPPLCONEP.pdf	06/11/2018 13:55:26	Luciane Loures dos Santos	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SAO PAULO, 23 de Abril de 2019

Assinado por:
Sidnei Celso Corocine
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Líbero Badaró, 600 - 5° andar
Bairro: Centro **CEP:** 01.008-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3775-8108 **Fax:** (11)3775-8108 **E-mail:** comitedeetica@sap.sp.gov.br

ANEXO B - TERMO DE ADESÃO AO TRABALHO VOLUNTÁRIO

GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

Secretaria da Administração Penitenciária
Coordenadoria de Unidades Prisionais da Região Noroeste do Estado
Penitenciária I de Serra Azul

TERMO DE ADESÃO AO TRABALHO VOLUNTÁRIO

Nome do voluntário: RENATA MOREIRA SERRA

Documento de Identidade: CRM/UF = 171381/SP

Eu, **RENATA MOREIRA SERRA**, Brasileira, CPF nº 008.175.643-73, RG nº.2.399.562/DF, residente na cidade de Ribeirão Preto/SP, **proponho-me a prestar VOLUNTARIAMENTE meus serviços aos Sentenciados da Penitenciária I de Serra Azul, de acordo com a Lei Federal nº. 9.608 de 18/02/1998.**

Declaro estar ciente de que o trabalho voluntário a ser desempenhado junto a PENITENCIÁRIA I DE SERRA AZUL é atividade não remunerada, não gerando vínculo empregatício nem funcional, ou quaisquer obrigações trabalhistas, previdenciárias ou afins.

Declaro estar ciente da legislação específica e de que não haverá despesas a serem ressarcidas, **aceitando atuar como voluntário conforme este Termo de Adesão.**

O presente Termo de Adesão entrará em vigor nesta data, podendo ser renovado, caso seja de interesse de ambas as partes.

Serra Azul, 15 de junho de 2018.

Assinatura do Voluntário **Assinatura da Organização**

Rodovia Abrão Assed, km 28,7 - Serra Azul / SP - CEP: 14230-970
Fone/Fax: (16) 3982-9200 - E-mail: rarau.c@sp.gov.br