

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE (UNESC)  
CURSO DE ENFERMAGEM**

**GISELE DE JESUS  
GISELY DA SILVA GROUNDON**

**A PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS  
IDENTIFICADAS NO ACOLHIMENTO DOS RECLUSOS NA SUA ADMISSÃO EM  
UMA UNIDADE PRISIONAL NO SUL DE SANTA CATARINA**

**CRICIÚMA/SC  
2024**

**GISELE DE JESUS  
GISELY DA SILVA GROUNDON**

**A PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS  
IDENTIFICADAS NO ACOLHIMENTO DOS RECLUSOS NA SUA ADMISSÃO EM  
UMA UNIDADE PRISIONAL NO SUL DE SANTA CATARINA**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC, para a obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Enf. MS Susane Raquel Périco Pavei

**CRICIÚMA/SC  
2024**

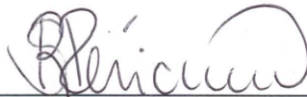
**GISELE DE JESUS  
GISELY DA SILVA GROUNDON**

**A PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS  
IDENTIFICADAS NO ACOLHIMENTO DOS RECLUSOS NA SUA ADMISSÃO EM  
UMA UNIDADE PRISIONAL NO SUL DE SANTA CATARINA**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado  
ao Curso de Enfermagem da Universidade do  
Extremo Sul Catarinense-UNESC, para a  
obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Criciúma/SC, em 28 de junho de 2024.

**BANCA EXAMINADORA**



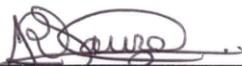
---

Prof. Ms Susane Raquel Périco Pavei  
Orientador – UNESC



---

Prof. Esp. Maria Tereza Brasil Zanini  
UNESC



---

Prof. Ms. Rozilda Lopes de Souza  
UNESC

## **AGRADECIMENTOS**

Este trabalho não seria possível sem o apoio e colaboração de diversas pessoas e a instituição a qual devo meus sinceros agradecimentos.

Primeiro agradeço a Deus, pela saúde e perseverança ao longo dessa jornada.

Meu noivo Rodrigo, pela presença constante e ao encorajamento, que foram fundamentais para superar os desafios acadêmicos. Suas palavras de incentivo foram inspiradoras. Agradeço sua compreensão e apoio mesmo diante das minhas ocupações. Mais do que um companheiro, você é meu melhor amigo.

Ao meu filho, Luiz Henrique, mesmo distante fisicamente, seu apoio incondicional e amoroso esteve sempre presente nesta jornada acadêmica. Cada conquista é também sua. Espero que este trabalho seja uma homenagem ao nosso vínculo e que possamos compartilhar mais vitórias, independentemente da distância.

A orientadora Susane, pela paciência, orientação precisa e valiosas contribuições ao longo do desenvolvimento desse trabalho. Suas experiências e conselhos foram essenciais para a realização deste TCC. Sou imensamente grata pela sua orientação, a qual foi crucial para alcançar este resultado.

Aos professores da Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina, por compartilharem seu conhecimento e experiências e por contribuírem para a minha formação acadêmica e profissional.

À minha dupla Gisely, gostaria de expressar minha profunda gratidão pela nossa jornada compartilhada no TCC. Superamos desafios, celebramos conquistas e crescemos juntas. Seu apoio e dedicação foram inspiradores. Você se tornou uma parceira valiosa e uma amiga querida. Que possamos levar conosco não apenas o conhecimento adquirido, mas também a amizade e o vínculo que construímos durante este período.

Aos meus colegas de curso, pela parceria e apoio mútuo e pelas valiosas discussões que enriqueceram meu aprendizado.

Aos amigos que, de diferentes formas estiveram presentes, oferecendo palavras de encorajamento e compreensão nos momentos difíceis.

Obrigada a todos.

**Gisele de Jesus**

## **AGRADECIMENTOS**

Expresso minha gratidão a todos aqueles que contribuíram para a realização deste trabalho. Primeiramente a Deus, por me conduzir com sabedoria e força e por sempre me infundir coragem para avançar.

Ao meu marido, Gilson, pelo amor, paciência e apoio constante ao longo de toda essa trajetória. Suas palavras motivadoras me impulsionaram e me fizeram acreditar que seria capaz. Aos meus filhos amados, Pietro e Conrado, que mesmo sem compreender plenamente a relevância deste momento, inundaram-me de felicidade e me deram forças para seguir em frente, inclusive nos dias mais difíceis. Seus sorrisos, abraços e afeto foram a principal fonte de incentivo. Vocês são a motivação pela qual dediquei tanto esforço para concluir esta jornada. A minha mãe Marlene, pelo amor incondicional e por dedicar-se aos meus filhos quando eu mais necessitava de tempo e paz para me concentrar nos estudos e na escrita. Sua colaboração foi de valor incalculável, possibilitando-me direcionar minhas energias aos meus objetivos acadêmicos, confiante de que meus filhos estavam bem cuidados.

A Gisele, minha dupla, nossa jornada foi marcada por desafios que nos possibilitaram crescer e aprender juntas. Foi através do nosso esforço colaborativo que conseguimos superar os obstáculos e alcançar um nível de aprendizado que jamais alcançaríamos separadamente. Cada debate, seja ele produtivo ou não (risos), cada madrugada de trabalho e todo o apoio mútuo foram fundamentais para o sucesso deste projeto.

A orientadora Susane, pela orientação dedicada, valiosas sugestões e incentivo contínuo. Sua paciência e vasta experiência foram fundamentais para a conclusão deste trabalho. Aos professores do curso, que me deram uma base sólida de conhecimento tanto pessoal quanto acadêmico. Aos colegas do curso, que compartilharam comigo essa jornada, tornando-a mais suave e agradável. Pelos momentos de apoio, pelas conversas produtivas e pelas boas risadas que trouxeram alegria e alívio durante o processo.

Por fim, gostaria de expressar minha gratidão a amigos e parceiros pela paciência, estímulo e apoio emocional ao longo dessa jornada.

A cada um de vocês, o meu genuíno agradecimento.

Com amor,

**Gisely Groundon**

*“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto à obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”*

*Florence Nightingale*

## RESUMO

O Sistema Único de Saúde representa um conjunto de ações e serviços em saúde voltados a atender e promover a saúde e qualidade de vida, além das necessidades em saúde de toda a população, sem exceções. Em 2014, com a publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), foi reiterada a responsabilidade do Estado em prover atenção integral às pessoas privadas de liberdade e normatizadas as medidas de promoção, proteção, prevenção, assistência, recuperação e vigilância dessas pessoas. A partir da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) foram definidos os serviços e as equipes multiprofissionais de atenção básica e o enfermeiro faz parte dessa equipe, que deve ter um olhar voltado não apenas para as questões de saúde, mas o grau de vulnerabilidade para a saúde mental desse recluso. Teve como objetivo principal explorar a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis entre os reclusos admitidos ao longo de um período de 30 dias e as ações de saúde realizadas em uma instituição prisional de Santa Catarina. Para a obtenção dos dados, foi realizada uma pesquisa quantitativa, exploratória e de campo, com todos os reclusos admitidos no período de 30 dias. Aplicou-se um questionário no ato de sua admissão utilizado pelo setor de saúde da própria instituição, buscando dados de interesse da pesquisa. Para as análises foi utilizado o método de tabulação dos dados, codificando as respostas de acordo com os objetivos do estudo. Obteve-se como resultados o perfil sociodemográfico dos detentos admitidos na unidade prisional de estudo de adultos com idade entre 19 e 83 anos, com média de 40 anos, solteiros com ensino fundamental incompleto, com ocupação predominante para profissões que legitimam a escolaridade prevalente. Quanto aos hábitos (saudáveis ou não), maioria faz uso de algum tipo de droga, predominando a maconha como mais usual, assim como o tabagismo e o álcool. Em sua maioria, não realizam atividade física, possuem dificuldade para iniciar e manter o sono, acordando, em média, 2 a 3 vezes na noite. No que tange às doenças apontadas no momento da admissão na unidade prisional, a maioria relatou HAS, seguida de dislipidemia, ansiedade e diabetes. Poucos citaram sentir dor de cabeça, fraqueza e dor no corpo e relataram não ter tosse ou sangramento, ou sentir falta de ar, pressão alta, enjoo, dor de barriga, náusea ou sonolência. No que diz respeito às DCNTs, 21 dos detentos têm HAS, 7 tem diabetes, 3 tem doenças do coração, 2 tem doenças nos rins, 2 tem doenças gastrointestinais e 1 sofre de depressão, porém 22 deles relataram outras doenças. Entre os medicamentos mais utilizados entre os admitidos estão anti-hipertensivos, anti-dislipidêmicos e antidiabéticos.

**Palavras-chave:** Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Assistência de enfermagem. Unidade Prisional. Recluso.

## ABSTRACT

The Unified Health System represents a set of health actions and services aimed at meeting and promoting health and quality of life, in addition to the health needs of the entire population, without exceptions. In 2014, with the publication of the National Policy for Comprehensive Health Care for People Deprived of Liberty in the Prison System (PNAISP), the State's responsibility for providing comprehensive care for people deprived of their liberty was reiterated and measures for promotion, protection, prevention, assistance, recovery and surveillance of these people. Based on the National Policy for Comprehensive Health Care for People Deprived of Liberty in the Prison System (PNAISP), the services and multidisciplinary teams of basic care were defined and the nurse is part of this team, which must have an eye focused not only on the health issues, but the degree of vulnerability for the mental health of that inmate. Its main objective was to explore the prevalence of chronic non-communicable diseases among inmates admitted over a period of 30 days and the health actions carried out in a prison institution in Santa Catarina. To obtain the data, quantitative, exploratory and field research was carried out, with all inmates admitted within a period of 30 days. A questionnaire was administered upon admission, used by the institution's own health sector, seeking data of interest for the research. For the analyses, the data tabulation method was used, coding the responses according to the objectives of the study. The results obtained were the sociodemographic profile of inmates admitted to the prison unit for the study of adults aged between 19 and 83 years old, with an average of 40 years old, single people with incomplete primary education, with a predominant occupation in professions that legitimize the prevailing education level. As for habits (healthy or not), the majority use some type of drug, with marijuana predominating as the most common, as well as smoking and alcohol. Most of them do not perform physical activity and have difficulty initiating and maintaining sleep, waking up, on average, 2 to 3 times a night. Regarding the diseases identified upon admission to the prison unit, the majority reported SAH, followed by dyslipidemia, anxiety and diabetes. Few reported feeling headache, weakness and body pain and reported not having cough or bleeding, or feeling short of breath, high blood pressure, nausea, stomach ache, nausea or drowsiness. With regard to NCDs, 21 of the inmates have hypertension, 7 have diabetes, 3 have heart disease, 2 have kidney disease, 2 have gastrointestinal disease and 1 suffers from depression, but 22 of them reported other illnesses. Among the most commonly used medications among those admitted are antihypertensives, antidyslipidemics and antidiabetics.

**Keywords:** National Policy for Comprehensive Health Care for People Deprived of Liberty in the Prison System. Noncommunicable Conic Diseases. Nursing assistance. Prison Unit. Inmate.

## LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS

AAS	Ácido Acetilsalicílico
AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica em Saúde
ACD	Auxiliar de Consultrio Dentrio
AIDS	Síndrome da Imonudeficincia Adquirida
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de tica em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNP	Conselho Nacional de Presos
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CP	Código Penal
DM	Diabetes Mellitus
DNT	Doença Não Transmissível
DCNT	Doença Crnica Não Transmissível
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
eAPP	Equipe de Atenção Primária Prisional
EPIs	Equipamentos de Proteção Individual
eSB	Equipe Saúde Bucal
eSF	Equipe Saúde da Família
eSP	Equipe Saúde no Sistema Prisional
FBSP	Fórum Brasileiro de Segurança Pública
HA	Hipertensão Arterial
HAS	Hipertensão Arterial Sistmica
HCTZ	Hidroclorotiazida
HIV	Vírus da Imonudeficincia Humana
IMC	ndice de Massa Corporal
LEP	Lei de Execução Penal
MS	Ministério da Saúde
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral de Saúde  Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional

RAS	Rede de Atenção à Saúde
RELIPEN	Relatório Anual de Informações Penais
SC	Santa Catarina
SNPP	Secretaria Nacional de Políticas Penais
SNV	Sistema Nacional de Vigilância
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNEC	Universidade do Extremo Sul Catarinense

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Idade dos indivíduos abordados na pesquisa .....	44
Tabela 02: Escolaridade dos indivíduos abordados na pesquisa.....	45
Tabela 03: Estado civil dos indivíduos abordados na pesquisa .....	45
Tabela 04: Ocupação dos indivíduos abordados na pesquisa .....	46
Tabela 05: Doenças apontadas nos instrumentos aplicados aos reclusos durante a sua admissão no período de 30 dias.....	47
Tabela 06: Principais sinais e sintomas encontrados e seus respectivos tratamentos .....	49
Tabela 07: Estilos e hábitos de vida citados durante as entrevistas aos reclusos durante sua admissão .....	50
Tabela 08: Medicamentos em uso citados .....	52

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
1.1	JUSTIFICATIVA .....	15
1.2	PROBLEMA DE PESQUISA .....	16
1.3	HIPÓTESES.....	16
<b>2</b>	<b>OBJETIVO</b> .....	<b>17</b>
2.1	OBJETIVO GERAL .....	17
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	17
<b>3</b>	<b>REVISÃO de literatura</b> .....	<b>18</b>
3.1	SISTEMA PRISIONAL .....	18
<b>3.1.1</b>	<b>Caracterização populacional no Sistema Prisional</b> .....	<b>18</b>
<b>3.1.2</b>	<b>Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP)</b> .....	<b>20</b>
<b>3.1.3</b>	<b>Recursos humanos para o Plano Nacional de Saúde do Sistema Prisional</b> .....	<b>22</b>
3.2	POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL (PNAISP) .....	24
<b>3.2.1</b>	<b>Panorama</b> .....	<b>24</b>
<b>3.2.2</b>	<b>Formação da equipe de saúde no PNAISP</b> .....	<b>25</b>
3.3	DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL – DCNT .....	27
<b>3.3.1</b>	<b>Epidemiologia em DCNTs</b> .....	<b>28</b>
<b>3.3.2</b>	<b>Classificação Doenças Crônicas Não Transmissíveis</b> .....	<b>29</b>
<b>3.3.3</b>	<b>Fatores de risco</b> .....	<b>31</b>
<b>3.3.4</b>	<b>Tratamento e prevenção</b> .....	<b>32</b>
3.4	AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE EM DCNTS.....	32
3.5	O PAPEL DO ENFERMEIRO.....	34
<b>3.5.1</b>	<b>Em Sistema Prisional</b> .....	<b>34</b>
<b>3.5.2</b>	<b>Nas Redes de Atenção à Saúde</b> .....	<b>35</b>
<b>3.5.3</b>	<b>Na Atenção Básica de Saúde</b> .....	<b>37</b>
<b>4</b>	<b>MÉTODOS</b> .....	<b>40</b>
4.1	ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	40
4.2	TIPO DE ESTUDO .....	40
4.3	LOCAL DO ESTUDO .....	40
4.4	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	41
<b>4.4.1</b>	<b>Critério de inclusão</b> .....	<b>41</b>

<b>4.4.2 Critério de exclusão .....</b>	<b>41</b>
<b>4.5 VARIÁVEIS .....</b>	<b>41</b>
<b>4.6 PROCEDIMENTO COLETA DE DADOS .....</b>	<b>42</b>
<b>4.7 ANÁLISE DOS DADOS.....</b>	<b>42</b>
<b>4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....</b>	<b>42</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>44</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>54</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>56</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>63</b>
<b>APÊNDICE A – CARTA DE ACEITE.....</b>	<b>64</b>
<b>APÊNDICE B – CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA AVALIAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA.....</b>	<b>65</b>
<b>APÊNDICE C –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....</b>	<b>66</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde representa um conjunto de ações e serviços em saúde voltados a atender e promover a saúde e qualidade de vida, além das necessidades em saúde de toda a população, sem exceções. E quando se fala, sem exceções, faz-se aqui menção às pessoas privadas de liberdade, aquelas que vivem atrás das grades, no sistema prisional brasileiro (Brasil, 2014).

Em 2014, com a publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), foi reiterada a responsabilidade do Estado em prover atenção integral às pessoas privadas de liberdade e normatizadas as medidas de promoção, proteção, prevenção, assistência, recuperação e vigilância dessas pessoas. A política vem trazer questionamentos a respeito do serviço em saúde prestado pelo SUS dentro dos presídios brasileiros. Afinal, trata-se de uma população com números bastantes expressivos.

Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023), são 832.295 pessoas que se encontram encarceradas no Brasil. Desses, 621.608 foram de fato condenadas, enquanto que 210.687 ainda esperam julgamento, estão presas provisoriamente, ou seja, a cada quatro presas, uma ainda espera para ter seu destino definido. Quando comparada à população de alguns Estados brasileiros, o sistema prisional habita uma população maior que Roraima (636.303), que Amapá (733.508) ou Acre (830.026). Ainda segundo o Anuário, dessa população carcerária, 826.740 estão em cadeias estaduais ou federais; 91.362 são presos com monitoramento eletrônico; e mais de 5.500 estão em delegacias, sob custódia da polícia.

Em Santa Catarina são quase 26 mil presos, porém vale ressaltar que o sistema possui 19.429 vagas, ou seja, existe um número muito maior em um espaço que não comportaria tantas pessoas. Parte desse déficit de vaga se dá por conta do número de unidades prisionais interditadas ou que não podem mais receber internos (Cardim, 2022).

Mesmo apresentando problemas de vagas, Santa Catarina vem sendo considerado modelo para o país em ressocialização de presos. Além de investir em melhorias, reformas e construções tendo como objetivo um sistema prisional mais humanizado e moderno, Santa Catarina investe em educação e trabalho nas unidades

prisoinais. São investimentos que resultam em números cada vez melhores em termos de ressocialização dos presos (Agência Catarinense de Notícias, 2018).

Exemplos como a Penitenciária de São Cristóvão do Sul, considerada um marco no sistema prisional, onde 100% dos detentos trabalham e 50% estão em sala de aula de ensino formal. Na Penitenciária do Vale do Itajaí, 13 detentos obtiveram o título de graduados no Curso Superior de Tecnologia em Logística, sendo os primeiros a concluir uma faculdade paga com o seu próprio trabalho realizado dentro da unidade. Vale destacar ainda o programa de ressocialização dos detentos do sistema catarinense que contabiliza mais de 10 mil servidores treinados e capacitados em cursos de formação (Agência Catarinense de Notícias, 2018).

Em 2003, foi criada a Portaria Interministerial nº 1.777, que instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, desenvolvido para incluir a população penitenciária no sistema SUS, para que essas pessoas possam ter o direito ao atendimento em saúde efetivado sob a perspectiva dos direitos humanos, (BRASIL, 2005). O acesso dessa população às ações e serviços de saúde é legalmente definido pela Constituição Federal de 1988, pela Lei nº 8.080, de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde, pela Lei nº 8.142, de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, e pela Lei de Execução Penal nº 7.210, de 1984 (Brasil, 2005)

Num contexto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, o sistema carcerário brasileiro vive um contexto de desigualdade, quando comparado aos direitos fundamentais adotados a todos os cidadãos. São condições precárias, falta de higiene, má alimentação, políticas públicas de saúde que não se equivalem, assim como a multiprofissionalização equipada para atender os problemas de saúde/sociais encontrados nesse sistema (Machado e Guimarães, 2014; Serra *et al.*, 2022).

Em estudo espanhol, estimou-se que 50% das pessoas privadas de liberdade apresentavam algum tipo de doença crônica, sendo as mais comuns: dislipidemia, hipertensão arterial e diabetes mellitus. Dados de um artigo sobre a mortalidade no sistema carcerário obteve idade média de 34,9 anos, cuja causa principal (45,8%) foi por enfermidades “não-HIV” (vírus da imunodeficiência humana), como doenças cardiovasculares, tumorais, hepáticas, respiratórias, circulatórias e infecciosas (exceto HIV). Tais causas foram superiores às mortes por HIV/SIDA (síndrome da imunodeficiência adquirida), que atingiram 39% (Serra *et al.*, 2022).

A partir da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) foram definidos os serviços e as equipes multiprofissionais de atenção básica, visto as características de cada unidade prisional. O enfermeiro que faz parte dessa equipe deve possuir como atribuição, o olhar qualificado sobre as questões de confinamento e vulnerabilidade, com o intuito não só de observar o estado de saúde desses indivíduos, mas, também, os aspectos biopsicossociais (Serra, 2020).

Segundo Melgaço *et al.* (2023) dentro do sistema penitenciário, a atuação do enfermeiro deve ter caráter preventivo, com coleta de exames laboratoriais e campanhas educativas sobre as doenças de maior ocorrência nos presídios, sendo de sua competência, o planejamento da assistência e a execução de políticas de vacinação, bem como o controle de sua periodicidade; o planejamento de políticas de prevenção e controle da promoção à saúde; a realização de consultas de enfermagem e solicitação de exames complementares; a prescrição de medicamentos dentro das disposições legais da profissão e demais normas complementares, podendo realizar também palestras periódicas a fim de abordar questões relacionadas à doenças, sinais e sintomas, possíveis complicações e formas de prevenção.

Diante do contexto apresentado, fez-se necessário entender e analisar o como está sendo trabalhado dentro do sistema prisional as DCNTs, incluindo ainda as Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

Sabendo que as condições de confinamento em que se encontram as pessoas privadas de liberdade são determinantes para o bem-estar físico e psíquico, é preciso, assim, conhecer tais condições para que se possa avaliar como o confinamento contribui ou não para a saúde e bem-estar físico desses indivíduos.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes no mundo, gerando perda de qualidade de vida estimando-se 38 milhões de mortes anuais. Desses óbitos, 16 milhões ocorrem prematuramente (menores de 70 anos de idade) e quase 28 milhões, em países de baixa e média renda, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e sociedade em geral (Malta, 2017).

Torna-se importante monitorar o acesso e utilização de serviços entre pessoas com DCNT, dada a elevada carga de doença, que ainda tem sido ampliada em virtude o envelhecimento populacional. O elevado consumo de serviços de saúde requer planejamento dos serviços e adequação das políticas e ofertas principalmente mais populações de baixa renda, por estarem mais vulneráveis, mais expostas aos riscos e terem menor acesso aos serviços de saúde e às práticas de promoção à saúde e prevenção das doenças.

As novas políticas públicas vêm buscando e, têm-se apontado, justamente, a importância da multiprofissionalidade e de ações intersetoriais referentes a este objetivo. Nesse sentido, a saúde vem sendo pensada não apenas a partir do setor saúde, mas, também, a partir de outros setores da sociedade, como por exemplo, o de segurança pública (Minayo, 2006).

## 1.2 PROBLEMA DE PESQUISA

Qual a prevalência de DCNTs (Doenças Crônicas Não Transmissíveis) identificadas no acolhimento dos reclusos no ato de sua admissão em uma unidade prisional do sul de Santa Catarina?

## 1.3 HIPÓTESES

H1: A consulta de enfermagem pode ser eficaz na avaliação, pois, acredita-se que doenças crônicas não transmissíveis serão mais frequentes em reclusos com histórico de uso de substâncias ilícitas e comportamentos de risco, refletindo uma interação complexa entre fatores biológicos e sociais.

H2: Acredita-se que os reclusos da unidade prisional apresentam tais doenças crônicas advindas de vulnerabilidade socioeconômico e demográfico.

H3: Acredita-se que o papel do enfermeiro na unidade prisional possa desempenhar seja de grande importância na promoção e prevenção dessas doenças.

## 2 OBJETIVO

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis entre os reclusos admitidos ao longo de um período de 30 dias em uma instituição prisional no sul de Santa Catarina.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil sociodemográfico de reclusos admitidos ao longo de um período de 30 dias em uma instituição prisional no sul de Santa Catarina.
- Investigar a prevalência e os tipos específicos de doenças crônicas não transmissíveis em reclusos admitidos ao longo de um período de 30 dias em uma instituição prisional no sul de Santa Catarina.
- Analisar as intervenções de saúde implementadas em uma instituição prisional no sul de Santa Catarina para abordar as doenças crônicas não transmissíveis em detentos recém-ingressados.
- Examinar o impacto das ações de saúde promovidas dentro da instituição prisional de Santa Catarina em reclusos admitidos ao longo de um período de 30 dias em uma instituição prisional no sul de Santa Catarina.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 SISTEMA PRISIONAL**

##### **3.1.1 Caracterização populacional no Sistema Prisional**

De acordo com Machado e Guimarães (2014), o sistema prisional tem como objetivo principal a ressocialização e a punição ao criminoso. Dizem que o Estado, assumindo sua responsabilidade sobre a segurança pública, deve combater o crime, prendendo os criminosos, privando-os da liberdade, para que esses não ofereçam mais risco à sociedade. Nas palavras de Flores (2021, p. 1), “a função da prisão é proteger a sociedade contra o crime, cabendo a sistema carcerário assegurar que quando egressa no Sistema essa pessoa seja capaz de respeitar a lei e torna-se produtiva para sociedade”.

O sistema prisional no Brasil é objeto de preocupação e atenção nos debates mais recentes nos temas de direitos humanos, segurança pública, política criminal e alocação do Estado brasileiro no contexto internacional. Tendo como objetivo principal a ressocialização, visto que o reeducando um dia voltará para a sociedade, logo, é necessário fazer com que o preso/reeducando agregue novos valores morais, causando uma mudança comportamental (Nascimento e Ferreira, 2021).

De acordo com o Relatório Anual de Informações Penais (Relipen), da Secretaria Nacional de Políticas Penais (Brasil, 2023), são 644.794 indivíduos acondicionados em cela físicas e 190.080 em prisão domiciliar, somando um total de 834.876 indivíduos privados de liberdade. Ainda, de acordo com o Relatório (Brasil, 2023), os estados de São Paulo (195.787), Minas Gerais (66.241) e Rio de Janeiro (47.619) são os estados com maior população prisional.

O Brasil conta com 1.384 estabelecimentos prisionais estaduais e 5 federais, com uma população prisional masculina que compreende 616.930 homens, enquanto que a população prisional feminina é de 27.375 mulheres. A capacidade prisional brasileira é de 481.835 vagas, porém o número de presos é muito maior, com um excedente de 162.959 presos superlotando as celas prisionais (Brasil, 2023).

Refletindo sobre tal realidade, Kuchnir (2022) diz que o sistema prisional brasileiro tem sido local de inúmeros problemas, com estruturas precárias e condições desumanas, superlotação do sistema contribuindo para a transmissão de doenças,

dificuldade no controle dessa população e a oferta de assistências básicas, o que, conseqüentemente, facilita a entrada e o domínio de organizações criminosas, acarretando em grandes problemas de saúde e de ordem socioeconômica.

O Relatório da Secretaria Nacional de Políticas Penais (Brasil, 2023) mostra ainda o trabalho realizado por presos dentro das prisões. São 154.531 presos trabalhando, desde 143.157 são homens e 11.374 são mulheres que realizam algum tipo de trabalho dentro das unidades prisionais. Em relação à educação nas unidades prisionais, são 929.073 atividades educacionais promovidas dentro das unidades. Destas 134.689 são presos em alfabetização ou ensino fundamental/médio e superior, sendo que destes, 123.695 acontecem em celas físicas para o público masculino e 10.994 em celas físicas para o público feminino. Além disso, as unidades prisionais contam com um acervo de 1.518.447 livros para acesso dos presos.

Nas palavras de Luz, Carvalho e Peixoto (2021), a educação é um instrumento insubstituível quando o assunto é ressocialização da pessoa encarcerada. É por meio dos estudos que o preso pode conquistar, novamente, sua dignidade, se alfabetizar, entrar em contato com os saberes e, a partir deles, construir uma nova realidade para sua vida.

No que se refere à saúde, o Relatório (Brasil, 2023) revela que são 33.617 presos com doenças transmissíveis, como HIV, hepatite, sífilis, tuberculose e hanseníase. HIV são um total de 11.199 presos; sífilis corresponde a 10.571 presos; hepatite são 2.117; tuberculose são 9.121 presos, hanseníase são 549 presos contaminados.

De acordo com Carvalho *et al.* (2022), o Brasil é terceiro em número populacional de presos, atrás da China e Estados Unidos, tornando o ambiente um local caracterizado por precariedade, insalubridade e propício à transmissão de doenças infectocontagiosas e a proliferação dessas doenças e demais epidemias.

Segundo Borges (2023), Santa Catarina possui uma população prisional de 24.694 pessoas, sendo 20.038 presos condenados e 4.656 presos provisórios. São 23.490 homens e 1.204 mulheres. Segundo Borges (2023), Santa Catarina tem um espaço projetado, em suas 53 unidades prisionais, para receber 20 mil detentos, mas opera com 4,6 mil detentos acima da capacidade. Fora o fato de um efetivo 37,9% abaixo do necessário, denúncias de situações de insalubridade relatos de tortura, mostram os problemas enfrentados pelo sistema prisional catarinense.

O Estado de Santa Catarina é o 16º em maior superlotação no país, sendo que das 53 unidades prisionais do estado, 41 estão acima da sua capacidade, sendo que 11 delas estão em péssimas condições, 1 está em condições ruins, 18 em condições regulares e 23 consideradas em boas condições. O Estado atua com 3.350 profissionais, quando o necessário seria, 5.400 profissionais para atender as unidades prisionais existentes (Borges, 2023).

A superlotação é um dos maiores problemas dos presídios no país, em Santa Catarina e em Criciúma, não é diferente. Segundo Barcellos (2024), o Ministério Público de Santa Catarina pediu interdição temporária e parcial do Presídio Regional de Criciúma, justamente por esse motivo. O Presídio que tem capacidade para 692 apenados, conta hoje com 1.025 presos, uma superlotação de 137,5%.

De acordo com Domingos (2024) apesar das intervenções judiciais do MPSC, passados 120 dias do pedido, o presídio ainda continua com números de presos acima da capacidade permitida. O número máximo de presos deveria ser de 934, porém ainda conta com 971 presos na unidade, situação 39% acima da quantidade prevista.

### **3.1.2 Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP)**

Sabemos que ao serem recolhidas às penitenciárias, as pessoas trazem problemas de saúde, vícios, assim como transtornos mentais já adquiridos e que são gradualmente agravados pela precariedade das condições de moradia, alimentação e saúde das unidades prisionais. Mas cabe ressaltar que, mesmo privada da liberdade, as pessoas presas têm direitos fundamentais que lhe garantam a dignidade, a saúde seja ela física ou mental (Brasil, 2004).

Segundo o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (Brasil, 2004, p. 12), a composição da população penitenciária se dá da seguinte forma:

é composta, predominantemente, por adultos jovens: homens brancos, solteiros e com menos de 30 anos de idade. São, em sua grande maioria, pobres e condenados pelos crimes de furto e roubo. Poucos, entre eles, foram alfabetizados e possuíam profissão definida anteriormente à prisão, caracterizando uma situação de exclusão social anterior ao seu ingresso no Sistema Prisional. Mais da metade é reincidente na prática de crimes e comumente associam seus atos delituosos à situação de desemprego e pobreza em que se encontram.

Para Branco (2024), os problemas apresentados no sistema prisional brasileiro, como desestruturação, descaso com a prevenção e reabilitação desses presos,

somado ao abandono e descaso do poder público com o problema, mostra a realidade atual do sistema prisional brasileiro: superlotação e demasiadas mazelas carcerárias.

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário nasceu da Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003. A referida Portaria instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, construído com a participação de diversas áreas técnicas dos Ministérios da Saúde e da Justiça e com a participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (Brasil, 2004).

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário contempla, essencialmente, a população recolhida em penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e/ou agroindustriais e hospitais de custódia e tratamento, não incluindo presos do regime aberto e presos provisórios, recolhidos em cadeias públicas e distritos policiais (Brasil, 2004, p. 11).

O Plano foi construído a partir da discussão sobre a organização dos sistemas de saúde, do processo de regionalização da atenção, com ações e serviços da atenção básica voltados às unidades prisionais, realizados por equipes interdisciplinares de saúde, ofertando acesso aos níveis de atenção em saúde, norteado pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade e resolubilidade da assistência às pessoas privadas de liberdade (Brasil, 2004).

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário foi elaborado a partir de uma perspectiva pautada na assistência e na inclusão das pessoas presas e respaldou-se em princípios básicos que assegurem a eficácia das ações de promoção, prevenção e atenção integral à saúde. Princípios estes como ética, justiça, cidadania, direitos humanos, participação, equidade, qualidade e transparência (Brasil, 2004).

São diretrizes do Plano, entre outras:

- Prestar assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde da população penitenciária;
- Contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que acometem a população penitenciária (Brasil, 2004, p. 15).

O Plano tem o objetivo de contribuir para o controle e/ou redução dos agravos em saúde da população penitenciária, abrangendo 100 % dessa população, com ações de Atenção Básica (Brasil, 2004).

Um dos problemas fundamentais para a efetivação de políticas públicas voltadas à saúde das pessoas privadas de liberdade é a superação das dificuldades impostas pela própria condição de confinamento, que dificulta o acesso às ações e serviços de saúde de forma integral e efetiva (Brasil, 2023, p. 1).

O Plano, para ideal efetivação precisa de recursos, sejam eles financeiros, humanos, ou ainda, que sejam dadas as condições estruturais para que os profissionais possam ofertar a essa população, uma política pública voltada à saúde, mas com condições que sejam dignas e respeitam a pessoa.

### **3.1.3 Recursos humanos para o Plano Nacional de Saúde do Sistema Prisional**

Trata-se de um grande desafio levar, às unidades prisionais, as condições de saúde em caráter de dignidade e respeito a pessoa, visto que são padrões de realidade com grandes obstáculos. São populações que sofrem com o abandono nas instituições penitenciárias, com o preconceito, a falta de prioridades do governo, o esquecimento quanto aos seus direitos humanos, ao processo de ressocialização e com o sucateamento dos espaços e condições ofertadas por essas unidades (Machado, Martins e Souza, 2021).

Diante desse cenário, segundo Machado, Martins e Souza (2021, p. 2):

O governo vem criando estratégias para melhorar esse cenário através de leis, planos nacionais, políticas de saúde, integração de profissionais, mas ainda assim são encontrados diversos problemas, tais como a pouca autonomia profissional e a falta de investimento em equipes de saúde e um grande bloqueio na relação saúde e privação de liberdade.

O Plano Nacional de Saúde do Sistema Prisional tem a saúde como um direito fundamental, legítimo à pessoa, fundamentado em seus próprios princípios, para tanto, legitimar tal direito significa estruturar as equipes com profissionais de saúde de todos os setores. Tais profissionais devem entender e conviver com essas pessoas privadas de liberdade, que articuladas às redes de assistência em saúde, devem promover ações planejadas, saúde, promoção e vigilância e um trabalho interdisciplinar em equipe que seja capaz de produzir mudanças significativas no modo de produzir saúde dentro do sistema prisional (Brasil, 2005).

Machado, Martins e Souza (2021) afirmam que tal política pública em saúde direcionado às pessoas privadas de liberdade tem como objetivo garantir a execução do direito à saúde, assegurando atendimento médico, farmacêutico e odontológico a

população privada de liberdade, além de atendimento integral à saúde em nível de atenção básica, preconizado pelo Sistema Único de Saúde.

Na efetivação e legitimação do direito à saúde, Machado, Martins e Souza (2021) destaca que é preciso mais que atender ao que preconiza o Plano, mas desenvolver ações que confirmam ao cidadão privado de liberdade, o cuidado integral. Sejam profissionais em saúde, sejam os legitimadores da assistência, é preciso, ante de mais nada, o conhecimento sobre o cenário da população carcerária, excluindo-se para isso, preconceitos, discriminação, buscando, de fato melhorar o contexto do processo saúde-doença dessa população.

O Plano destaca que as equipes técnicas de saúde, nas unidades prisionais com 100 até 500 presos, devem ser compostas, por no mínimo, médico, enfermeiro, odontólogo, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário (ACD), com jornada de trabalho de 20 horas semanais, sendo que, nas unidades com menos de 100 presos, o atendimento se dará no próprio estabelecimento pelas Secretarias municipais de saúde, respeitando a composição da equipe já citada, porém não exclusiva para esse público (Brasil, 2005).

O papel do enfermeiro na assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade deve ser exercido em sua totalidade e de forma contínua e integral, muito além de ações pontuais, começando desde a entrada do indivíduo no sistema, entendendo suas necessidades, formando um vínculo maior, conhecendo e respeitando seu contexto antes do cárcere (Machado, Martins e Souza, 2021, p. 2).

O enfermeiro, dentro da equipe que atenderá às pessoas privadas de liberdade, mostra-se como elemento de grande importância, pois tem a função de contribuir para o controle e/ou redução dos agravos de saúde mais frequente nessa população, bem como fortalecer o âmbito da promoção da saúde, prevenção de agravos e assistência em unidades prisionais (Machado, Martins e Souza, 2021).

Neste contexto, Armanini *et al.* (2020, p. 6) destacam o papel de enfermagem:

A enfermagem pode contribuir para o resgate da condição de vida digna das pessoas, tanto do ponto de vista biológico, quanto social e psicológico, proporcionando conforto e bem-estar, minimizando iniciativas que estimulem a discriminação ou preconceito; e ainda respeitando os princípios éticos e legais, com vistas a resgatar o sentido da existência humana.

Para tanto, Machado, Martins e Souza (2021), salientam que as ações de enfermagem e sua equipe articulem devem estar direcionadas desde a triagem até a intervenção sobre o problema, com práticas desenvolvidas, considerando a triagem e

a escuta qualificada como ferramentas essenciais para o vínculo e o acolhimento de sujeito, o que poderá contribuir para o encaminhamento para os demais serviços da rede, minimizando o silêncio imposto aos privados de liberdade.

## 3.2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL (PNAISP)

### 3.2.1 Panorama

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional nasceu do cenário em que se encontra a população carcerária brasileiro, ou seja, privada dos direitos, inclusive o de saúde. Lançada em 2014, pelo Ministério de Saúde, através da Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, a PNAISP surgiu após dez anos de aplicação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), reconhecendo que seu sistema estava fragmentado, sendo necessário a implementação de novas ações no modelo de assistência oferecido à população carcerária (Brasil, 2023).

A Política define pessoa privada de liberdade como aquela com idade superior a 18 (dezoito) anos e que estejam sob a custódia do Estado em caráter provisório ou sentenciados para cumprimento de pena privativa de liberdade ou medida de segurança, conforme previsto no Código Penal e na Lei de Execução Penal (Brasil, 2014). Traz como princípios:

- I - respeito aos direitos humanos e à justiça social;
- II - integralidade da atenção à saúde da população privada de liberdade no conjunto de ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, recuperação e vigilância em saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção;
- III - equidade, em virtude de reconhecer as diferenças e singularidades dos sujeitos de direitos;
- IV - promoção de iniciativas de ambiência humanizada e saudável com vistas à garantia da proteção dos direitos dessas pessoas;
- V - corresponsabilidade interfederativa quanto à organização dos serviços segundo a complexidade das ações desenvolvidas, assegurada por meio da Rede Atenção à Saúde no território; e
- VI - valorização de mecanismos de participação popular e controle social nos processos de formulação e gestão de políticas para atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade (Brasil, 2014).

Como diretrizes, a PNAISP traz a integralidade, a intersetorialidade, a descentralização, a hierarquização e a humanização. Sendo que, no que tange à humanização:

As práticas em saúde deverão nortear-se pelo princípio da humanização, aqui compreendidas como atitudes e comportamentos dos gestores e profissionais de saúde que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito do usuário.

O atendimento à saúde da população privada de liberdade deverá nortear-se pelo respeito a todas as diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais por parte dos profissionais de saúde (Brasil, 2014, p. 12).

A PNAISP busca “garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS” (Brasil, 2014, p. 13), através da Rede de Atenção à Saúde, objetivando o cuidado integral realizado, de forma autônoma, pelo profissional de saúde em conjunto com as demais áreas de saúde, de forma qualificada e humana, como forma de defender o direito reservado a esses indivíduos, como fundamento para a sua participação e controle social. Sabendo que as condições de vida e de saúde afetam o modo como as pessoas se comportam, assim como sua capacidade de se relacionar na sociedade, as condições de confinamento em que se encontram as pessoas privadas de liberdade são determinantes para o bem-estar físico e psíquico (Flores, 2021).

### **3.2.2 Formação da equipe de saúde no PNAISP**

De acordo com a PNAISP (Brasil, 2014) as ações de saúde serão ofertadas por serviços e equipes interdisciplinares, assim definidas:

I - a atenção básica será ofertada por meio das equipes de atenção básica das Unidades Básicas de Saúde definidas no território ou por meio das Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), observada a pactuação estabelecida; e

II - a oferta das demais ações e serviços de saúde será prevista e pactuada na Rede de Atenção à Saúde.

Em conformidade com as normas da Política, o Anexo XVIII da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, disciplina as equipes de saúde prisional e os profissionais que a compõem, da seguinte de forma:

Art. 3º Os serviços de saúde nos estabelecimentos prisionais serão conformados de acordo com a população prisional e o funcionamento dos serviços, classificando-se em 3 (três) faixas:

I - unidades prisionais que contenham até 300 (trezentos) custodiados: serviço de saúde com funcionamento de 6 (seis) horas semanais;

II - unidades prisionais que contenham de 101 (cento e um) a 1.700 (mil e setecentos) custodiados: serviço de saúde com funcionamento de 20 (vinte) horas semanais; e

III - unidades prisionais que contenham de 1.201 (mil duzentos e um) a 2.700 (dois mil e setecentos) custodiados: serviço de saúde com funcionamento de 30 (trinta) horas semanais.

Parágrafo único. Os serviços de saúde no sistema prisional observarão as normas sanitárias e de arquitetura penal vigentes.

Sendo que os serviços de saúde nas unidades prisionais serão estruturados como pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e cadastrados no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (Brasil, 2014). E serão prestados por equipes multiprofissionais denominadas equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), constituídas nos seguintes termos (Brasil, 2017):

I - Equipe de Atenção Primária Prisional com carga horária compartilhada com equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Saúde Bucal (eSB) do território, com composição mínima de:

- a) 1 (um) médico;
- b) 1 (um) enfermeiro;
- c) 1 (um) cirurgião dentista;
- d) 1 (um) técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem; e
- e) 1 (um) técnico em saúde bucal ou auxiliar em saúde bucal;

II - Equipe de Atenção Primária Prisional Essencial, com composição mínima de:

- a) 1 (um) médico;
- b) 1 (um) enfermeiro;
- c) 1 (um) cirurgião dentista; e
- d) 1 (um) técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem;

III - Equipe de Atenção Primária Prisional Ampliada, com a composição mínima de:

- a) 1 (um) médico;
- b) 1 (um) enfermeiro;
- c) 1 (um) cirurgião dentista;
- d) 1 (um) técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem;
- e) 1 (um) profissional selecionado dentre as ocupações: enfermeiro, médico psicólogo, assistente social, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional;

IV - Equipe Complementar Psicossocial de Atenção Primária Prisional, com composição mínima de:

- a) 1 (um) médico psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental; e
- b) 1 (um) profissional selecionado dentre as ocupações abaixo:

1 - Psicólogo;

2 - Assistente social; ou

- c) 1 (um) enfermeiro; e

- d) 2 (dois) profissionais selecionados dentre as ocupações abaixo:

1 - Psicólogo;

2 - Assistente social;

V - Profissional complementar de saúde bucal da equipe de Atenção Primária Prisional Essencial ou Ampliada:

- a) 1 (um) técnico em saúde bucal ou auxiliar em saúde bucal.

A assistência farmacêutica, dentro do âmbito dessa Política, será ato disciplinado pelo Ministério da Saúde, assim como a estratégia e os serviços para avaliação psicossocial e monitoramento das medidas terapêuticas aplicáveis às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei (Brasil, 2014).

### 3.3 DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL – DCNT

Segundo Figueiredo, Ceccon e Figueiredo (2021), as doenças crônicas não transmissíveis – DCNTs se caracterizam por um conjunto de patologias de múltiplas causas e fatores de risco, sendo que não têm origem infecciosa, podendo resultar em incapacidades funcionais.

Trata-se de um grupo de doenças que estão relacionadas a múltiplas causas, com início gradual, longa ou indefinida duração, assim como um prognóstico incerto. Curso clínico de longo tempo, com geração de incapacidades, e por estas razões são consideradas prevalentes e de grande impacto na saúde individual ou coletiva, citando aqui doenças como as cardiovasculares e respiratórias, hipertensão arterial sistêmica, obesidade, diabetes, neoplasias (Coelho *et al.*, 2023).

Para Malta *et al.* (2020) são consideradas um problema de saúde pública por ser a principal causa de morte no mundo, além das consequências, como mortalidade prematura, incapacidades, perda da qualidade de vida, sobrecarga do sistema de saúde, contribuindo, de forma efetiva, com o montante dos gastos com assistência médica e de previdência social.

Coelho *et al.* (2023) ressaltam ainda estarem mais relacionadas às populações em situações de vulnerabilidade, com dificuldades no acesso aos serviços de saúde e com hábitos de vida desfavoráveis ao cuidado com as condições de saúde e doenças crônicas.

### 3.3.1 Epidemiologia em DCNTs

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), como cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres e diabetes, são responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes no mundo. Estima-se que sejam 38 milhões de mortes anuais, sendo eu dessas mortes, 16 milhões ocorrem de forma prematura, em pessoas com idade menor que 70 anos e 28 milhões ocorram em países de baixa e média renda (Malta *et al.*, 2017).

Cardoso (2023) afirma que se trata da primeira causa de óbito entre pessoas de 30 a 69 anos, atingindo 56% de homens e 44% de mulheres entre os óbitos, sendo as doenças cardiovasculares a primeira principal causa prematura de mortalidade entre o grupo de causas.

É considerado um problema grave de saúde pública, atingido de forma mais elevada as camadas mais pobres da população e os grupos vulneráveis. Entre os principais fatores de risco está o associado a atividade física (baixa) e a forma inadequada de alimentação (Brasil, 2011). De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2005, p. 23),

O conhecimento da prevalência dos fatores de risco para DCNT, principalmente os de natureza comportamental (dieta, sedentarismo, dependência química - tabaco, álcool e outras drogas) é fundamental, pois são sobre eles que as ações preventivas podem ser custo efetivas, foi um dos motivos principais para a estruturação do Sistema de Vigilância de DCNT no país.

Nesse sentido, o Sistema Nacional de Vigilância de DCNT está estruturado de forma a capacitar as equipes de saúde nos estados e municípios, estabelecer atividades, problemas e definir indicadores para o monitoramento e as metodologias que serão utilizadas em conformidade com a realidade regional e local (Brasil, 2005).

Em relação às DCNT para pessoas privadas de liberdade (sistema carcerário), Serra *et al.* (2022) destacam que tais pessoas mantêm os mesmos direitos fundamentais a todos os cidadãos, não interferindo o tipo de transgressão assumido.

As condições impostas pelo sistema, como superlotação, insalubridade, uso de drogas, violências, má alimentação e falta de higiene são fatores que repercutem diretamente na saúde dos encarcerados, tornando os problemas de saúde já adquiridos anteriormente, mais graves.

Corroborando tal afirmação, Carvalho *et al.* (2022) destacam que o ambiente prisional tende a colaborar de forma efetiva para a proliferação dessas doenças, pois são ambientes lotados, sem condições mínimas de higiene, uso de drogas, tabagismo, entre tantos outros problemas. Nessa linha de pensamento, o Ministério da Saúde e Justiça instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, propondo uma política de saúde visando reduzir os agravos e danos provocados à saúde da população prisional em virtude de tais condições, possibilitando o acesso à atenção básica dentro das instituições prisionais por intermédio de equipes de saúde com trabalho integrado multidisciplinar.

### **3.3.2 Classificação Doenças Crônicas Não Transmissíveis**

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são caracterizadas por um conjunto de patologias de múltiplas causas e fatores de risco, longos períodos de latência e curso prolongado. Além disso, não têm origem infecciosa e podem causar inúmeros resultados, incluindo incapacidades funcionais (Figueiredo, Ceccon e Cunha, 2021).

Schmidt *et al.* (2011) afirmam que as DCNT são um problema de saúde global, além de uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano, recaindo principalmente sobre as populações mais pobres e reivindicando ações e políticas para a sua prevenção e controle.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis constituem sete das 10 principais causas que mais matam no mundo (OPAS, 2020). Figueiredo, Ceccon e Cunha (2021) apontam as DCNTs, No Brasil, como a principal carga de doenças e mortes na população, constituindo-se como um importante problema de saúde pública. É um problema que impacta não somente economicamente o país, mas para todo o sistema de saúde e para a sociedade brasileiros. Em Santa Catarina, os números não diferem. De acordo com a Secretaria de Estado de Santa Catarina, as DCNTs estão associadas a 73,5% das causas de mortalidade no Estado, destacando-se as doenças

cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, câncer e diabetes (Furtado e Tuon, 2018).

Os principais grupos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis são as doenças respiratórias, como a pneumonia, sendo esta quarta principal causa de morte; doença cardíaca, a principal causa de morte; câncer, doenças do aparelho circulatório e diabetes (OPAS 2020). Em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, enfatizando ações populacionais para controlar as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doença respiratória crônica, predominantemente pelo controle do fumo, inatividade física, alimentação inadequada e uso prejudicial de álcool (Duncan *et al.*, 2012).

Schmidt *et al.* (2011) apontam que as doenças crônicas não transmissíveis se tornaram a principal prioridade na área da saúde no Brasil, afinal foram atribuídas às DCNTs, em 2019, 54,7% dos óbitos registrados no Brasil e 11,5% por agravos dessas doenças (Brasil, 2021).

O Ministério da Saúde aponta que as DCNTs, principalmente as doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes e doenças respiratórias crônicas, são causadas por vários fatores ligados às condições de vida dos sujeitos, ou seja, muito pelo acesso a bens e serviços públicos, pela garantia de direitos, informação, emprego e renda e a possibilidade de escolhas (Brasil, 2021).

Contribuem, ainda, para os números das DCNTs, as determinantes sociais, como as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades no acesso à informação, além disso, em conjunto com os fatores de risco modificáveis (Brasil, 2011), tornam as DCNTs um problema de saúde ainda mais grave.

Como diretriz para a prevenção dos fatores de risco das DCNT e promoção da saúde da população, o Ministério da Saúde investe no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, que tem como objetivo criar e fortalecer políticas e programas intersetoriais, de forma a organizar os serviços de saúde, interligando secretarias, agências, institutos e fundações ligadas ao Ministério e gestores e trabalhadores da saúde de estados, municípios e Distrito Federal no sentido de direcionar processos, informações que contribuam para a tomada de decisão que possam otimizar a gestão em saúde no enfrentamento dessas doenças (Brasil, 2021).

### 3.3.3 Fatores de risco

As DCNTs se caracterizam por ter uma etiologia múltipla, com diversos fatores de risco, o que permite estabelecer estratégias efetivas de prevenção, sendo que para tanto, é fundamental conhecer o comportamento, hábitos, estilo e modo de vida da população, pois as condições em que as pessoas vivem e trabalham influenciam diretamente em sua qualidade de vida e saúde (Santa Catarina, 2021).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2005, p. 23), “O conhecimento da prevalência dos fatores de risco para DCNT, principalmente os de natureza comportamental (dieta, sedentarismo, dependência química - tabaco, álcool e outras drogas) é fundamental, pois são sobre eles que as ações preventivas podem ser custo efetivas”.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2021), as DCNTs são as doenças de maior magnitude no Brasil, considerando, principalmente, as populações de baixa renda e vulneráveis, destacando ainda que, a maioria das mortes prematura está ligada a fatores de risco modificáveis, como a obesidade, hábitos alimentares inadequados, inatividade física, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, poluição ambiental e mental.

O tabagismo é considerado uma das maiores ameaças à saúde pública, e importante fator de risco para o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis. Além disso é o líder global entre as causas de morte evitáveis, sendo que, no Brasil, 12,6% da população adulta é tabagista e em Santa Catarina, esse número é de 13% (Santa Catarina, 2021).

Outro fator de risco importante, o uso abusivo do álcool,

O consumo de álcool além de ser um dos principais fatores de risco para a saúde da população, também tem evidenciado direta associação com acidentes de trânsito, mortalidade por causas violentas, e a ocorrência de uma ampla variedade de doenças não transmissíveis, como neoplasias, doenças cardiovasculares, doenças do fígado, entre outras (Santa Catarina, 2021, p. 19).

Na lista de fatores de risco, coloca-se ainda a obesidade que está diretamente ligada a alimentação, que quando inadequada contribui para doenças não transmissíveis. O Ministério da Saúde (Brasil, 2021) ressalta que a alimentação adequada é um direito humano básico que contribui diretamente para a melhoria da

saúde, bem como ao menor risco de DCNTs, pois o alimento tem efeito benéfico sobre a prevenção de doenças, entre outras contribuições para a saúde.

Fator ligado também à obesidade, está a atividade física, que, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2021), contribuiu também para a redução da prevalência de DCNTs, redução da mortalidade e de doenças cardiovasculares, diabetes, câncer, obesidade, entre outras (Santa Catarina, 2021).

### 3.3.4 Tratamento e prevenção

Segundo Baranhuk Neto (2023, p. 14):

A maior dificuldade quando o objetivo é prevenção, se dá pela mudança de atuação, pois consiste em estabelecer novas práticas de gestão. Estimulando a criação de grupos de pessoas que compartilham a doença ou fator de risco (idosos, diabéticos, hipertensos), para um melhor entendimento da população sobre os principais motivos e causas de pessoas que adquirem DCNT.

A prevenção deve estar centrada nas ações de vigilância e no monitoramento da prevalência dos fatores de risco para DCNTs, principalmente os de natureza comportamental, como dieta, sedentarismo, dependência química, entre outras (Malta *et al.*, 2006).

Prioridade nas políticas de saúde pública no Brasil, o controle e a prevenção às DCNTs tem sido alvo de programas e ações. Como tratamento, a ampliação do acesso aos medicamentos, como parte do cuidado integral direcionado a esses portadores, o que inclui ainda estratégias implementadas com vista ao tratamento medicamentoso que possibilita o controle das doenças, além disso a redução da morbimortalidade e a melhoria na qualidade de vida desses portadores (Tavares *et al.*, 2015).

## 3.4 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE EM DCNTS

Coelho *et al.* (2023) afirmam que a política pública deve assegurar às pessoas o exercício dos diversos direitos sociais, dentre eles está a saúde como direito indispensável a todos, considerado como universal e unânime. Para tanto, as políticas públicas devem chegar às pessoas em forma de serviços essenciais em saúde, atendimento integral e a prioridade para as atividades preventivas, além da participação da comunidade na forma de controle social.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2005, p. 53):

A Atenção Básica em Saúde caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações que abrangem a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. É desenvolvida sob a forma de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, considerando a dinamicidade existente nesse território, pelas quais assume a responsabilidade sanitária. A equipe da atenção básica deve resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância dessas populações a partir da utilização de tecnologias de elevada complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamentos).

As redes de atenção à saúde em DCNTs referem-se às estratégias organizacionais e assistenciais voltadas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Essas doenças, como diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas, representam um desafio significativo para os sistemas de saúde devido à sua alta prevalência, impacto na qualidade de vida dos pacientes e nos custos associados ao tratamento (Brasil, 2021).

Dessa forma, Coelho *et al.* (2023) colocam que:

É interessante ressaltar a limitação na oferta de programas e ações estratégicas que tornem o cuidado em saúde uma prática integral, onde estejam inseridos o processo de educação e promoção da saúde, prevenção de complicações metabólicas e funcionais e interação dos grupos e comunidade.

Para tanto, o Ministério da Saúde coloca como prioritário dois pontos fundamentais na condução da epidemia de DCNTs, considerada um grande desafio para a condução da saúde pública no país. Em primeiro, a decisão política do Sistema Único de Saúde de priorizar a vigilância e a prevenção de DCNTs, em segundo conhecer o modo de manifestação dessa epidemia na população, sendo que os primeiros passos estão sendo dados, porém muito há que ser feito no sentido de obtermos o melhor retrato possível da epidemia de DCNTs (Facchini, Tomasi e Thumé, 2021).

Para enfrentar esses desafios, as redes de atenção à saúde em DCNTs são estruturadas com o objetivo de integrar diferentes níveis de atenção (atenção primária, secundária e terciária), serviços e profissionais de saúde. Essa integração visa proporcionar cuidados contínuos, coordenados e centrados no paciente, desde a prevenção até o manejo avançado das doenças (Brasil, 2021).

A implementação efetiva das redes de atenção à saúde em DCNTs requer colaboração entre diferentes setores da saúde, políticas públicas robustas,

financiamento adequado e engajamento da comunidade. O objetivo é melhorar a qualidade de vida dos pacientes, reduzir complicações e custos associados às doenças crônicas não transmissíveis (Coelho *et al.*, 2023).

### 3.5 O PAPEL DO ENFERMEIRO

#### 3.5.1 Em Sistema Prisional

Soares *et al.* (2020) enfatizam que a enfermagem é capaz de se adaptar aos inúmeros cenários onde a sua presença é demandada, como o cenário do sistema prisional. “A equipe multidisciplinar percebe a importância do enfermeiro nos presídios, a fim de otimizar o acesso das pessoas às ações e intervenções de saúde” (Soares *et al.*, 2020, p. 2).

Segundo Machado *et al.* (2021, p. 2),

O papel do enfermeiro na assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade deve ser exercido em sua totalidade e de forma contínua e integral, muito além de ações pontuais, começando desde a entrada do indivíduo no sistema, entendendo suas necessidades, formando um vínculo maior, conhecendo e respeitando seu contexto antes do cárcere.

Segundo Lima (2020) a enfermagem é parte constituinte de uma equipe multidisciplinar, tendo ela a capacidade de executar a prevenção, a manutenção e a reabilitação da saúde. Em ambiente carcerário, a equipe de enfermagem é responsável por promover a educação em saúde, realizar procedimentos, administração e prescrição de medicamentos, além da consulta de enfermagem que é restrita ao profissional enfermeiro.

Soares *et al.* (2020) destacam o enfermeiro como um eixo, sendo fundamental para a promoção, manutenção e recuperação da saúde durante a privação de liberdade, numa dimensão humana e holística nos cuidados aos indivíduos privados de liberdade.

Composta por uma equipe multiprofissional, a assistência em saúde ofertada pelo enfermeiro, dentro do sistema prisional, deve agir num contexto de problemas e situações aquém ao papel apenas de diagnosticar e tratar, mas prevenir, promover a informação e buscar fortalecer essas ações (Machado, Martins e Souza, 2021).

Quanto às principais atribuições e práticas de enfermagem ganham destaque a triagem, escuta qualificada e acolhimento, exames admissionais, diagnóstico precoce, prevenção da disseminação de doenças infectocontagiosas, ações de promoção e educação em saúde, práticas clínicas, intervenções medicamentosas, monitoramento individual, gestão de casos, sendo essas ações a serem desenvolvidas não só entre os apenados, mas também entre os familiares e agentes penitenciários (Machado. Martins e Souza, 2021, p. 7).

O enfermeiro tem importância fundamental e um papel de destaque no atendimento dessa população, ainda desassistida pelo sistema de saúde e por políticas públicas de saúde que tragam, de fato, o direito à saúde como fator essencial, ainda que na atenção básica de saúde.

A complexidade do ambiente faz despontar desafios para o acesso à saúde nos presídios, modelo que não pode estar isolado dos sistemas regionais e nacionais de atenção e que permita o avanço da independência dos profissionais em ambiente de correição prisional, com vistas à qualidade assistencial (Soares *et al.*, 2020, p. 6).

Segundo Lima *et al.* (2020), o enfermeiro, em conjunto com os profissionais do sistema, tem possibilitado condições de vida digna a essas pessoas. Além disso, o enfermeiro e a equipe de saúde, dentro dessas unidades, têm grande importância por oportunizar serviços de saúde, bem como ser um eixo fundamental de promoção, manutenção e recuperação da saúde desses indivíduos privados de liberdade.

Ainda de acordo com Lima *et al.* (2020), são muitas as evidências de dificuldades da vivência profissional dentro das unidades prisionais, o que resulta em um trabalho insatisfatório, seja pela a deficiência de recursos materiais, a exposição aos riscos psicossociais ou ao desgaste emocional dos trabalhadores. Os profissionais de enfermagem vivenciam inúmeros sentimentos, como medo, pressão, desconfiança, sentimentos que contribuem para o acúmulo e sensação de pouca segurança.

A partir do direito à saúde garantido, a presença da enfermagem, dentro do sistema prisional, pode promover esse direito, além da prática de um atendimento humanizado, ações e atividades que garantam ao enfermeiro e sua equipe prestar a atenção básica de saúde (Armanini *et al.*, 2020).

### **3.5.2 Nas Redes de Atenção à Saúde**

Pires, Lucena e Mantesso (2022) revelam que a Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada principal dos serviços do sistema de saúde, sendo fundamental para o funcionamento adequado das Redes de Atenção à Saúde. A Estratégia Saúde da Família é a principal ação de consolidação dessa Rede, tendo em seu contexto a composição multiprofissional, emergindo entre estes profissionais, o enfermeiro, com grande papel frente às práticas assistenciais desenvolvidas para o indivíduo e sua família.

Segundo Cabral *et al.* (2020) a Atenção Primária à Saúde é responsável por coordenar o cuidado dos indivíduos, onde o enfermeiro assume papel de destaque, pois, em sua formação generalista, tem facilitada a comunicação com outras áreas da saúde, experiência no planejamento, execução e avaliação das ações, sendo capaz de supervisionar, organizar, planejar e gerenciar as ações de saúde, o que favorece diretamente a promoção da saúde e a prevenção dos agravos.

O enfermeiro desempenha um papel crucial nas redes de atenção à saúde, atuando em diversas frentes para garantir cuidados integrais e eficazes aos pacientes (Machado e Perez, 2023). Entre suas funções e responsabilidades incluem-se:

- A assistência direta ao paciente, onde o enfermeiro é responsável por realizar avaliações de saúde, administração de medicamentos, curativos, monitoramento de sinais vitais e educação do paciente sobre sua condição e cuidados necessários (Bonfim *et al.*, 2016).
- A coordenação do cuidado, onde o enfermeiro desempenha um papel central na coordenação entre diferentes profissionais de saúde e serviços, garantindo que o tratamento seja contínuo e eficaz (Machado e Perez, 2023).
- A educação em saúde, onde o enfermeiro tem a função de educar os pacientes e suas famílias sobre prevenção de doenças, gestão de condições crônicas e promoção de hábitos saudáveis (Bonfim *et al.*, 2016).
- A defesa do paciente, como indivíduo de direitos, onde o enfermeiro representa os interesses dos pacientes, assegurando que recebam o cuidado adequado e acessível, além de promover práticas baseadas em evidências para melhorar os resultados de saúde (Cofen, 2017).
- Além disso, o enfermeiro precisa sempre em desenvolvimento profissional, aprimorando seus conhecimentos, estar envolvidos em pesquisas clínicas, na prática baseada em evidências e no desenvolvimento de políticas

de saúde para melhorar os padrões de cuidado, em uma gestão de cuidados ao paciente, no planejamento e gerenciamento do cuidado de pacientes com necessidades complexas, garantindo que recebam os serviços certos no momento certo, contribuindo de forma efetiva com as equipes de saúde (Machado e Perez, 2023).

O papel do enfermeiro, nas redes de atenção à saúde, vai além da assistência direta ao paciente, abrangendo coordenação de cuidados, educação em saúde, advocacia do paciente, pesquisa e desenvolvimento profissional, gestão de casos e liderança clínica. Eles são fundamentais para o funcionamento eficiente e humanizado do sistema de saúde (Gomes e Freitas, 2019).

Machado e Perez (2023) afirmam que “A atenção Primária à Saúde apresenta um conjunto de estratégias que são realizadas para promover a resolutividade dos serviços de saúde”, sendo que o enfermeiro desempenha um papel vital na melhoria da qualidade e na eficiência dos serviços de saúde, contribuindo significativamente para o bem-estar e a saúde da população.

### **3.5.3 Na Atenção Básica de Saúde**

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2024), a Atenção Primária à Saúde - APS é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.

A atenção básica de saúde é composta por uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo: 1 (um) médico, preferencialmente da especialidade de Família e Comunidade, 1 (um) enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família e 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, o ACS e ACE e os profissionais de saúde bucal: 1 (um) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e 1 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal (Brasil, 2017).

Como primeira função na atenção básica, o enfermeiro é treinado para realizar triagem inicial de problemas de saúde e encaminhar os pacientes para outros

profissionais de saúde ou serviços especializados, conforme necessário. Orientar os pacientes individualmente, desenvolvendo iniciativas educativas para a comunidade em geral, abordando temas como higiene pessoal, controle de doenças transmissíveis e cuidados preventivos (Machado e Perez, 2023)

O papel do enfermeiro na atenção básica de saúde é fundamental para a organização e prestação de cuidados essenciais à comunidade. Como parte da equipe multiprofissional na atenção básica, o enfermeiro colabora no planejamento e execução dos programas a serem desenvolvidos e pela intimidade com os problemas, é o elemento credenciado para identificar as necessidades do paciente, sendo o contingente humano de maior sensibilidade na promoção de saúde do indivíduo e da coletividade (Alves, Santos e Lopes, 2019). Os enfermeiros colaboram com médicos, técnicos de enfermagem, assistentes sociais e outros profissionais para garantir uma abordagem integrada e abrangente aos cuidados de saúde da comunidade (Machado e Perez, 2023).

Os enfermeiros na atenção básica são frequentemente os primeiros profissionais de saúde que os pacientes encontram. Eles realizam avaliações de saúde, triagem inicial, gerenciamento de condições crônicas e agudas, administração de vacinas e outros procedimentos básicos de saúde (Mendes, 2018). Conforme a Política Nacional da Atenção Básica é papel do enfermeiro realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas (Brasil, 2017).

Alves, Santos e Lopes (2019) afirmam que, na atenção básica de saúde, o enfermeiro assume papel de facilitador no acesso aos cuidados. Seja pela proximidade, capacidade de escutar, de orientar, de explicar e de fornecer informações mais detalhadas e enquadradas no ambiente social dos sujeitos que buscam a atenção básica, são intervenções que se enquadram no papel de enfermeiro na busca de facilitar o acesso à saúde de qualidade e com respeito.

São os enfermeiros os responsáveis por promover, na população, a educação de estilos de vida saudáveis e na comunidade sobre prevenção de doenças. Eles realizam campanhas de saúde, palestras educativas e programas de rastreamento para identificar condições de saúde precocemente (Cofen, 2018).

Os enfermeiros são responsáveis, ainda, por gerenciar pacientes em condições crônicas, acompanhar a adesão adequada ao tratamento, monitorar a progressão da

doença e ajustar o plano de cuidados conforme necessário, bem como desempenham um papel central na administração de vacinas, seguindo diretrizes de imunização e contribuindo para programas de vacinação em larga escala para prevenção de doenças infecciosas.

Na atenção básica, o enfermeiro desempenha um papel de suma importância para a saúde, ao fornecer cuidados diretos e colaboração interprofissional. Ele é integrante fundamental para a eficácia e a qualidade dos serviços de saúde em nível comunitário, contribuindo significativamente para o bem-estar e a saúde da população.

## 4 MÉTODOS

### 4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

A abordagem da pesquisa foi quantitativa. De acordo com Ferreira (2015), a pesquisa quantitativa busca a coleta de dados através de números, por meio de aplicação de instrumentos que serão aplicados em grupo-alvo específico, permitindo que após análise dos dados seja possível concluir um pensamento com maior acerto sobre padrões seguidos por esse público.

“A utilização dos modelos em conjunto procura adotar vários métodos para análise do objeto de estudo, através da comparação dos dados obtidos por meio das abordagens quantitativas (Paschoarelli, Medola e Bonfim, 2015).

### 4.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória e de campo. Esse tipo de pesquisa tem como objetivo compreender e conhecer a variável de estudo, sendo aplicado na fase de planejamento da pesquisa, para que seja possível a obtenção de respostas, para que assim possibilite ver a verdadeira característica da realidade, eliminando as predisposições não fundadas (Frainer, 2020).

A pesquisa exploratória permite que o pesquisador consiga perceber a realidade como ela é, realizando o refinamento dos dados da pesquisa e o desenvolvimento e análise das hipóteses, minimizando o viés do pesquisador, deste modo a pesquisa se torna mais compatível com a realidade (Oliveira, 2011).

### 4.3 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em uma Unidade Prisional no sul de Santa Catarina localizada na Rua Odonel Bianchi, 330, Bairro Santa Augusta, Criciúma - SC, 88805-260, unidade essa que comporta aproximadamente 1000 reclusos do sexo masculino, sendo aceita pelo Diretor atuante no momento, com a apresentação do projeto, bem como assinado e carimbado a carta de aceite (APÊNDICE A).

#### 4.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada com todos os reclusos admitidos no ato de sua admissão num período de 30 dias em uma unidade prisional.

##### 4.4.1 Critério de inclusão

- Ser maior de 18 anos;
- Estar sendo admitido no momento;
- Ser ingresso pela primeira vez;
- Aceitar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C).

##### 4.4.2 Critério de exclusão

Como critério de exclusão da pesquisa, foram excluídos, automaticamente, os participantes que não estiverem inseridos nos critérios de inclusão ou quando quiserem interromper a pesquisa.

#### 4.5 VARIÁVEIS

Esta seção ressalta as variáveis consideradas no processo de análise do trabalho que tem como proposta a Avaliação Cognitiva e as Alterações De Saúde Em Uma Unidade Prisional De Santa Catarina.

##### 4.5.1 Dependentes

As variáveis dependentes serão pesquisadas os fatores da amostragem com as alterações comportamentais, alterações de saúde, alterações na cognição, subsequente ao confinamento em que se encontram as pessoas privadas de liberdade.

##### 4.5.2 Independentes

Como variáveis independentes dos reclusos pesquisados, deve se levar em consideração a idade, cor, estado civil, escolaridade, situação laboral, lazer, visita, tempo de reclusão, uso de medicação.

#### 4.6 PROCEDIMENTO COLETA DE DADOS

O procedimento para coleta de dados iniciou assim que o projeto foi aprovado pelo CEP da UNESC. Após este processo, a Unidade Prisional foi comunicada para que assim as pesquisadoras pudessem adentrar a instituição e realizar a pesquisa com toda segurança.

No primeiro momento, foi realizada uma reunião com a gestão da Unidade Prisional para agendar os horários de visita das pesquisadoras, e assim não interferir na rotina.

Estando dentro da Unidade Prisional, os reclusos que se enquadrassem nos critérios da pesquisa, foram submetidos ao TCLE, que depois de assinado, foi então aplicado o questionário (APÊNDICE B) sociodemográfico, com o objetivo de quantificar o número de reclusos com as doenças.

#### 4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise, os dados foram tabulados utilizando o software Excel. Posteriormente foram analisados, enquadrando-os de acordo com as doenças detectadas.

#### 4.8 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Assim que aprovado, a pesquisa teve início, seguindo os princípios éticos estabelecidos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Todos os princípios citados foram cuidadosamente seguidos neste estudo. Além dos pontos já referidos, a pesquisa foi realizada com participantes que assinaram o TCLE.

Aspectos éticos do estudo como a confidencialidade, a privacidade, o anonimato, a proteção de imagem, devem ser assegurados aos participantes no decorrer de todo o processo de pesquisa. A pesquisa em seres humanos deverá sempre tratá-lo com dignidade, respeito e defendê-lo em sua vulnerabilidade. Na pesquisa será utilizado um termo de Consentimento Livre e Esclarecido, informando aos participantes da pesquisa os objetivos, métodos, direito de desistir da mesma e sigilo em relação à pesquisa

Existe um risco mínimo para a aplicação dos instrumentos, ou seja, desconfortos durante a realização da pesquisa, pois as perguntas da entrevista estão centradas em seus comportamento e mudanças comportamentais e ou desistência da participação da pesquisa quando lerem perguntas conflituosas para o mesmo.

Como benefícios, serão adotados todos os cuidados para enfrentamento da pandemia Covid-19 utilizando os EPIs como: álcool gel, máscaras, luvas e distanciamento para a aplicação dos instrumentos avaliativos; não aglomeração de reclusos no mesmo horário para preservação do sigilo; será aplicado instrumento individuais preservando a sua participação; não haverá risco com resíduos biológico e resguardo de todo conteúdo encontrado.

Por fim, este estudo seguiu rígidos padrões de ética no que diz respeito a não divulgação de nenhum dado pessoal dos participantes.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse estudo foram analisados os prontuários de 76 indivíduos admitidos na referida unidade prisional escolhida para o estudo e no período estipulado para a coleta de dados. Após a aprovação da pesquisa, iniciou-se a coleta de dados, que teve como objetivo geral verificar a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis entre os reclusos admitidos ao longo de um período de 30 dias em uma instituição prisional no sul de Santa Catarina.

Os primeiros dados coletados foram referentes ao perfil sociodemográfico dos reclusos, que está dividido em 4 tabelas (idade, escolaridade, estado civil e ocupação), sendo apresentadas seguir.

Tabela 01: Idade dos indivíduos abordados na pesquisa

Idade	Qt. Cit.	%
18 a 28 anos	16	21,05
29 a 39 anos	28	36,84
40 a 50 anos	13	17,10
51 a 61 anos	7	9,21
62 anos ou mais	12	15,79

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto a idade, os dados mostram que 28 (36,84%) dos reclusos têm entre 29 e 39 anos, 16 (21,05%) têm entre 18 e 28 anos; já 13 deles têm ou entre 40 e 50 anos, 12 (15,79%) têm 62 anos ou mais, e 7 deles têm entre 51 e 61 anos de idade.

O estudo de Serra (2020) mostra alguns dados que coincidem com o presente estudo. No estudo de Serra, a média de idade ficou em 35,38 anos, com mínima de 21 anos e máxima de 64 anos, tendo proximidade a média e a idade mínima, porém quando comparada a idade máxima os estudos ficam bem longe um do outro.

Na tabela 02, a escolaridade dos reclusos, conforme prontuários analisados.

Tabela 02: Escolaridade dos indivíduos abordados na pesquisa

<b>Escolaridade</b>	<b>Qt. Cit.</b>	<b>%</b>
Alfabetizado	1	1,3%
Ensino Fundamental incompleto	32	42,1%
Ensino Fundamental completo	10	13,2%
Ensino Médio incompleto	21	27,6%
Ensino Médio completo	8	10,5%
Ensino Superior Incompleto	1	1,3%
Ensino Superior completo	3	3,9%

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto a escolaridade, os dados mostram uma grande maioria, são 32 reclusos (42,1%) com fundamental incompleto, seguido por ensino médio incompleto, são 21 detentos (27,6%), fundamental completo, são 10 detentos, ensino médio completo são 8, superior completo são 3, e alfabetizado e superior incompleto, 1 recluso cada. Dado igualmente identificado no estudo de Serra (2020), que evidencia mais da metade da amostra com o mesmo grau de instrução, ensino fundamental incompleto, assim como o segundo lugar em escolaridade, ensino médio incompleto.

Na tabela 03, o estado civil dos reclusos abordados na pesquisa.

Tabela 03: Estado civil dos indivíduos abordados na pesquisa

<b>Estado Civil</b>	<b>Qt. Cit.</b>	<b>%</b>
Solteiro	33	43,4%
Casado	20	26,3%
União estável	13	17,1%
Divorciado	10	13,2%

Fonte: Dados da pesquisa.

A maioria dos reclusos é solteiro (43,34%), sendo 33 deles, enquanto que casados são 20 (26,3%), união estável são 13 (17,1%) e divorciados são 10 (13,2%). Nesse sentido, a pesquisa realizada por Serra (2020) corrobora o presente estudo, ao evidenciar em seu estudo uma maioria (52,5%) das pessoas privadas de liberdade como solteiras.

Na tabela 04, a ocupação dos reclusos abordados na pesquisa.

Tabela 04: Ocupação dos indivíduos abordados na pesquisa

Ocupação	Qt. Cit.	%
Sem Resposta	54	71,05%
Pedreiro	6	7,89%
Agricultor	3	3,95%
Mecânico	3	3,95%
Mineiro	2	2,63%
Outras	8	10,53%

Fonte: Dados da pesquisa.

No que se refere a ocupação, 54 dos reclusos (71,05%) não respondeu a esta questão no prontuário, 6 (7,89%) dizem ser pedreiros, 3 (3,95%) são agricultores, 3 (3,95%) são mecânicos, outros 2 (2,63%) são mineiros, e em outras ocupações são 8 (10,53%) reclusos. “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”, “agricultor” e “pintor”” (Serra, 2020, p. 60).

Trata-se de uma população de escolaridade fundamental incompleta, de maioria solteira, sendo que a grande maioria não respondeu ao tipo de ocupação que tinha antes da admissão na unidade prisional, os que relataram, as ocupações englobavam pedreiro, agricultor, mecânico, mineiro, motorista.

Na tabela 05, as doenças apontadas nos instrumentos aplicados aos reclusos durante a sua admissão no período de 30 dias.

Tabela 05: Doenças apontadas nos instrumentos aplicados aos reclusos durante a sua admissão no período de 30 dias.

Algum tipo de doença	n	%
Não	40	52,63
Hipertensão Arterial Sistêmica	19	25,00
Doenças do Colesterol (dislipidemia)	8	10,53
Transtornos (ansiedade, depressão, insônia)	6	7,89
Doenças respiratórias (bronquite, sinusite crônica, asma)	6	7,89
Diabetes	4	5,26
Doenças Cardíacas (cardiopatia, cardiopatia isquêmica)	3	3,95
Doenças gastrointestinais (gastrite, pólipos de intestino)	3	3,95
Doenças renais (nefrolitíase, cisto renal, litíase renal)	3	3,95
Doenças oncológicas (CA de próstata, hiperplasia prostática benigna)	3	3,95
Doença hormonal (hipotireoidismo)	2	2,63
Doença vascular (Insuficiência Venosa Crônica)	1	1,32
Doença degenerativa (Parkinson)	1	1,32
<b>Total de conclusões</b>	<b>99</b>	<b>130,27</b>
<b>Total de reclusos</b>	<b>76</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

Na tabela das doenças que os reclusos admitidos possuem, 40 (52,63%) diz não ter nenhum tipo de doença; enquanto que 19 (25%) dizem ter HAS; 8 (10,53%) têm doenças do colesterol (dislipidemia); transtornos (ansiedade, depressão e insônia) são 6 (7,89%); doenças respiratórias são 6 (7,89%); diabetes são 4 (5,26%) reclusos; doenças cardíacas (cardiopatia e cardiopatia isquêmica) são 3 (3,95%); doenças gastrointestinais são 3 (3,95%); doenças renais (nefrolitíase, cisto renal, litíase renal) são 3 (3,95%); doenças oncológicas (CA de próstata, hiperplasia prostática benigna) são 3 (3,95%); doença hormonal (hipotireoidismo) são 2 (2,63%); que responderam apenas 'sim' foram 2 (2,63%); doença vascular (IVC) e doença degenerativa (Parkinson) foi 1 (1,32%) cada.

Sinski *et al.* (2021) afirmam que o nível pressórico é determinado geneticamente e responde a eventos ambientais e entre os fatores preditivos para o desenvolvimento da HAS estão sexo, raça e idade como características individuais não modificáveis, e consumo nocivo de álcool, tabagismo, hipercolesterolemia, obesidade, sedentarismo, hábitos alimentares e estresse como fatores modificáveis.

Valença *et al.* (2021) conceituam as dislipidemias como alterações na concentração plasmáticas das lipoproteínas. Em seu estudo realizado com 884

indivíduos, a prevalência de dislipidemia foi de 64,25%, sendo que os indivíduos dislipidêmicos apresentaram maior escolaridade, maior IMC e perímetro da cintura elevado em comparação aos indivíduos sem dislipidemia. O estudo evidenciou uma prevalência mais elevada de dislipidemia em relação a outros estudos já realizados.

O estudo de Jesus *et al.* (2018) mostrou que entre os fatores risco mais prevalentes nos dislipidêmicos foram: sedentarismo (73,44%), obesidade (73,44%), hipertensão (50%), diabetes (35,9%) e vezes por semana, 36,51%). Teixeira *et al.* (2021), enfatizam que a obesidade é um dos mais graves problemas de saúde pública, que em conjunto com hábitos alimentares inadequados, é associado a alterações no perfil lipídico e no desenvolvimento de outras doenças.

Estudo de Serra (2020) mostra que, no início da pesquisa, no histórico patológico, 11,39% dos entrevistados tinha HAS e quatro participantes (1,99%) relataram ter diagnóstico de DM, sendo que dois faziam uso de insulina. Já os classificados como pré-DM somavam 8,91% e um quarto dos entrevistados declararam histórico familiar para DM em parentes.

Muitas foram as patologias encontradas nos prontuários analisados, embora sabe-se que o ambiente carcerário contribui de forma, contundente, para o aparecimento de tais patologias. Precariedade nas condições sanitárias, de acomodação, superlotação, alta rotatividade, são fatores que contribuem de forma direta para o surgimento de novas patologias ou o agravamento das já existentes. Segundo Oliveira, Somensi e Locatelli (2022), as penitenciárias podem oferecer riscos de propagação de doenças, portanto, é preciso tratar de questões importantes quanto à organização dos serviços de saúde nas penitenciárias para ampliar-se para toda a população carcerária, estejam doentes ou não, visando a prevenção e promoção da saúde.

Na tabela 06, dados referentes aos principais sinais e sintomas encontrados e seus respectivos tratamentos.

Tabela 06: Principais sinais e sintomas encontrados e seus respectivos tratamentos

Sintomas e tratamentos	Qt. Cit.	%
<b>Faz tratamento</b>		
Não	46	60,5%
Sim	30	39,5%
<b>Que tipo de tratamento</b>		
Medicamentoso	30	39,5%
Não faz tratamento	46	60,5%
<b>Dor de cabeça</b>		
Não	72	94,7%
Sim	4	5,3%
<b>Tosse</b>		
Não	76	100,0%
<b>Falta de ar</b>		
Não	76	100,0%
<b>Fraqueza</b>		
Não	74	97,4%
Sim	2	2,6%
<b>Dor no corpo</b>		
Não	74	97,4%
Sim	2	2,6%
<b>Pressão alta</b>		
Não	76	100,0%
<b>Enjoo</b>		
Não	76	100,0%
<b>Dor de barriga</b>		
Não	76	100,0%
<b>Sangramento</b>		
Não	76	100,0%
<b>Náusea</b>		
Não	76	100,0%
<b>Sonolência</b>		
Não	76	100,0%
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

Os prontuários mostram que 30 (39,5%) faz tratamento para nenhum tipo de doença, e no que diz respeito ao tipo de tratamento, 30 (39,5%) diz fazer tratamento medicamentoso.

Dos 76 prontuários analisados dos detentos admitidos na unidade prisional, apenas 4 (5,3%) dizem sentir dor de cabeça, 2 (2,6%) dizem sentir fraqueza e 2 (2,6%) dor no corpo.

Em relação à tosse, todos foram unânimes em afirmar que não têm tosse, assim como não sentem falta de ar, pressão alta, enjoo, dor de barriga, sangramento, náusea, sonolência.

Na tabela 07, os dados relacionados aos estilos e hábitos de vida citados durante as entrevistas aos reclusos durante sua admissão

Tabela 07: Estilos e hábitos de vida citados durante as entrevistas aos reclusos durante sua admissão

Hábitos saudáveis ou não	Qt. Cit.	%
<b>Já usou algum tipo de droga</b>		
Não	35	46,1%
Sim	41	53,9%
<b>Se sim, quais</b>		
Cocaína	22	28,9%
Crack	11	14,5%
Maconha	27	35,5%
<b>Tabagismo</b>		
Não	31	40,8%
Sim	45	59,2%
<b>Etilismo</b>		
Não	22	28,9%
Sim	54	71,1%
<b>Realiza atividade física</b>		
Não	45	59,2%
Sim	29	38,2%
Sem resposta	2	2,6%
<b>Possui dificuldade para iniciar e manter o sono</b>		
Não	33	43,4%
Sim	40	52,6%
Sem resposta	3	3,9%
<b>Acorda durante a noite</b>		
Não	24	31,6%
Sim	49	64,5%
Sem resposta	3	3,9%
<b>Se sim quantas vezes</b>		
1 vez	9	11,8%
2 a 3 vezes	35	46,1%
4 vezes	2	2,6%
5 a 6 vezes	2	2,6%
Sem resposta	1	1,3%
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

Analisados os dados quanto aos hábitos, saudáveis ou não, verificou-se que 41 (53,9%) fazem uso de algum tipo de droga. Sobre qual tipo de droga questionados, 27 (35,5%) fazem uso de maconha, 22 (28,9%) fazem uso de cocaína e 11 (14,5%) fazem uso de crack, ou seja, alguns em uso de alguma droga em concomitante (maconha e crack, maconha e cocaína) a outra. Sobre tabagismo, 45 (59,2%) fazem uso; em relação ao consumo de álcool (etilismo), 54 (71,1%) dizem usar. O estudo de Serra (2020) traz um panorama sobre o consumo de tabaco, álcool e drogas e revela que 53,97% fumavam antes da prisão, enquanto que 49% depois; no que tange ao uso de álcool, 62,38% usavam antes e apenas 2,97% depois de presos. Quanto ao uso de drogas, 90,10% usavam antes e somente 6,93% depois da prisão. Entre as drogas consumidas antes da prisão estão maconha (93,96%), cocaína (71,98%) e crack (24,18%), seguindo a ordem relatada no presente estudo para uso e tipos de drogas.

Em relação à atividade física, 29 (38,2%) dizem fazer atividade física, 2 (2,6%) não respondeu e a maioria, 45 (59,2%) diz não fazer nenhuma atividade física. A Organização Pan-Americana da Saúde (2024) ressalta que a atividade física insuficiente é o principal fator de mortalidade no mundo. Segundo Camargo e Añes (2020, p. 2), “A atividade física regular é um fator chave de proteção para prevenção e o controle das doenças não transmissíveis (DNTs), como as doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e vários tipos de cânceres”. Segundo recomendações da Organização Mundial de Saúde (Camargo e Añes, 2020), crianças e adolescentes devem fazer pelo menos uma média de 60 minutos por dia, 3 dias por semana, de atividade física de moderada a vigorosa intensidade, ao longo da semana, a maior parte dessa atividade física deve ser aeróbica, enquanto que adultos devem realizar pelo menos 150 a 300 minutos de atividade física aeróbica de moderada intensidade; ou pelo menos 75 a 150 minutos de atividade física aeróbica de vigorosa intensidade; ou uma combinação equivalente de atividade física de moderada e vigorosa intensidade ao longo da semana para benefícios substanciais à saúde, pelo menos 2 dias por semana.

Sobre a dificuldade em iniciar e manter o sono, 33 (43,4%) diz não ter dificuldade, 2 (3,9%) não respondeu e a maioria, 40 (52,6%) diz ter dificuldade para iniciar e manter o sono. No que se refere a acordar durante a noite, 24 (31,6%) diz não acordar; 3 (3,9%) não respondeu; e a maioria, 49 (64,5%) diz acordar durante a noite. Sobre o número de vezes que acordam; 35 (46,1) diz acordar de 2 a 3 vezes; 9

(11,8%) 1 vez na noite; 2 (2,6%) acordam 4 vezes assim como 2 (2,6%) acordam 5 a 6 vezes durante a noite; 1 (1,3%) não respondeu.

O consumo de drogas tem alta prevalência para o surgimento de outras doenças, como a depressão e está diretamente relacionado aos transtornos do sono, evidenciado nos prontuários analisados. Nestes termos, Oliveira, Somensi e Locatelli (2022), o abuso de drogas é uma realidade no sistema prisional, podendo estar associado à criminalidade, ou ainda, demonstra problemas sociais e de saúde pública na população do sistema penal brasileiro. Além disso, o consumo dessas drogas por estar associado ao aumento do risco de comorbidades, risco de suicídio, ou ao desenvolvimento de algum transtorno mental.

Na tabela 08, a relação de medicamentos em uso citados pelos reclusos.

Tabela 08: Medicamentos em uso citados

Faz uso de medicação	n	%
Não faz uso	44	57,89
<b>Anti-hipertensivos:</b> Enalapril, Losartana, AAS, Hctz, Anlodipino, Atenolol, Captopril, Metropolol, Selozok, Concor, Alopurinol	44	57,89
<b>Dislipedemia:</b> Sinvastatina, Atorvastatina	11	14,47
<b>Hipoglicemiante:</b> Metformina, Glicazida	7	9,21
<b>Doenças na próstata:</b> Doxazosina, Finasterida, Comboart	6	7,89
<b>Antiarrítmicos:</b> Isossorbida, Amildarona, Clopidogrel, Concor, Forxiga	5	6,58
<b>Benzodiazepínicos:</b> Diazepam, Clonazepam	5	6,58
<b>Broncodilatadores:</b> Salbutamol, Seretide	5	6,58
<b>Suplementos vitamínicos:</b> Glicinato de magnésio, Vitamina D, Cálcio	3	3,95
<b>Diuréticos:</b> Furosemida	2	2,63
<b>Antidepressivos:</b> Sertralina, Fluoxetina	2	2,63
<b>Protetores gástricos:</b> Omeprazol	2	2,63
<b>Anti-histaminico:</b> Cinarizina	2	2,63
<b>Hormonais:</b> Levotiroxina	2	2,63
<b>Corticóides:</b> Prednisolona	1	1,31
<b>Antiparkisonianos:</b> Prolopa	1	1,31
<b>Antipsicóticos:</b> Quetiapina	1	1,31
<b>Anticoagulantes:</b> Varfarina	1	1,31
<b>Anticonvulsivantes:</b> Pregabalina	1	1,31
<b>Total de conclusões</b>	<b>142</b>	<b>186,84</b>
<b>Total de pacientes</b>	<b>76</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

No que tange à utilização de medicamentos, 44 (57,89%) dizem não utilizar qualquer medicamento; 43 (56,58%) usam medicamento anti-hipertensivos; 11 (14,47%) usam medicamentos para dislipdemia; 7 (9,21%) usam medicamentos para diabetes; 6 (7,89%) usam medicamentos para doenças de próstata; 5 (6,58%) usam medicamentos antiarrítmicos ou benzodiazepínicos ou broncodilatadores; e 3 (3,95%) usa anlodipino, ou atenolol, ou atorvastatina, ou clonazepam, ou doxazosina. Usam diuréticos, antidepressivos, protetor gástrico, para distúrbio do movimento e hormonal 2 (2,63%) reclusos cada, enquanto que glicocorticoides, antiparkisonianos, antipsicóticos, anticoagulantes, para função renal e anticonvulsivantes 1 (1,31%) recluso cada.

Bakris (2023) diz que os medicamentos que são utilizados no tratamento de hipertensão arterial são chamados anti-hipertensivos e que o tratamento tem de ser adaptado ao indivíduo, sendo que há diferentes tipos de anti-hipertensivos que reduzem a pressão arterial, portanto há várias estratégias de tratamento possíveis. Na escolha da medicação deve ser levado em conta: idade, sexo e, às vezes, etnia da pessoa; a gravidade da hipertensão; a presença de outros quadros clínicos; e os possíveis efeitos colaterais e os custos destes efeitos.

Cabral *et al.* (2017) revelam que o tratamento farmacoterapêutico para redução dos níveis de colesterol tem sido um dos grandes avanços tanto na prevenção quanto no tratamento e no prognóstico de doenças cardiovasculares e da aterosclerose, que a escolha do tratamento farmacológico não deve levar em conta apenas o efeito sobre a dislipidemia, mas também a relação com a morbimortalidade cardiovascular, principal motivo para uso do medicamento.

Torna-se importante refletir sobre os impactos que a falta de medidas voltadas à promoção da saúde tem sobre doenças silenciosas e crônicas, como as apresentadas nos prontuários analisados, bem como a população de um modo geral, o que favorece, de forma constante, o desenvolvimento de doenças, gerando futuros gastos aos cofres públicos para aquisição de medicação para o tratamento.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se classificar a questão da saúde carcerária como um tema complexo que necessita de um estudo amplo, pois traz à tona a deficiência do sistema de saúde como um todo e que se reflete em um descaso ainda maior na população carcerária do país.

Concluiu-se o perfil sociodemográfico dos reclusos admitidos na unidade prisional de estudo, a maioria tem entre 29 e 39 anos de idade, solteiros com ensino fundamental incompleto, com ocupação predominante para profissões que legitimam a escolaridade prevalente, ou seja, profissões que não exigem um alto grau de escolaridade. Quanto aos hábitos (saudáveis ou não), maioria faz uso de algum tipo de droga, predominando a maconha como mais usual, assim como o tabagismo e o álcool. Em sua maioria, não realizam atividade física, possuem dificuldade para iniciar e manter o sono, acordando, em média, 2 a 3 vezes na noite.

No que tange às doenças apontadas no momento da admissão na unidade prisional, a maioria relatou HAS, seguida de dislipidemia, ansiedade e diabetes. Sobre sintomas e tratamentos, a maioria diz não fazer tratamento para qualquer doença, assim como não realizam o uso de medicamentos. Poucos citaram sentir dor de cabeça, fraqueza e dor no corpo e relataram não ter tosse ou sangramento, ou sentir falta de ar, pressão alta, enjoo, dor de barriga, náusea ou sonolência, sinais e sintomas esses que são relacionados a algumas DCNTs que foram citados pelos próprios.

As DCNT, diferentemente das doenças não transmissíveis, mostram condições crônicas que possuem diversos fatores de risco, caracterizadas por início gradual. O estudo traz que, das DCNTs referidas, 21 dos detentos têm HAS, 7 têm diabetes, 3 têm doenças do coração, 2 têm doenças nos rins, outros 2 têm doenças gastrointestinais e 1 depressão, porém 22 deles relataram ter outros tipos de doenças. Dessa forma, o estudo condiz com o que o OMS fala sobre as 4 principais DCNT, que são diabetes, hipertensão, dislipidemia e doenças respiratórias. Entre os medicamentos mais utilizados entre os admitidos estão anti-hipertensivos, anti-dislipidêmicos e hipoglicemiantes, medicamentos para doenças de próstata, antiarrítmicos, benzodiazepínicos e broncodilatores também foram citados pelos admitidos.

A ausência do acolhimento e avaliações das condições de saúde na situação de admissão pelos profissionais especializados no estabelecimento penitenciário, somado à falta de instrução a respeito do acesso ao serviço de saúde ante ao ingresso, mostram alguns agravantes que nos fazem refletir a necessidade de registros e cuidados ao ser *RECLUSO*, seguramente são os principais fatores provocantes de danos à saúde.

A negligência a saúde dos detentos ocorre, ainda, em razão de estigmas sociais que contribuem para um encarceramento ainda maior, tendo em vista que a condição de preso expõe atos infracionais, prevalecendo as sentenças morais da sociedade e aumentando o estereótipo de criminoso.

Não se evidencia uma assistência de saúde no momento da admissão desses detentos, o que corrobora com o quadro instalado de negligência antes da própria entrada do detento à unidade prisional. São pessoas já fragilidades nos cuidados à saúde, baixa escolaridade, situações de vulnerabilidade social e psicológica, que, quando se encontram, tornam o indivíduo ainda mais vulnerável aos açoites da sociedade, o que acaba em uma vaga nas prisões do país.

Percebemos a vulnerabilidade socioeconomicocultural comum a todos os homens em privação de liberdade com impacto direto na promoção e proteção à saúde. Dessa forma, faz-se necessário considerar a importância de adotar medidas capazes de cumprir com o objetivo penal de remissão do erro e incluir na sociedade um indivíduo em boas condições de saúde, ressocializado e com amparo social para si e sua família.

O estudo mostrou um panorama do que é a realidade dos admitidos na unidade prisional da pesquisa, porém acredita-se ser um quadro que se revela em todo o país. É preciso visualizar a situação em que se encontram os detentos, porém é preciso que haja ações em saúde, em assistência, em justiça, em governança, somente assim, com ações e estratégias de políticas públicas colocadas e trabalhadas em conjunto o cenário de saúde e justiça poderá ser modificado.

Além disso, é preciso pôr em práticas as políticas públicas em saúde para essa população, evidenciado as já conclamadas, como a PNAIPS e PNAISS, que buscam garantir o direito fundamental à saúde, proclamada pela Constituição, mas que ainda não é vivenciado dentro das unidades prisionais do país, visto que a realidade atual mostra um sistema prisional defasado, superlotada, com condições precárias de higiene, saúde e habitação.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA CATARINENSE DE NOTÍCIAS. **Santa Catarina investe em reformas e construções e é modelo em ressocialização e capacitação.** Publicado em 28 de dezembro de 2018. Disponível em: <https://estado.sc.gov.br/noticias/santa-catarina-investe-em-reformas-e-construcoes-e-e-modelo-em-ressocializacao-e-capacitacao/>. Acesso em: 20 set. 2023.

ALVES, Anne Karolyne da Silva; SANTOS, Jaqueline Maria Silva dos; LOPES, Raquel Ferreira. O papel da enfermagem na equipe multiprofissional no contexto da atenção primária: revisão integrativa de literatura. **GEPNEWS**, Maceió, a.3, v.2, n.2, p.359-366, abr./jun. 2019.

ARMANINI, Brendon Edson; SOUZA, Caroline Nascimento de; GONÇALVES, Laís Lopes; RIBEIRO, Larissa Zuqui; SUHETT, Larissa Chagas; JASTROW, Juliana Maria Bello; SALDES, Alessandra Aparecida de; BEZERRA, Italla Maria Pinheiro. **Atuação dos profissionais de enfermagem no sistema prisional e suas implicações segundo a lei.** 2020. Disponível em: [https://convibra.org/congresso/res/uploads/pdf/artigo25669\\_20202920.pdf#:~:text=A%20equipe%20multidisciplinar%20percebe%20a,SOARES%20et%20al%2C%202020](https://convibra.org/congresso/res/uploads/pdf/artigo25669_20202920.pdf#:~:text=A%20equipe%20multidisciplinar%20percebe%20a,SOARES%20et%20al%2C%202020). Acesso em: 15 set. 2023.

BARANHUK NETO, Bohdan. **Controle e prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT): projeto de intervenção em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Bom Progresso, RS.** 2023. 23f. Monografia (Curso de Especialização na Atenção Básica) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), 2023.

BAKRIS, George L. **Medicamentos para o tratamento de hipertensão arterial.** Manual MSD – Versão Saúde para a Família. Revisado/corrigido: set. 2023. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/casa/dist%C3%BArbios-docora%C3%A7%C3%A3o-e-dos-vasos-sangu%C3%ADneos/hipertens%C3%A3o-arterial/medicamentos-para-o-tratamento-de-hipertens%C3%A3o-arterial>. Acesso em: 20 jun. 2024.

BARCELLOS, Mariana. **MPSC recomenda interdição parcial do Presídio Regional de Criciúma.** NSCTotal, publicado em: 01/02/2024 – 21:26, atualizado em: 01/02/2024 – 21:41. Disponível em: <https://www.nsctotal.com.br/noticias/mpsc-se-manifesta-pela-interdicao-parcial-do-presidio-regional-de-criciuma>. Acesso em: 27 mai. 2024.

BONFIM, Daiana; FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro; LAUS, Ana Maria; GAIDZINSKI, Raquel Rapone. **Parâmetros para Dimensionar os profissionais de enfermagem na Atenção Primária à Saúde.** (2016). Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/11/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-0527-2016-Anexo-II.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2024.

BORGES, Caroline. **Com relatos de tortura, situações insalubres e celas contêineres, prisões de SC têm 4,6 mil presos além da capacidade e baixo efetivo.** G1 Globo, publicado em: 09/09/2023, 08h00, atualizado em abril/2024.

Disponível em: <https://g1.globo.com/sc/santa-catarina/noticia/2023/09/09/com-relatos-de-tortura-situacoes-insalubres-e-celas-containers-prisoas-de-sc-tem-46-mil-presos-alem-da-capacidade-e-baixo-efetivo.ghtml>. Acesso em: 27 mai. 2024.

BRANCO, André Michels. Os desafios na atualidade no sistema prisional para garantir a saúde da massa carcerária. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 10, n. 01, jan. 2024. ISSN -2675 –3375.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Parecer de Câmara Técnica nº 01/2018/CTAB/COFEN. **Atuação do Técnico de Enfermagem na Estratégia Saúde da Família na ausência temporária do Enfermeiro Responsável Técnico pela Unidade Básica**. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/parecer-no-01-2018-cofen-ctba/>. Acesso em: 15 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html#ANEXO XVIII](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXO XVIII). Acesso em: 27 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. **Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001\\_02\\_01\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html). Acesso em: 27 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/>. Acesso em: 19 jun. 2024.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas Penais. **Sistema Nacional de Informações Penais: 14º Ciclo - período de janeiro a junho de 2023, SISDEPEN**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Penais, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Cadastro Nacional de Presos**. Banco Nacional de Monitoramento de Prisões. Brasília: CNJ, 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes (diabetes mellitus)**. (2024). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/diabetes>. Acesso em: 27 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Equipe de Atenção Básica Prisional**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. (2023). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil/valores-de-referencia/pab-variavel/>. Acesso em: 15 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Saúde de A a Z. (2023). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental>. Acesso em: 15 set. 2023.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Obesidade**. (2009). Disponível em: [https://bvs.saude.gov.br/bvs/dicas/215\\_obesidade.html](https://bvs.saude.gov.br/bvs/dicas/215_obesidade.html). Acesso em: 2 jun. 2024.

CABRAL, DS; NASCIMENTO, MC; MIRANDA TPS; SILVA JÚNIOR, SI; BITTENCOURT, F; SILVA, SA. Avaliação das redes de atenção à saúde pelo enfermeiro da Estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2020; 54: e03589. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018048703589>.

CABRIL, Matheus Costa; PIRES, Marina dos Santos; BAHIA, Camila Pereira; RINALDI, Márcio Luiz; RIBEIRO, Pedro Henrique DÁvila Costa; XAVIER, Roberta Feital; FREITAS, Rodrigo de Barros; ANTONIOL, Tiago; FONTES, Lívia Beatriz Almeida. Farmacologia da dislipidemia e aterosclerose. *Revista Científica Fagoc Saúde*, v. 11, 2017, p. 74-79.

CAMARGO, Edina Maria de; AÑES, Ciro Romelio Rodriguez. **Diretrizes da OMS para atividade física e comportamento sedentário: num piscar de olhos**. (2020). Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337001/9789240014886-por.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2024.

CARDIM, Igor. **Santa Catarina está entre os estados com a maior população carcerária**. Agência Brasil, publicado em 11/01/2022. Disponível em:

<https://agenciabrasil.ebc.com.br/radioagencia-nacional/direitos-humanos/audio/2022-01/santa-catarina-esta-entre-os-estados-com-maior-populacao-carceraria>. Acesso em: 20 set. 2023.

CARVALHO, RL de; SILVA MATIAS, PR da; PEREIRA, JR; OLIVEIRA, LP de. As doenças infectocontagiosas e a população brasileira privada de liberdade. **Cadernos ESP/CE**, v. 16, n. 2, abr./jun., 2022, p. 77-89.

COELHO, ACR; LEITE, MV; CARNEIRO, KFP; MENDONÇA, JRB; MESQUITA, LKM; VASCONCELOS, TB. Os principais desafios das políticas públicas de saúde para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis em municípios do Nordeste brasileiro. **Cadernos Saúde Coletiva**, 2023; v. 31, n. 2: e31020095. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331020095>.

DUNCAN, Bruce Bartholow; CHOR, Dóra; AQUINO, Estela M L; BENSENOR, Isabela M; MILL, José Geraldo; SCHMIDT, Maria Inês; LOTUFO, Paulo Andrade; VIGO, Álvaro; BARRETO, Sandhi Maria. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, 2012; v. 46, (Supl): p. 126-34.

FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; THUMÉ, ELAINE (Org.). **Acesso e Qualidade na Atenção Básica Brasileira**: Análise comparativa dos três ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012-2018. (E-book). São Leopoldo: Oikos, 2021.

FERREIRA, Carlos Augusto Lima. Pesquisa quantitativa e qualitativa: perspectivas para o campo da educação. **Revista Mosaico**, Goiânia, v. 8, n. 2, p. 173-182, jul./dez. 2015.

FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos; Ceccon Roger Flores; FIGUEIREDO, José Henrique Cunha. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1: p. 77-88, 2021.

FLORES, Barbara Bianca Mendes. **A realidade do Sistema Prisional Brasileiro acerca da saúde do detento e suas divergências com a Lei de Execução Penal**. Jusbrasil, São Paulo, Faculdade Autônoma de Direito (FADISP), 2021. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/a-realidade-do-sistema-prisional-brasileiro-acerca-da-saude-do-detento-e-suas-divergencias-com-a-lei-de-execucao-penal/1253196752>. Acesso em: 20 set. 2023.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023.

FRAINER, Juliana. **Metodologia científica**. Indaial: UNIASSELVI, 2020.

FURTADO, Beatriz Antunes Giusti; TUON, Lisiane. Doenças crônicas não transmissíveis: um estudo no sul de Santa Catarina. In: JORNADA NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS, II, 2018. **Resumos...** Criciúma (SC), 2018.

GOMES, J. B.; FREITAS, I. F. O papel do (a) enfermeiro (a) na atenção básica de saúde. **Revista de Saúde Dom Alberto**, v. 4, n. 1, p. 121-141, 15 jun. 2019.

JESUS, Laís Machado de; COLOMBO, Tatiana Elias; CAMILO, Nirvana Silvia Rodrigues; BARBOZA, Marcelo Adriano Ingraci. Influência da dislipidemia no surgimento e agravamento de cardiopatias em adultos na cidade de Barretos-SP. **Journal of Health Sciences Institute**, 2018; v. 36, n. 1: p. 19-22.

LIMA, Maria Helena da Silva; MOTA, Daiane Aparecida; ALMEIDA, Clayton Gonçalves de; GONZAGA, Márcia Feldreman Nunes; PACHER, Kayo Augusto Salandin. Assistência de enfermagem no sistema prisional. **Revista Saúde em Foco**, ed. n. 12, ano 2020. Disponível em: <https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2020/12/ASSIST%C3%80NCIA-DE-ENFERMAGEM-NO-SISTEMA-PRISIONAL-438-%C3%A0-445.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2024.

LUZ, Josiane Flak da; CARVALHO, Tereza Cristina de; PEIXOTO, Jhonatan Phelipe. Educação no sistema prisional. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA UNICESUMAR, XII, 2021. **Anais...** Imbituva/PR, 2021.

MACHADO Caroline Pimentel; MARTINS, Ingrid Fagundes; SOUZA Milena Conegundes Salvador de. Atuação do enfermeiro na assistência à saúde no sistema prisional. **Global Academic Nursing Journal**, 2021; v. 2, Sup. 3: e182.

MACHADO, Erica Santana Rodrigues; PEREZ, Iara Maria Pires. Enfermagem na atenção básica: atribuições e importância. **Revista Saúde dos Vales**, ISSN: 2674-8584, v. 6, n. 1, 2023.

MACHADO, Nicaela Olímpia; GUIMARÃES, Issac Sabbá. A Realidade do Sistema Prisional Brasileiro e o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana. **Revista Eletrônica de Iniciação Científica**, Itajaí, Centro de Ciências Sociais e Jurídicas da UNIVALI, v. 5, n. 1, p. 566-581, 1º Trimestre de 2014.

MALTA, Deborah Carvalho; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de; CEZÁRIO, Antônio Carlos; SILVA JÚNIOR, Jarbas Barbosa da; MOURA, Lenildo de. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 2006; v. 15, n. 1: p. 47 – 65.

MELGAÇO, Loieuse Nascimento; TOSTTO, Thayse França; JESUS, Josiane Andrade de. Saúde pública no sistema penitenciário: um estudo acerca da saúde dos detentos do conjunto penal de Teixeira de Freitas. **Ciências da Saúde**, ed. 125 ago/23.

MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 2, 2018, Abril-Junho, pp. 1-3.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 132 p. (Coleção Temas em Saúde).

NASCIMENTO, Lucas Felipe; FERREIRA JÚNIOR, Marcelo César de Carvalho. **Benefícios da utilização de parcerias público privadas para ressocialização de detentos comparado ao sistema carcerário comum**. Revista Jus Navigandi, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 26, n. 6540, 28 mai. 2021. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/90634>. Acesso em: 15 set. 2023.

OLIVEIRA, Gilberto Reinaldo de. **Saúde e prisão**: um estudo de acesso, assistência e promoção da saúde no cárcere. 2022. 142f. Dissertação (Mestrado em Segurança Pública) – Universidade Federal do Paraná, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Belém (PA), 2022.

OLIVEIRA, Rosemari Santos de; SOMENSI, Lincon Bordignon; LOCATELLI, Claudriana. Condições de saúde de detentos em um presídio da região meio oeste Catarinense. **REFACS** (online) Jan/Mar 2022; v. 10, n. 1. ISSN: 2318-8413 DOI: 10.18554/refacs.v10i0.5123.

OLIVEIRA, Maxwell Ferreira. **Metodologia científica**: um manual para a realização de pesquisas em administração. Catalão: UFG, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OMS revela principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo entre 2000 e 2019**. (9 dez. 2020). Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-12-2020-oms-revela-principais-causas-morte-e-incapacidade-em-todo-mundo-entre-2000-e>. Acesso em: 27 mai. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Atividade física**: Por que a atividade física é importante? (2024). Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atividade-fisica>. Acesso em: 2 jun. 2024.

PASCHOARELLI, Luis Carlos; MEDOLA, Fausto Orsi; BONFIM, Gabriel Henrique Cruz. Características Qualitativas, Quantitativas e Quali-quantitativas de Abordagens Científicas: estudos de caso na subárea do Design Ergonômico. **Revista de Design, Tecnologia e Sociedade**, v. 2, n. 1, 2015, p. 65-78.

PIRES, RCC; LUCENA, AD; MANTESSO, JBO. Atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde (APS): uma revisão integrativa da literatura. São Paulo, **Revista Recien**, 2022; v. 12, n. 37: p. 107-114. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.37.107-114>.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Sistema Único de Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Estado de Santa Catarina**. Florianópolis/ SC: SUS/DIVE/SUV, 2021.

SCHMIDT, Maria Inês; DUNCAN, Bruce Bartholow; AZEVEDO E SILVA, Gulnar; MENEZES, Ana Maria; MONTEIRO, Carlos Augusto; BARRETO, Sandhi Maria; CHOR, Dora; MENEZES, Paulo Rossi. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. Séries: Saúde no Brasil 4. Publicação online: 9 de maio de 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9.

SERRA, Renata Moreira. **Prevalência de doenças crônica não transmissíveis e perfil sociodemográfico das pessoas privadas de liberdade na Penitenciária I de Serra Azul/SP, Brasil**. 2020. 131f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 2020.

SERRA, Renata Moreira; RIBEIRO, Luciana Cisoto; FERREIRA, Janise Braga Barros; SANTOS, Luciane Loures dos. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis no sistema prisional: um desafio para a saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 12: p. 4475-4484, 2022.

SINSKI, Kassiano Carlos; PITILIN, Erica De Brito; DE LÉO, Marcela Martins Furlan; ARAÚJO, Jeferson Santos; CONCEIÇÃO, Vander Monteiro Da. Fatores associados a hipertensão arterial e o estresse em homens privados de liberdade. *Jornada de Iniciação Científica e Tecnológica*, v.1, n. 11, 2021.

SOARES, A. A. M.; CASTRO, G. M. de O.; ALMEIDA, I. E. M. de; MONTEIRO, L. A. S.; TORRES, L. M. Vivências da equipe de enfermagem no cotidiano do sistema penal. **Revista Baiana de Enfermagem**, 2020; v. 34: e34815.

TAVARES, Noemia Urruth Leão; COSTA, Karen Sarmento; MENGUE, Sotero Serrate; VIEIRA, Maria Lúcia França Pontes; MALTA, Deborah Carvalho; SILVA JÚNIOR, Jarbas Barbosa da. Uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília**, v. 24, n. 2: p. 315-323, abr-jun. 2015.

TEIXEIRA, Vanessa Mota; SOARES, Lucélia Garcia; PRETTO, Alessandra Doumid Borges; UARTE, Bruna Martins; COLVARA, Yanne Pereira; TELIS, Adriana Pereira; FURTADO, Lucas de Alvarenga; SPECHT, Nathalia Alves; MAGALHÃES, Larissa Sander; MOREIRA, Ângela Nunes. Fatores de risco associados à dislipidemia de pacientes adultos atendidos em um ambulatório de nutrição. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo. v. 15. n. 98. Suplementar 1. p.1271-1281. Jan./Dez. 2021. ISSN 1981-9919.

VALENÇA, Silvia Eugênia Oliveira; BRITO, Alice Divina Melo; SILVA, Danielle Cristina Guimarães; FERREIRA, Fabrícia Geralda; NOVAES, Juliana Farias; LONGO, Giana Zarbato Longo. Prevalência de dislipidemias e consumo alimentar: um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 11: p. 5765-5776, 2021. DOI: 10.1590/1413-812320212611.28022020.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A – CARTA DE ACEITE**

ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO PRISIONAL E SOCIOEDUCATIVA  
PRESÍDIO REGIONAL DE CRICIÚMA  
COORDENAÇÃO DE SAÚDE

**Carta de Aceite**

Declaramos, para devidos fins que se fizerem necessários, que concordamos em disponibilizar local para aplicação da pesquisa e autorizar a sua entrada na Instituição Presídio Regional de Criciúma, localizada na Rua Odonel Bianchi, nº 330, Bairro Santa Augusta, Criciúma - SC - CEP 88805265 para o desenvolvimento da pesquisa intitulada "***A Prevalência De Doenças Crônicas Não Transmissíveis Identificadas No Acolhimento Dos Reclusos Na Admissão Em Uma Unidade Prisional De Santa Catarina***" sob a responsabilidade do professor(a) responsável Prof.Enf.MS Susane Raquel Périco Pavel e pesquisador(s) Gisele de Jesus e Gisely da Silva Groundon da 10ª fase do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, pelo período de execução previsto no referido projeto datada em 02/2024 a 04/2024.

*Monalisa Lopes*  
Policial Penal  
Coordenadora de Saúde  
Mat. 960.747-1

Monalisa Lopes  
Policial Penal  
Coordenadora de Saúde do  
Presídio Regional de Criciúma

## APÊNDICE B – CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA AVALIAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO PRISIONAL E SOCIOEDUCATIVA

=

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA INICIAL DO CORONAVÍRUS (COVID 19)	
<b>1. Dados de identificação:</b>	
Nome: _____	Data de nascimento: _____
/ / Idade: Estado civil: _____	Escolaridade: _____
Matrícula: _____	
Bairro: _____	Município: _____
Ocupação: _____	
<b>Aferição de sinais vitais:</b>	
Pressão arterial: _____ mmHg; FC: _____ bpm; Temperatura: _____ ºC; FR: _____ rpm;	
SpO2: _____	
Altura: _____ Peso: _____	
<b>2. Requisitos universais:</b>	
Apresenta algum sintoma, se sim, qual?	
Febre ( <input type="checkbox"/> ) Dor de Cabeça ( <input type="checkbox"/> ) Tosse ( <input type="checkbox"/> ) Falta de Ar ( <input type="checkbox"/> ) Dor de garganta ( <input type="checkbox"/> ) Coriza ( <input type="checkbox"/> ) Fraqueza ( <input type="checkbox"/> ) Dor no Corpo ( <input type="checkbox"/> ) Nenhum ( <input type="checkbox"/> ) Outros: _____	
Durante os últimos 7 dias sentiu algum sintoma:	
( <input type="checkbox"/> ) Febre ( <input type="checkbox"/> ) Dor de Cabeça ( <input type="checkbox"/> ) Tosse ( <input type="checkbox"/> ) Falta de Ar ( <input type="checkbox"/> ) Dor de garganta ( <input type="checkbox"/> ) Coriza Rv ( <input type="checkbox"/> ) Fraqueza ( <input type="checkbox"/> ) Dor no Corpo ( <input type="checkbox"/> ) Nenhum	
Teve contato com pessoas com sintomas de COVID-19: ( <input type="checkbox"/> ) SIM ( <input type="checkbox"/> ) NÃO	
Febre ( <input type="checkbox"/> ) Dor de Cabeça ( <input type="checkbox"/> ) Tosse ( <input type="checkbox"/> ) Falta de Ar ( <input type="checkbox"/> ) Dor de garganta ( <input type="checkbox"/> ) Coriza ( <input type="checkbox"/> ) Fraqueza ( <input type="checkbox"/> ) Dor no Corpo ( <input type="checkbox"/> ) Nenhum Se sim, quem?	
Teve contato com pessoas que viajaram para o exterior? ( <input type="checkbox"/> ) SIM ( <input type="checkbox"/> ) NÃO	
Se sim, quem?	
<b>2.1- Promoção da saúde Qual a sua percepção sobre sua saúde?</b>	
Você já recebeu alguma vacina, se sim qual (is)?	
( <input type="checkbox"/> ) Febre Amarela ( <input type="checkbox"/> ) Sarampo ( <input type="checkbox"/> ) H1N1 ( <input type="checkbox"/> ) VTV (Tríplice Viral) ( <input type="checkbox"/> ) Dupla Adulto ( <input type="checkbox"/> ) 1ª Dose covid ( <input type="checkbox"/> ) 2ª Dose covid ( <input type="checkbox"/> ) 3ª Dose covid ( <input type="checkbox"/> ) Nenhuma	
Já usou algum tipo de droga?	
( <input type="checkbox"/> ) Sim, quais? ( <input type="checkbox"/> ) Maconha ( <input type="checkbox"/> ) Cocaína ( <input type="checkbox"/> ) Crack ( <input type="checkbox"/> ) Ecstasy ( <input type="checkbox"/> ) Outras ( <input type="checkbox"/> ) Não	
<b>Tabagismo</b>	
Tabagista? ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> ) Sim. Se sim, número de cigarros/dia: _____	
Há quanto tempo fuma: _____	
<b>Etilismo</b>	
Etilista ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> ) Sim. Se sim, qual a última vez que ingeriu bebidas alcoólicas e em qual quantidade?	
<b>2.2- Atividade e repouso</b>	
Realiza Atividade Física? ( <input type="checkbox"/> ) Sim, qual(is)? _____	
Frequência? ( <input type="checkbox"/> ) Não, motivo? _____	
Possui dificuldades para iniciar e manter o sono? _____	
Acorda durante a noite? ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> ) Sim. Se sim, quantas vezes? _____	
Quando acorda pela manhã, sente-se descansado? ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> ) Sim	

## APÊNDICE C –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Título da Pesquisa: ***A PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS IDENTIFICADAS NO ACOLHIMENTO DOS RECLUSOS NA SUA ADMISSÃO EM UMA UNIDADE PRISIONAL NO SUL DE SANTA CATARINA.***

**Objetivo:** Explorar a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis entre os reclusos admitidos ao longo de um período de 30 dias e as ações de saúde realizadas em uma instituição prisional no sul de Santa Catarina.

**Período da coleta de dados:** 01/04/2024 a 01/05/2024

**Tempo estimado para cada coleta:** 30 minutos

**Local da coleta:** Presídio Regional de Criciúma, Rua Odonel Bianchi, n 65, Bairro Santa Augusta, Criciúma - SC - CEP 88805265

**Pesquisador/Orientador:** Prof. Enf. MS. Susane Raquel Périco Pavei

Telefone: (48) 99988-9035

Pesquisador/Acadêmico: Gisele de Jesus (48) 998405945 (giselejcruz@unesc.net)

Gisely da Silva Groundon (48) 998027556 (groundon.gisely@gmail.com)

9º fase do Curso de Enfermagem da UNESC

Como convidado (a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa. Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado (a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV. 3. g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante

de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo (a) pesquisador (a) responsável (Itens II. 3.1 e II. 3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV. 3. h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido (a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

<b>DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA</b>
A pesquisa tem como Objetivo principal de identificar a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis entre os reclusos admitidos ao longo de um período de 30 dias e as ações de saúde realizadas em uma instituição prisional de Santa Catarina. Para a obtenção dos dados, será realizada uma pesquisa quantitativa, censitária, exploratória e de campo, com todos os reclusos admitidos no período de 30 dias. Aplicar-se-á um instrumento no ato de sua admissão utilizado pelo setor saúde da própria instituição, buscando dados sociodemográfico. Para as análises será utilizado o método de tabulação dos dados, codificando as respostas de acordo com os objetivos do estudo.
<b>RISCOS</b>
Existe um risco mínimo para a aplicação dos instrumentos, ou seja, desconfortos durante a realização da pesquisa, pois as perguntas da entrevista estão centradas em seus comportamento, falta de privacidade com o entrevistado tendo em vista local não privativo, mudanças nas rotinas da Unidade prisional com fluxo de reclusos no ato da entrevista e comportamentais pela desistência da participação da pesquisa quando lerem perguntas conflituosas para o mesmo.
<b>BENEFÍCIOS</b>
Como benefícios, serão adotados todos os cuidados para enfrentamento pós pandêmico mas com uso obrigatório dos EPIs como forma de prevenção de ambas as partes, tais como: álcool gel, máscaras, luvas e distanciamento para a aplicação dos instrumentos avaliativos; não aglomeração de reclusos no mesmo horário para preservação do sigilo; será aplicado instrumento individuais preservando a sua participação; não haverá risco com resíduos biológico e resguardo de todo conteúdo encontrado.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012, item IV. 1. C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o(a) pesquisador(a) Susane Raquel Périco Pavei (48)999889035, [susaneperico@unesc.net](mailto:susaneperico@unesc.net), Gisele de Jesus (48) (998405945), [giselejcruz@unesc.net](mailto:giselejcruz@unesc.net) Gisely da Silva Groundon (48) (998027556), [groundon.gisely@gmail.com](mailto:groundon.gisely@gmail.com) Em caso de denúncias, favo. entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
<b>Voluntário (a)/Participante</b>  _____ <b>Assinatura</b>  <b>Nome:</b> _____ <b>CPF:</b> _____ - _____	<b>Pesquisador (a) Responsável</b>  _____ <b>Assinatura</b>  <b>Nome:</b> _____ <b>CPF:</b> _____ - _____

Criciúma (SC), 01 de abril de 2024.