

MARIA DA CRUZ OLIVEIRA FERREIRA

**DESAFIOS NO MANEJO DO DIABETES MELLITUS EM PACIENTES DE UMA
PENITENCIÁRIA DO DISTRITO FEDERAL**

BRASÍLIA, 2014

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

MARIA DA CRUZ OLIVEIRA FERREIRA

**DESAFIOS NO MANEJO DO DIABETES MELLITUS EM PACIENTES DE UMA
PENITENCIÁRIA DO DISTRITO FEDERAL**

Dissertação apresentada ao Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB), Mestrado Acadêmico, como pré-requisito para obtenção do grau de mestre. Área de Concentração: Saúde Coletiva. Linha de Pesquisa: Política, Planejamento, Gestão e Atenção à saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Célia Delduque Nogueira Pires de Sá

BRASÍLIA

2014

F383d

Ferreira, Maria da Cruz Oliveira.

Desafios no manejo do diabetes mellitus em pacientes de uma penitenciária do Distrito Federal / Maria da Cruz Oliveira Ferreira. – 2014.

62 f. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado)–Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, 2014.

Inclui bibliografia.

Orientação: Maria Célia Delduque Nogueira Pires de Sá.

1. Diabetes mellitus. 2. Prisões. 3. Saúde coletiva.

I. Título.

CDU 616.379-008.64

MARIA DA CRUZ OLIVEIRA FERREIRA

**DESAFIOS NO MANEJO DO DIABETES MELLITUS EM PACIENTES DE UMA
PENITENCIÁRIA DO DISTRITO FEDERAL**

Dissertação apresentada ao Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB), Mestrado Acadêmico, como pré-requisito para obtenção do grau de mestre.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^o Dr^a Maria Célia Delduque Nogueira Pires de Sá

Prof^o Dr^a Silva Badim Marques

Prof^o Dr^a Vera Lúcia Ribeiro de Carvalho Bueno

*Dedico este trabalho à Deus por ser
minha fonte de inspiração e por permitir que
conclísse mais esse sonho!
Ao meu Pai Joaquim, por me ajudar,
apojar e me orientar sempre!*

AGRADECIMENTOS

No final dessa jornada intensa de trabalho, agradeço a Deus por permitir a concretização dessa etapa da minha vida, por sempre atender meus pedidos...

Agradeço à minha mãe por ser minha fortaleza, a melhor mãe do mundo! Por sempre ter me ensinado, incentivado e me dado os melhores conselhos, sem você mãe, nada seria possível!

Agradeço ao meu pai por sempre ter me dado a melhor educação!

Agradeço aos meus irmãos pelo incentivo e irmandade...

Ao meu querido noivo, que tanto amo, que desde sempre me incentivou a crescer e a me tornar uma pessoa hiper-mega feliz!

Agradeço à minha família por sempre vibrar com minhas conquistas e por sempre me orientar pelos melhores caminhos...

Um agradecimento especial a minha querida orientadora: Professora Doutora Maria Célia Delduque Nogueira de Sá. Professora, agradeço fortemente sua atenção e dedicação ao meu trabalho. Agradeço também por acreditar nas minhas possibilidades e que poderia conseguir chegar até o fim! Foi tudo perfeito ao longo desses 2 anos! Obrigado de verdade!

Agradeço também aos meus queridos colegas de mestrado: Alessandro Caruso e Renzo Chaves, Júnior... Com vocês, o ano foi divertido e bastante produtivo, desejo sucesso a vocês!

Agradeço também aos demais colegas de turma, pela amizade e pelas lutas que eram iguais: nos tornarmos mestres!

Agradeço aos meus chefes por compreender o momento da minha ausência no trabalho e por permitir a conclusão desse trabalho.

Aos colegas de trabalho do Complexo Penitenciário da Papuda que me ajudaram grandemente durante minha ausência no trabalho... À Isaura e ao Henrique, enfermeiros que muito me ajudaram na coleta de dados.

À todos, o meu muito obrigado!

FERREIRA, M. C. O. **Desafios no manejo do diabetes mellitus em pacientes de uma penitenciária do Distrito Federal**. 2014. 62 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2014.

RESUMO

O diabetes mellitus constitui uma enfermidade com intervenções nutricionais e metabólicas com enfoque para a prevenção e promoção da saúde. No que tange a população carcerária do Distrito Federal, a enfermidade está em crescimento contínuo, causando um conseqüente aumento da demanda de saúde dentro do sistema prisional. Este trabalho tem como **objetivos** descrever os fatores limitantes do sistema prisional do DF, relativos à prevenção e tratamento do Diabetes Mellitus, tendo como referência o preconizado pela Organização Mundial de Saúde, conhecer o peso dos internos diabéticos em consideração ao fator obesidade, e conhecer e sistematizar os relatos de experiência dos detentos sobre ser um diabético institucionalizado, com enfoque ao cuidado com a alimentação, atividade física, tratamento medicamentoso, realização de exames e rotina de acesso ao programa de saúde específico. **Métodos:** optamos pelo método da pesquisa qualitativa de caráter exploratório descritivo com a abordagem metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo para organizar os dados verbais obtidos em entrevista semi estruturada, realizada com 21 diabéticos. Os **resultados** encontrados evidenciaram conhecimento insuficiente sobre a enfermidade onde a maioria dos internos disseram que a prisão interfere no controle da glicemia e no controle do peso, mostrou que a atividade física é importante tanto para o controle da doença como para o corpo, que a maioria dos presos recebe da família os alimentos permitidos pela instituição, que a maioria dos presos estão insatisfeitos com a alimentação recebida do presídio e que a grande maioria dos internos afirmaram está satisfeitos com o atendimento de saúde oferecido pela equipe dos presídios. **Conclusão:** diante dos discursos encontrados a carência de educação em saúde e conjuntural no sistema prisional foi evidenciada.

Palavras-chave: Diabetes mellitus; Prisões; Saúde coletiva.

FERREIRA, M.C.O. **Challenges in the management of diabetes mellitus in patients of a prison in the Federal District.** 2014. 62 f. Thesis (Master of Public Health)–College of Healthcare Sciences, University of Brasília, 2014.

ABSTRACT

Diabetes mellitus is a disease with nutritional and metabolic interventions focusing on prevention and health promotion. Regarding the inmate population of the Federal District, the disease is continuously growing, causing a consequent increase in demand for health within the prison system. This paper aims to describe the limiting factors of the prison system of DF regarding the prevention and treatment of diabetes mellitus, with reference to the recommendations of the World Health Organization, know the weight of diabetic inmates in regards to obesity factor, and meet and systematize the experience reports from detainees about being a diabetic institutionalized, focusing the attention to diet, physical activity, drug treatment, exams and routine access to specific health program. **Methods:** we chose the method of qualitative descriptive exploratory character with the methodological approach of the Collective Subject to organize the verbal data obtained from semi-structured interviews conducted with 21 diabetics. The **results** showed insufficient knowledge about the disease where most internal said the arrest interferes with glucose control and weight control, showed that physical activity is important both for disease control and the body, that most family of inmates receive the foods allowed by the institution, that the majority of prisoners are dissatisfied with the received power of the prison and the vast majority of internal said is satisfied with the health care offered by the staff of the prisons. **Conclusion:** on the discourses found the lack of health education and cyclical in the prison system was evident.

Keywords: Diabetes mellitus; Prisons; Collective health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação do Índice de Massa Corporal	287
Quadro 2 – Distribuição das perguntas e das categorias formadas.....	321

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	SINDROME DA DEFICIÊNCIA IMUNOLÓGICA ADQUIRIDA
AVC	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
CDP	CENTRO DE DETENÇÃO PROVISÓRIA
CIR	CENTRO DE INTERNAMENTO E REEDUCAÇÃO
DCNT	DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS
DM	DIABETES MELLITUS
DST'S	DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS
HIV	VIRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA IMUNOLÓGICA ADQUIRIDA
IMC	INDICE DE MASSA CORPORAL
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
PDF I	PENITENCIÁRIA I DO DISTRITO FEDERAL
PDF II	PENITENCIÁRIA II DO DISTRITO FEDERAL
QV	QUALIDADE DE VIDA
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
VEPE	VARA DE EXECUÇÕES PENAIS
E-Ch	EXPRESSÕES – CHAVE
IC	IDÉIAS CENTRAIS
AC	ANCORAGENS

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	ABORDAGEM SOCIOLÓGICA DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA NO CONTEXO PRISIONAL	17
1.2	SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO	19
1.3	DIABETES MELLITUS	210
2	OBJETIVOS	265
2.1	GERAL	265
2.2	ESPECÍFICOS	265
3	METODOLOGIA	276
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	276
3.2	LOCAL DO ESTUDO.....	276
3.3	SUJEITOS DA PESQUISA	287
3.4	ANÁLISE DOS DADOS	287
3.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	310
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	310
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	321
5	CONCLUSÃO	465
	REFERÊNCIAS	487
	APÊNDICEA – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	543
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	565
	ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO JUIZ DA VARA DE EXECUÇÕES PENAIS PARA EXECUÇÃO DA PESQUISA	587
	ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO DIRETOR DA PENITENCIÁRIA I PARA EXECUÇÃO DA PESQUISA	598
	ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO DIRETOR DA PENITENCIÁRIA II PARA EXECUÇÃO DA PESQUISA	59
	ANEXO D – TERMO DE UTILIZAÇÃO DE SOM E VOZ PARA FINS DE PESQUISA	60
	ANEXO E – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	621

1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde no Brasil tem enfrentado muitas dificuldades em controlar as doenças crônicas mais comuns e prevalentes no país. Observamos também, que a visão biomédica vai além das necessidades e, que com a mudança de paradigma, somos obrigados a mudar esse olhar com a intenção de diminuir as mortes por essas co-morbidades, aumentando a sobrevivência dos doentes e, garantindo uma melhor qualidade de vida aos enfermos. São doenças que dependem de autocuidado, da efetividade das ações de atenção básica e de melhoramento científico em torno das tecnologias que embasam o tratamento e as ações sobre biofisiologia do processo de adoecer.

Adoecer de diabetes carece de uma série de cuidados específicos e inerentes a patologia que é bastante complexa e, tem diversas causas na sua etiologia. O manejo do diabetes mellitus hoje, constitui de uma proposta de intervenção direta ao paciente com cuidados direcionados para mantê-lo compensado, estável e sem complicações.

Apesar de, no século passado, ter sido inquestionável o avanço científico na área de diabetes, a qualidade do cuidado ao paciente diabético é, ainda hoje, pobre. (GARGLIARDINO, et al., 2002).

Nessa direção, vários autores preconizam que, para qualificar o cuidado ao paciente diabético, há necessidade de se buscar estratégias efetivas mediante uma abordagem integral, envolvendo os elementos fisiopatológicos, psicossociais, educacionais e de reorganização da atenção à saúde. (LUCE, et al., 1990).

A integralidade sugere a ampliação e o desenvolvimento do cuidar na profissão de saúde, a fim de formar profissionais mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, mais capazes de acolhimento, de vínculo com os usuários das ações e serviços de saúde e, também, mais sensível às dimensões do processo saúde/doença inscrita nos âmbitos da epidemiologia ou terapêutica (PINHO; SIQUEIRA; PINHO, 2006).

O Diabetes Mellitus (DM) no seu contexto constitui de um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por níveis elevados de glicose no sangue resultante de defeitos na secreção de insulina e/ou ação desta. (BRUNNER; SUDDARTH, 2002 apud COIMBRA, 2011). Mundialmente, cerca de 30 milhões de indivíduos

apresentavam DM em 1985, passando para 135 milhões em 1995 e 240 milhões em 2005, com projeção de atingir 366 milhões em 2030. (SILVA; NUCCI, 2012).

Na atenção básica, considerando a elevada carga de morbimortalidade associada, a prevenção do DM pode ser efetuada por meio da prevenção de fatores de risco, como sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis; da identificação e tratamento de indivíduos de alto risco para diabetes (prevenção primária); da identificação de casos não diagnosticados de diabetes (prevenção secundária) para tratamento; e intensificação do controle de pacientes já diagnosticados, visando prevenir complicações agudas e crônicas (prevenção terciária) (RUPPEL, et al., 2011).

Entre várias causas para o DM, podemos citar a obesidade como fator desencadeante para o DM Tipo 2. Esta doença não é uma desordem singular, e sim, um grupo heterogêneo de condições com múltiplas causas que em última análise resultam no fenótipo de obesidade. Os princípios mendelianos e a influência do genótipo na etiologia desta desordem podem ser atenuados ou exacerbados por fatores não-genéticos, como o ambiente externo e interações psicossociais que atuam sobre mediadores fisiológicos de gasto e consumo energético (JEBB, 1997).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a ocorrência da obesidade nos indivíduos reflete a interação entre fatores dietéticos e ambientais com uma predisposição genética. Contudo, existem poucas evidências de que algumas populações são mais suscetíveis à obesidade por motivos genéticos, o que reforça serem os fatores alimentares, em especial a dieta e a atividade física, responsáveis pela diferença na prevalência da obesidade em diferentes grupos populacionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1990).

Por conseguinte, percebemos diariamente que a obesidade constitui um agravo de saúde bastante comum entre a população jovem, adulta e idosa. Está associada a algumas das mais prevalentes doenças na sociedade moderna. Quando o Índice de Massa Corporal (IMC) (kg/m^2) está acima de 35, aumenta o risco de seu desenvolvimento em 93 vezes em mulheres e 42 vezes em homens (JUNG, 1997 apud FRANCISCHI et al., 2000).

Comparando com pessoas de peso normal, homens com 20% acima do peso desejável têm 20% a mais de chance de morrer por todas as causas; possuem o risco duas vezes maior de falecer por diabetes; têm 40% a mais de chance de desenvolver disfunções na vesícula biliar e 25% a mais de doenças coronarianas.

Em homens com 40% acima do peso desejável, a mortalidade por todas as causas é 55% maior, apresentam 70% a mais de chance de desenvolver doenças coronarianas, e o risco de morte por diabetes é quatro vezes maior do que entre pessoas de peso normal (BLUMENKRANTZ, 1997).

Para determinar o estado nutricional em adultos a Organização Mundial de Saúde (OMS) padronizou o Índice de Massa Corpórea (IMC) que é uma medida simples do peso em relação à altura, habitualmente utilizada para calcular o excesso de peso ou a obesidade dos adultos. Corresponde ao peso dividido pelo quadrado da altura e exprime-se em kg/m²: $IMC = \text{peso (kg)} / [\text{altura (m)}]^2$. Preconiza que IMC abaixo de 18,5 o indivíduo encontra-se em baixo peso, de 18,5 a 24,9 peso normal, de 25,0 a 29,9 pré-obesidade, de 30,0 a 34,9 obesidade grau I, de 35 a 39,9 obesidade grau II e por fim acima de 40,0 obesidade grau III.

O DM está associado a maiores taxas de hospitalizações, a maiores necessidades de cuidados médicos, a maior incidência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, cegueira, insuficiência renal e amputações não traumáticas de membros inferiores, sendo previsível a carga que isso representará para os sistemas de saúde dos países latino-americanos, a grande maioria ainda com grandes dificuldades no controle de doenças infecciosas (SARTORELLI; FRANCO, 2003). Tem-se observado no Brasil, um aumento nas hospitalizações por DM, em proporções superiores às hospitalizações por todas as causas, o que de certa forma, traduz o aumento na sua prevalência (FRANCO; ROCHA, 2002).

A idéia de exclusão torna-se comum nas análises sobre os problemas sociais contemporâneos. Globalização e exclusão social são apontadas como temas paradigmáticos no final do século. No caso dos que vivem dentro do sistema prisional, a situação de exclusão é extrema, e esta é uma problemática que diz respeito a todos. Segundo Wacquant, as prisões de hoje são projetadas como "fábricas de exclusão" (WACQUANT, 2001 apud CARVALHO et al., 2006).

Pacientes institucionalizados são aqueles que permanecem confinados no mesmo local, recebendo serviços de longa duração ou que residem num cenário institucional. Portanto, os clientes diabéticos, apresentam um perfil diferenciado com grande nível de sedentarismo, carência afetiva, perda de autonomia causada por incapacidade física e/ou mental, ausência de familiares para ajudar no auto-cuidado e insuficiência de suporte financeiro. Esses fatores contribuem para a grande

incidência de limitações físicas e co-morbidades, refletindo em sua independência e autonomia (PEREIRA et al., 2005).

No que tange a pacientes institucionalizados em cadeias, quando se leva em consideração o seu comportamento dentro do presídio, observamos que os mesmos enfrentam uma série de dificuldades para manter seus níveis glicêmicos dentro do padrão, pois muitos são os costumes e as práticas adversas à saúde vividas por estes: tabagismo, uso de drogas ilícitas, alimentação inapropriada, exercícios físicos irregulares ou ausentes, etc. Estes, enfrentam inúmeras limitações no seu convívio, o que dificulta a prevenção e enfrentamento de patologias crônicas além de comprometimento de sua qualidade de vida.

Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000), a Qualidade de vida (QV) é uma sublime idéia que acompanha os indivíduos quando estes percebem que fatores como: a família, o convívio social e até mesmo, sua auto-estima estão em harmonia. Estes autores, além de conceituar QV, qualificaram-na como boa ou excelente, quando há condições para que os indivíduos possam desenvolver em excelência suas potencialidades.

No entanto, é fato conhecido que os problemas de saúde decorrentes das condições de confinamento não têm sido objeto de ações de saúde que possibilitem o acesso das pessoas presas à saúde de forma integral e efetiva. A necessidade de implementação de uma política pública de inclusão social que atente para a promoção dos direitos humanos das pessoas privadas de liberdade aponta para a importância da reorientação do modelo assistencial, a fim de atender às carências manifestas por esta população (ANJOS, 2009).

Para tratar do apoio ao sentenciado, surge em setembro de 2003, por meio da Portaria Interministerial Nº 1.777 do Ministério da Justiça e da Saúde, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, destinado a promover a atenção integral à saúde dessa população confinada em unidades prisionais, bem como nas psiquiátricas. Segundo Lemos, Mazzilli e Klering (1998), os apenados merecem, além de um apoio para suas necessidades de saúde, possibilidades profissionais, pois possuem desejos e aspirações, sentem necessidade de reconhecimento das suas potencialidades, e precisam sentir-se envolvidos com atividades e encontrar sentido nelas, da mesma forma que seus desvios devem ser mais bem compreendidos. As diretrizes descritas no Plano, apontam para a importância da definição e implementação de ações e serviços, consoantes com os princípios e

diretrizes do SUS que viabilizem uma atenção integral à saúde e de prevenção de doenças nas unidades penais, deve-se aos inúmeros fatores de risco aos quais grande parte dessa população está exposta. Posteriormente, o sistema foi contemplado com a Portaria Ministerial Nº 1 de 2 de janeiro de 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional que tem como objetivo geral garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no Sistema único de Saúde(SUS).

Mesmo com toda a legislação vigente que garante melhor condição de acesso aos serviços básicos, as necessidades e as condições precárias porque passam os detentos, são facilmente vislumbradas no sistema carcerário nacional. A superlotação das celas, sua precariedade, insalubridade, e ainda, fatores estruturais aliados à vulnerabilidade social, má alimentação, seu sedentarismo, o uso de drogas, fazem com que um preso que adentrou no sistema, de lá não saia sem ser acometido de uma doença ou com sua resistência física e saúde fragilizadas.

Para exemplificar a dinâmica das prisões com a interface dos desafios impostos por ela, digo que o mau hábito alimentar é uma das principais limitações vividas na cadeia, tendo em vista, as restrições de alimentos que possui entrada livre, o consumo impróprio de alimentos vendidos dentro do estabelecimento e a alimentação fornecida que possui baixo patamar de satisfação. Algumas dessas limitações são exigidas por questões de segurança que, muitas vezes, são burladas.

Há 2 anos e 10 meses, tempo em que me fiz servidora do presídio estudado, Penitenciária II do Distrito Federal, pude observar muitas situações reprimidas envolvendo questões de saúde. Lá trabalhamos com os programas de atenção básica do Ministério da Saúde (MS) e com situações diversas de urgência e emergência. Diariamente, passamos por situações de frustração, uma vez, que não conseguimos aplicar o cuidado de forma a beneficiar e ou contemplar todas as questões de saúde que existe. Os programas atendidos são voltados para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST'S)/AIDS, hepatites virais, tuberculose, hanseníase, doenças respiratórias, como asma e pneumonias e doenças de pele comuns.

É sabido que as penitenciárias do país passam por várias situações de fragilidade estrutural, de recursos humanos que comprometem à assistência ao interno e a própria segurança local. Atualmente, dispomos de equipe multidisciplinar,

composta de enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, dentistas, técnicos de higiene dental, psicólogos, assistente social, fisioterapeuta que desenvolvem suas ações voltadas para prevenção e tratamento. Em virtude do número reduzido de escoltas, hoje trabalhamos com uma escala de trabalho semanal que contempla todas áreas para o atendimento em consultórios, em grupos de acolhimento e grupos educativos. Trabalhamos também, com demandas judiciais onde o pedido de atendimento é levado pela família até a Vara de Execuções Penais (VEPE) e, o juiz por sua vez, envia ofício solicitando atendimento a ser executado no presídio assim que houver condições de atendimento. Há situações em que o interno é encaminhado para o serviço especializado, caso necessite de atendimento pontual de alguma especialidade médica.

Em se tratando do atendimento ao diabético, fazemos acompanhamento mensal, onde na ocasião, realizamos a consulta de enfermagem, contemplando o exame de glicemia capilar, a pesagem, medida da cintura abdominal, alimentação, atividade física, queixas existentes e estado geral. As intercorrências por descompensação, que é quando o preso diabético encontra-se com padrões glicêmicos alterados e situação clínica comprometida, são encaminhadas à clínica médica para avaliação, conduta e encaminhamento, se necessário.

Essas situações são corriqueiras, visto que muitos são os hábitos errados praticados. Enquanto enfermeira deste presídio, observamos um consumo de alimentos inapropriados, motivo pelo qual os diabéticos recaem em crises hiperglicêmicas (teor glicêmico cima do normal) e precisam de atendimento previamente. As situações de vulnerabilidade, como estresse, sedentarismo, noites mal dormidas, o tipo de diabetes, aliados a sua condição clínica atual, e a alimentação, são fatores que acarretam pedidos de atendimento repetidos e que pode levar a níveis altíssimos de glicemia, gerando internações.

Observamos também, uma dificuldade extrema em fornecer a dieta apropriada, tudo isso comprovado nos relatos das entrevistas. É fato que o diabético de forma geral, possui uma séria restrição alimentar, onde vários alimentos, se consumidos, podem levar a situações de comprometimento clínico. Quando não havia restrição para entrada de frutas, havia relatos de agentes da segurança informando sobre a fabricação de bebidas alcoólicas com as frutas trazidas pela família ou as entregues junto com a refeição do dia, essas frutas passavam por um processo de fermentação rudimentar com teor alcoólico, denominado "CHOCA". Há

também, quem relate a venda ou troca destas frutas por outro produto. Por esse motivo, as frutas com entrada permitidas, e as entregues pela empresa que fornece a alimentação são restritas e abrangem as menos ácidas: goiaba, pêra, maçã e banana. Além disso, a atividade física muitas vezes é reprimida devido às restrições do banho de sol e espaço físico. Isso limita a prevenção, o tratamento e as condições de sobrevivência dos pacientes crônicos institucionalizados.

O Sistema Prisional do DF é composto de 6 presídios: 1 feminino e 5 masculinos. O Complexo Penitenciário da Papuda, foco deste trabalho, conta com uma média de população carcerária de 12.237 indivíduos, sendo que aproximadamente 0,54% desse total são portadores de Diabetes Mellitus. O sistema passa atualmente por uma série de problemas que vão desde a superlotação, a estrutura das celas, banheiros e restrições. A carga penitenciária tem a capacidade para abrigar 6595 presos, contudo quase o dobro de presos ocupam os presídios da região, um déficit de mais de 5 mil vagas. Outro entrave importante é a quantidade de servidores que trabalham dentro do sistema, atualmente em torno de 1,5 mil, insuficiente para a quantidade de internos que abrigam o Sistema Penitenciário do DF. Fazem parte do Complexo em questão as Penitenciárias do Distrito Federal I e II (PDF I e PDF II), o Centro de Detenção Provisória (CDP) e o Centro de Internamento e Reeducação (CIR). Na PDF I e II se cumpre o regime fechado de detenção nos moldes de presídios de segurança máxima. Sua estrutura física construída no ano 2000, ainda é uma estrutura nova comparado com o CDP e CIR que são da década de 70 e possuem uma estrutura física envelhecida. No CDP, se encontram presos reclusos do regime fechado que estão aguardando julgamento e o (CIR) constitui de um espaço de progressão de pena onde se cumpre o regime semi-aberto.

As hipóteses que emergem deste trabalho se sustentam na convivência da autora com os internos diabéticos das Penitenciárias do DF I e II. Trabalhou-se com a hipótese que os internos têm conhecimento da enfermidade de que padecem, bem como sabem que a alimentação, o sedentarismo são fatores limitantes para o DM e que realizam o auto-cuidado.

Portanto, a especificidade do diabetes dentro do sistema prisional é peculiar. Tendo em vista o supracitado, se faz necessário um estudo em que se perceba a dimensão subjetiva da enfermidade e do auto-cuidado desses pacientes portadores de DM, em condição de reclusão, além de busca por estratégias para o

planejamento do cuidar e soluções para melhorar a condição dos diabéticos dentro das penitenciárias do DF.

1.1 ABORDAGEM SOCIOLÓGICA DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA NO CONTEXO PRISIONAL

O ambiente prisional é um caso particular de concentração de pessoas numa instituição. Contém ócio, frustração, violência e falta de esperança no futuro, perspectivas de novo encarceramento, desemprego, rotura de laços sociais e familiares, continuação de consumo de drogas; uma conjugação que fomenta comportamentos de risco elevado de saúde, a dependência de drogas e perturbações mental (CROFTS, 1997; LEVY, 1999).

As prisões reproduzem a patologia da sociedade. São locais de grande concentração e amplificação de situações de risco elevado de saúde, sobretudo em homens jovens, que se acentuam com a sobrelotação. Os presos provêm habitualmente de grupos sociais onde esses riscos já são altos, mas menos, e, muitas vezes, encontram-se em vaivém entre a prisão e o seu meio de origem, pois uma parte dos ex-reclusos será presa novamente. (CROFTS, 1997; WEIBUSH, 1992).

Os reclusos têm uma vulnerabilidade à doença superior à generalidade da sociedade. As suas doenças são determinadas pela sua condição de saúde atual, pelo meio ambiente onde vive e pela sua condição de presidiário, o que justifica a necessidade de equipas de cuidados dentro das unidades. Ademais, essa condição amplifica sua situação de risco a doenças e dão moldes ao descaso percebido claramente nos presídios brasileiros.

O comportamento do homem hoje é fortemente influenciado pelas más condutas sociais como: drogadição, etilismo, tráfico de drogas, prostituição, pedofilia, entre outras, e isso tem gerado uma grave problema de saúde pública: a privação da liberdade. Segundo Alves e Rabelo (1998), a experiência do adoecer tanto atesta para o poder de hábitos arraigados, que resistem à incorporação efetivas de novas representações no delineamento do comportamento, quanto aponta para o processo de formação de novos hábitos.

De acordo com Monteiro (2002 apud DIUANA et al., 2008), diversos estudos no campo da saúde apontam para uma inter-relação entre práticas rotineiras de saúde, estilos de vida e condições econômicas, sociais e simbólicas da existência. Na prisão, as diversas representações e práticas relacionadas à vida, à saúde e aos riscos envolvidos no dia-a-dia, resultantes de múltiplos discursos e práticas, inserem-se numa lógica peculiar que rege e organiza a vida nesta instituição.

Cada sociedade, em cada momento histórico, tem um modo de vida correspondente. Este é expressão das características do meio natural, do grau de desenvolvimento de suas forças produtivas, de sua organização econômica e política, de sua forma de relacionar-se com o meio ambiente, de sua cultura, de sua história e de outros processos gerais que configuram sua identidade como formação social. Todos estes processos gerais se expressam no espaço da vida cotidiana das populações, no que se denomina modo de vida da sociedade (CASTELLANOS, 1998 apud BUSS, 2002).

Foucault (1987) afirma que indivíduo que se encontra na prisão apresenta ruptura dos vínculos sociais em várias dimensões e o sistema prisional aprofunda essa realidade: o isolamento, suas ações contraditórias como "punir e recuperar", a invasão da privacidade e a dominação total sobre o sujeito segregado (GOFFMAN, 1961).

Acrescido a isso, o espaço da família é fundamental para a implementação das ações de promoção da saúde no seu componente estilo de vida (BUSS, 2002). De fato, é na família que se constituem muitos dos comportamentos e hábitos de vida favoráveis ou nocivos para saúde.

Dentro das cadeias, o instinto familiar muitas vezes é bem tímido ou até mesmo rompido, tendo em vista o tipo de crime cometido e sua relação com o seio familiar. É notório o abandono pelas famílias ou mesmo uma única visita do parente, geralmente durante as festas de fim de ano. Isso cada vez mais fragiliza o sentimento de família, podendo atingir o curso normal do processo saúde doença. Internos que não recebem visitas dos filhos, das esposas, das mães podem ter um déficit na saúde mental, por exemplo.

Diwana et al. (2008, p. 1888) reitera sobre a saúde nas prisões dizendo:

Ao contrário do que se poderia supor tendo em vista uma população fechada, aparentemente sob controle, são inúmeras as dificuldades para o desenvolvimento de ações de saúde nas prisões. Nesse ambiente onde a circulação de detentos é restrita e os profissionais de saúde evitam circular, os agentes de segurança penitenciária terminam por exercer um papel

diferenciado no que se refere à regulação do acesso à saúde. Muitas vezes são os agentes de segurança penitenciária que julgam a necessidade de atendimento a partir do pedido do preso e atuam facilitando ou dificultando este acesso. Por essas razões são atores privilegiados no que se refere a mudanças nas concepções e práticas de saúde nas prisões.

Nessa situação de confinamento e restrição de liberdade, segundo um processo de adaptação à realidade carcerária, os conflitos e tensões entre os diversos atores impõem aos sujeitos uma tendência a dar a prioridade aos problemas ligados à segurança e à sobrevivência imediata para agentes de segurança penitenciária e presos, respectivamente, em detrimento das questões relacionadas à saúde. Estes sistemas de representação da realidade são estruturados não somente por uma avaliação “racional”, mas também pelas características psicossociais produzidas pela situação de encarceramento.

As prisões são cenários de constantes violações dos direitos humanos e, os problemas, demonstram que o Brasil vem aniquilando qualquer possibilidade de os presos virem a se recuperar, ao mesmo tempo em que gasta dinheiro com um sistema cruel que forja mais criminosos (MAGNABOSCO, 1998). Não é de surpreender que, com a tamanha precariedade, o sistema de ressocialização do egresso prisional seja ineficaz - em média, 90% dos ex-detentos voltam a delinquir. O mesmo preso que sofre as penúrias do ambiente prisional será o cidadão que logo estará de volta ao convívio social (ASSIS, 2007)

1.2 SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO

A integração saúde e justiça nos diferentes níveis de governo e sua articulação com as organizações da sociedade civil ainda é insuficiente. O controle social dos serviços de saúde nas prisões está mal definido e esquecido. Dentro do cárcere, o que prevalece são as leis da segurança e da ordem. A saúde está longe de ganhar um espaço privilegiado dentro do sistema mesmo com todos os números escancarados de doenças infecciosas existentes, como o HIV e as hepatites e as DCNT como o DM, o câncer e a hipertensão arterial, por exemplo, que causam consequências gravíssimas. Isso implica em condições de vida frágeis, precárias e um submundo de bandos vivendo em situações emergenciais.

Nas palavras de Beccaria (1999, p. 3), a justiça humana tende a sofrer modificações, dependendo da força política preponderante a época e espaço, quando assim asseverava:

A justiça divina e a justiça natural são, por sua essência, constantes e invariáveis, porque as relações existentes entre dois objetos da mesma natureza não podem mudar nunca. Mas, a justiça humana, ou, se quiser, a justiça política, não sendo mais do que uma relação estabelecida entre uma ação e o estado variável da sociedade, também pode variar, à medida que essa ação se torne vantajosa ou necessária ao estado social. Só se pode determinar bem a natureza dessa justiça examinando com atenção as relações complicadas das inconstantes combinações que governam os homens.

No que diz respeito ao sistema carcerário brasileiro, a estrutura prisional é insuficiente para a demanda de um país imenso igual o nosso. Para tanto, seria necessário, uma visão reformista por meio da sociedade e das autoridades, com vistas no bem estar, na ressocialização do infrator e no respeito.

O Brasil convive com um abandono do sistema prisional, o que deveria ser um instrumento de ressocialização, muitas vezes, funciona como escola do crime, devido à forma como é tratado pelo estado e pela sociedade (ASSIS, 2007).

As prisões são cenários de constantes violações dos direitos humanos, e os problemas demonstram que o Brasil vem aniquilando qualquer possibilidade de os presos virem a se recuperar, ao mesmo tempo em que gasta dinheiro com um sistema cruel que forja mais criminosos (MAGNABOSCO, 1998). Não é de surpreender que, com a tamanha precariedade, o sistema de ressocialização do egresso prisional seja ineficaz - em média, 90% dos ex-detentos voltam a delinquir. O mesmo preso que sofre as penúrias do ambiente prisional será o cidadão que logo estará de volta ao convívio social (ASSIS, 2007).

Dados do governo britânico, publicados pela Social Exclusion Unit, consideram que apesar dos elevados níveis de necessidades, muitos presos foram de fato excluídos do acesso a serviços no passado: eles têm, por exemplo, cerca de 20 vezes mais chance de terem sido excluídos da escola do que a população geral e, em muitos casos, o cumprimento da pena pode ser o primeiro contato com os serviços públicos. Infelizmente, existe um risco considerável de que a prisão venha a agravar o quadro de exclusão social: um terço deles perde suas casas enquanto está preso, dois terços perdem seus empregos e cerca de dois quintos perdem contato com suas famílias.

1.3 DIABETES MELLITUS

A partir das últimas quatro décadas do século passado, seguindo tendência mundial, têm-se observado, no Brasil, processos de transição que produziram, e ainda produzem, importantes mudanças no perfil das doenças ocorrentes na população. A Transição Epidemiológica, um segundo processo verificado, redundou em novo perfil de morbimortalidade, condicionado à diversidade regional quanto às características socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde, um “modelo polarizado de transição”. Tal modelo de transição, apresenta para distintas regiões, o crescimento da morbimortalidade por DCNT e a ocorrência, todavia alta, de doenças infecciosas. A Transição Epidemiológica, por sua vez, decorre da urbanização acelerada, do acesso a serviços de saúde, dos meios de diagnóstico e das mudanças culturais, expressivos nas últimas décadas, entre outros fatores. A Transição Nutricional, por fim, advém do aumento progressivo de sobrepeso e obesidade em função das mudanças do padrão alimentar e do sedentarismo da vida moderna, causando, por exemplo, o diabetes mellitus (WANG; FENSKE, 1996 apud PACE; NUNES; OCHOA-VIGO, 2003).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes:

O Diabetes Mellitus é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da mesma de exercer adequadamente seus efeitos, resultando em resistência insulínica. Caracteriza-se pela presença de hiperglicemia crônica, freqüentemente, acompanhada de dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2003 apud MCLELLAN, 2007, p. 516).

Há duas formas atuais para classificar o diabetes, a classificação em tipos de diabetes (etiológica), definidos de acordo com defeitos ou processos específicos, e a classificação em estágios de desenvolvimento, incluindo estágios pré-clínicos e clínicos, este último incluindo estágios avançados em que a insulina é necessária para controle ou sobrevivência (BRASIL, 2006).

O termo tipo 1 indica destruição da célula beta que eventualmente leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose, coma e morte. Essa destruição é geralmente causada por processo auto-imune, que pode ser detectado por auto-anticorpos circulantes como anti-descarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD), anti-ilhotas e anti-insulina, e, algumas vezes, está associado a outras doenças auto-imunes como

a tireoidite de Hashimoto, a doença de Addison e a miastenia gravis. Em menor proporção, a causa da destruição das células beta é desconhecida (tipo 1 idiopático) (BRASIL, 2006).

No Brasil, ocorre em 8 para cada 100.000 indivíduos com menos de 20 anos de idade, segundo publicação do Atlas da *International Diabetes Federation* (IDF) (LEITE et al., 2008). Banion e Valentin, (2006 apud LEITE et al., 2008), estimam dados epidemiológicos onde sua incidência está aumentando globalmente em torno de 3% por ano, visto que, em algumas regiões, esse aumento é maior em crianças com menos de 5 anos de idade (BANION; VALENTIN, 2006 apud LEITE et al., 2008). A causa para esse efeito não é bem clara e há especulações de que mudanças ambientais com maior exposição a doenças virais contribuam para esse fenômeno.

O termo tipo 2 é usado para designar uma deficiência relativa de insulina. A administração de insulina nesses casos, quando efetuada, não visa evitar cetoacidose, mas alcançar controle do quadro hiperglicêmico. A cetoacidose é rara e, quando presente, é acompanhada de infecção ou estresse muito grave (BRASIL 2006).

O DM tipo 2 favorece o aumento da morbidade e da mortalidade por doenças cardiovasculares. Essas doenças apresentam mesmo componente genético e mesmos antecedentes ambientais, sendo a resistência insulínica considerada um dos principais possíveis antecedentes. A síndrome metabólica é um transtorno complexo, representado por um conjunto de fatores de risco cardiovascular, usualmente relacionados à deposição central de gordura e à resistência à insulina. A modificação do comportamento alimentar inadequado e a perda ponderal, associadas à prática de atividade física regular são consideradas terapias de primeira escolha para o tratamento da síndrome metabólica, por favorecer a redução da circunferência abdominal e da gordura visceral, melhorar a sensibilidade à insulina e diminuir as concentrações plasmáticas de glicose e triglicérides, aumentar os valores de HDL colesterol e, conseqüentemente, reduzir os fatores de risco para o desenvolvimento de *Diabetes Mellitus* do Tipo 2 e doenças cardiovasculares. (BRASIL, 2006)

Dentre os tipos de DM, o tipo 2 (DM2) compreende 90% dos agravos presentes no mundo, e em 2025 estima-se que 350 milhões de pessoas no mundo sejam portadores dessa doença. O DM2 está intimamente relacionado ao aumento

da expectativa de vida e aos hábitos pouco saudáveis adotados pela população, como o sedentarismo e dieta inadequada. Fazem-se necessárias, portanto, iniciativas em educação e promoção da saúde, como estratégias de prevenção e controle da doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005; SANTOS, 2011 apud MORGAN, 2013).

Frente à gravidade da situação atual e perspectivas de piora em futuro próximo, esse agravo tornou-se um importante problema de saúde pública, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a desenvolver ações que possam minimizá-lo. Por isso, soma-se a necessidade da criação de um programa específico que trate do diabetes de forma intensiva na tentativa de reduzir as demandas de saúde e agravamento do padecimento por esta patologia. Para tanto, O Ministério da Saúde lançou o Plano de Ações para Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) 2011-2012 que foi construído em parceria com diferentes setores do governo e da sociedade civil. O plano prevê um conjunto de medidas para reduzir em 2% ao ano a taxa de mortalidade prematura por enfermidades como câncer, diabetes e doenças cardiovasculares como infarto e acidente vascular cerebral (AVC).

O Plano, que reúne ações para os próximos dez anos, é a resposta brasileira a uma preocupação mundial: estima-se que 63% das mortes no mundo, em 2008, tenham ocorrido por DCNT; um terço delas em pessoas com menos de 60 anos de idade. A taxa de mortalidade prematura – até os 70 anos - por este tipo de doença é de 255 a cada grupo de 100 mil habitantes. Com a proposta, espera-se chegar a taxa de 196 por 100 mil habitantes em 2022 (MUNIZ; SEMERENE, 2011).

No Brasil as DCNT são também a principal causa de mortalidade. Em 2009, após correções para causas mal definidas e sub-registro, responderam por 72,4% do total de óbitos. As quatro doenças - doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes - responderam por 80,7% dos óbitos por doenças crônicas (DUCAN et al., 2012)

O SUS dispõe hoje de capacidade técnica para analisar a situação das DCNT, interpretar suas tendências, planejar e implantar ações para seu enfrentamento. Seus gestores, embora muitas vezes com orientação ainda incipiente em relação às DCNT, vêm prontamente empreendendo ações contempladas em políticas públicas, e a rede de cuidados de saúde já vem realizando ações prioritárias em nível individual.

Faz-se necessário reconhecer que o diabetes é uma doença crônica de consequências graves e persistentes ao longo da vida. Isso requer cuidados específicos constantes e um olhar vigilante sobre as condições de saúde do doente. Obriga-se também o cuidado direcionado, multidisciplinar e organização do sistemas de saúde com o intuito de oferecer condições mínimas de acesso ao doente com diabetes.

Nessa troca de cuidados vislumbra-se o eixo norteador do SUS, a integralidade do cuidado, onde se garante por meio desse princípio, o acesso à saúde visando atender às necessidades do individuo como um todo, considerando-o como sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural.

Segundo Machado et al. (2005, p. 340), a Integralidade da assistência pode ser entendida como:

Um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Sendo assim, destaca-se a importância da atuação do enfermeiro no tratamento do diabetes. Sua participação é referenciada devido à resistência de muitos usuários em realizar o tratamento, o que pode resultar em complicações e dificuldades de realização de atividades simples da vida diária.

Durante o cuidado e o tratamento de enfermagem para diabetes, se estabelece um vínculo entre profissional e doente, restabelecendo a confiança e uma melhor adesão ao tratamento, podendo resultar na recuperação e a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos por meio do restabelecimento de sua saúde.

Nessa perspectiva, o enfermeiro, enquanto profissional de saúde engajado na assistência ao diabético, deve programar novas práticas de cuidado capazes de promover a saúde dos diabéticos, já que a adesão ao tratamento e o autocuidado são pontos frágeis da educação em saúde e que, portanto, merecem ser refletidos profundamente. (ATAÍDE, 2004 apud XAVIER, BITTAR; ATAÍDE, 2009, p. 125).

Para o cuidado também podemos relacionar a doença crônica com a família, considerando a longa duração do tratamento e as conseqüentes limitações associadas ao estilo de vida cristalizado do doente e seus familiares (ZANETTI et al., 2008). Portanto, é fundamental compreender o processo de viver da família, que é dinâmico e sujeito a modificações ao longo dos diferentes estágios do ciclo de vida

familiar. Portanto, se confirma a importância do cuidado familiar, embora pacientes encarcerados fiquem sob os cuidados da equipe de saúde do sistema prisional.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Conhecer a percepção subjetiva dos pacientes diabéticos que se encontram dentro do sistema prisional masculino do Distrito Federal, e sobre os desafios enfrentados na convivência com a enfermidade de que padecem, no ambiente prisional.

2.2 ESPECÍFICOS

- Descrever os fatores limitantes do sistema prisional do DF, relativos à prevenção e tratamento do Diabetes Mellitus, tendo como referência o preconizado pela Organização Mundial de Saúde;
- Conhecer o peso dos internos diabéticos em consideração ao fator obesidade.
- Conhecer e sistematizar os relatos de experiência dos detentos sobre ser um diabético institucionalizado, com enfoque ao cuidado com a alimentação, atividade física, tratamento medicamentoso, realização de exames e rotina de acesso ao programa de saúde específico.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A pesquisa em questão propõe um estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa por ser a mais adequada ao objeto de estudo. A pesquisa qualitativa busca compreender e explicar a dinâmica das relações sociais, por serem depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos, se preocupando com um nível de realidade que não pode ser quantificado, valorizando os processos e fenômenos, não se limitando a operacionalização de variáveis (MINAYO, 2003).

Buscou-se, nesta proposta, desenvolver o estudo por meio de pesquisa qualitativa de caráter exploratório descritivo, tendo como substrato os depoimentos dos presos diabéticos, obtidos através da entrevista semi-estruturada. Buscou-se com essa análise, informações que verdadeiramente trouxesse o perfil dos diabéticos reclusos e sua associação com a enfermidade, o diabetes mellitus.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no Complexo Penitenciário da Papuda, localizado na Regional de São Sebastião - Distrito Federal, nos presídios I e II. Essas instituições, reúnem internos portadores de Diabetes Mellitus adquirido antes da apreensão policial ou após, já em cumprimento da pena. Todo o complexo penitenciário tem um total de 58 internos do sexo masculino com DM que recebem atendimentos mensalmente.

O lapso temporal para a aplicação das entrevistas foram os meses de janeiro, fevereiro e março de 2014. As entrevistas aconteceram concomitantemente aos atendimentos mensais dos internos. Uma vez por mês os presos são submetidos à consultas de enfermagem, para avaliação e realização de exames de rotina como glicemia capilar e, através dessa rotina, pode-se ter contato pessoal com os mesmos.

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram todos os presos diabéticos que cumprem pena no regime fechado de detenção e que residem nas penitenciárias I e II, um total de 21 internos. Os presídios estudados pertencem ao Governo do Distrito Federal e possuem uma estrutura recente e boa para abrigar os apenados.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Para obtenção do Índice de Massa Corpórea (IMC), foi feita a pesagem e a medida da estatura de cada interno durante as consultas e entrevistas. Utilizamos fita métrica e balança para tomar as medidas antropométricas. Esses valores evidenciaram a situação ponderal e seu peso atual. Com isso, os classificamos como:

Quadro 1 – Classificação do Índice de Massa Corporal

IMC	CLASSIFICAÇÃO
< 18,5	abaixo do peso ideal
18,5 - 24,9	peso normal
25 - 29,9	sobrepeso
30 - 34,9	obesidade grau I
35 - 39,9	obesidade grau II
> 40	obesidade grau III

Foi aplicado um questionário com questões sociais, preenchido pelo pesquisador, para se estabelecer o perfil social dos internos. O questionário abrangeu questões acerca da idade, estado civil, antecedentes pessoais e familiares, fatores de riscos associados à doença, como tabagismo, uso de drogas ilícitas, tempo aproximado de diagnóstico para doença e tempo aplicado de reclusão. Em seguida foi utilizada a entrevista semi-estruturada, com enfoque ao cuidado com a alimentação, atividade física, tratamento medicamentoso, realização de exames e rotina de acesso ao programa de saúde específico. As respostas das entrevistas foram gravadas e depois transcritas na íntegra.

A coleta de dados se tornou demorada e cansativa tendo em vista a rotina imposta pelo regime penitenciário em prol da segurança. Foi necessário o cumprimento de um protocolo interno de segurança, respeitando o quantitativo de escoltas mínimas para a realização dos procedimentos nas retiradas e devoluções dos internos às suas celas.

Percebeu-se durante as entrevistas o receio de alguns dos internos em participar do estudo, no entendimento de que os relatos produzidos poderiam em algum momento voltar contra sua pessoa enquanto membro de uma instituição penalizadora. Mediante essa visão, todos foram sensibilizados do resguardo das informações fornecidas, da idoneidade da pesquisa e do rigoroso sigilo dos relatos, fato que os tranquilizaram.

Para Gil (1995), o questionário constitui uma das mais importantes técnicas disponíveis para a obtenção de dados nas pesquisas sociais. Entretanto, em virtude de haver vários termos que são freqüentemente utilizados como sinônimos, o termo *questionário* aparece muitas vezes imerso em certa imprecisão. Pode-se definir questionário como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc.

O emprego da entrevista para coletar dados, sintetiza-se que ela é muito útil na exploração de atributos de um fenômeno ou objeto de estudo e para apropriação da linguagem dos presos alvo dos estudos, bem como para iniciar a familiarização do pesquisador com contexto de vida dos participantes (BORGES; PINHEIRO, 2002).

As entrevistas semi-estruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, em que o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. A principal vantagem da entrevista aberta e também da semi-estruturada é que essas duas técnicas quase sempre produzem uma melhor amostra da população de interesse. As técnicas de entrevista aberta e semi-estruturada também têm como vantagem a sua elasticidade quanto à duração, permitindo uma cobertura mais profunda sobre determinados assuntos. Além disso, a interação entre o entrevistador e o entrevistado favorece as respostas espontâneas (BONI; QUARESMA, 2005).

As respostas foram colocadas em matrizes para serem analisadas e gerarem resultados e as perguntas abertas analisadas, utilizando-se o Método do Discurso do

Sujeito Coletivo, de Lefèvre e Lefèvre (2003), por intermédio do software Qualiquantisoft.

A técnica consiste basicamente em analisar o material verbal coletado em pesquisas que tem depoimentos como sua matéria prima, extraindo-se de cada um destes depoimentos as Ideias Centrais ou Ancoragens e as suas correspondentes Expressões Chave; com as Ideias Centrais/Ancoragens e Expressões Chave semelhantes compõe-se um ou vários discursos-síntese que são os Discursos do Sujeito Coletivo.

Segundo os autores da metodologia a utilização desta técnica possibilita resgatar o sentido das opiniões das coletividades e formar os DSCs, constituídos num processo composto de três operações realizadas sobre esse material assim descritas:

- Expressões-Chave (E-Ch) - trechos de cada depoimento verbal dos entrevistados, e que melhor descrevem o seu conteúdo.
- Ideias Centrais (ICs) - descrevem os sentidos presentes nos depoimentos, tanto individuais quanto nos conjuntos de depoimentos, que apresentam sentido semelhante ou complementar.
- Ancoragens (ACs) - descrevem as ideologias, os valores e as crenças presentes nos depoimentos, individuais ou de um conjunto destes, sob a forma de afirmações genéricas destinadas a enquadrar situações particulares. De acordo com esta metodologia, somente quando os depoimentos apresentam marcas discursivas dessas afirmações genéricas, existirão ACs.

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), consiste na reunião das E-Ch presentes nos depoimentos apresentados, e que possuem ICs e/ou ACs com sentido semelhante ou complementar (SCHIAVO, 2007 apud COSTA, 2013). Com a transcrição das entrevistas, os conteúdos foram analisados individualmente e identificadas as Expressões Chave e Ideias Centrais para cada resposta dada do entrevistado ao LÓGICOS.

Ao fim das transcrições e leituras individuais iniciou-se a inserção das respostas, Expressões Chave e Ideias Centrais no sistema do software Qualiquantisoft que auxiliou no processo de codificação e análise.

3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Adotou-se como critério de inclusão, os pacientes alfabetizados, com tempo de diagnóstico de pelo menos 1 ano, pois com esse tempo de curso com o DM, os internos teriam mais segurança nos seus relatos. As entrevistas foram dirigidas sobre a patologia estudada aos pacientes que estavam realizando o tratamento medicamentoso corretamente sem interrupção, e que passaram por avaliação médica pelo menos anualmente. Como critério de exclusão, decidimos que os pacientes cujas patologias alteraram sua capacidade de raciocínio lógico e de interpretação, pacientes que no momento da pesquisa encontrassem internados fora do presídio ou que estivessem sob regime de “seguro” (presos que oferecem risco de segurança e que não podem ser inseridos em celas de convivência coletivas comuns) ou “castigo” (presos que se envolveram em brigas ou desavenças no pátio/cela ou que desobedeceram aos agentes de atividades penitenciárias e provocaram dano à ordem do recinto, estes permanecem por 10 dias isolados dentro de uma cela separada) dentro da cadeia, ficariam fora do estudo.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi devidamente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Faculdade de Saúde da UnB para a sua apreciação. Os presos diabéticos foram convidados a participar do estudo mediante autorização do diretor do presídio e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Foi realizado o devido esclarecimento sobre a sua participação voluntária, garantindo a sua privacidade e protegida sua integridade física e moral.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao observar os dados coletados durante as entrevistas, foi constatado que o nível de escolaridade dos sujeitos pesquisados era baixo, fato que empobreceu em sua totalidade a qualidade dos discursos e o conhecimento sobre suas enfermidades eram insuficientes.

As idades dos entrevistados variaram entre 21 e 56 anos, tendo a maioria nível básico de escolaridade. Sobre o estado civil 66,66% se declararam casados. O uso do cigarro predominou em 42,85% dos entrevistados. Associados a isso, o uso concomitante com drogas ilícitas, foi um total de 57,14%. Dentre os entrevistados, para determinação de tempo para o diagnóstico de DM, o que mais predominou foi uma média de 5,7 anos com a doença. De modo geral, o tempo aplicado de reclusão foi em média de 11, 14 anos, período em que deverão permanecer reclusos em cumprimento de pena convivendo com a enfermidade.

As perguntas fechadas realizadas, mostraram que 90,47% dos internos realizam atividade física durante o banho de sol, 100% deles afirmaram tomar sua medicação sem interrupção todos os dias, 61,90% relataram ter facilidade de pedir atendimento de saúde para os agentes penitenciários, 76,19% deles disseram ter acesso fácil aos insumos necessários para o tratamento, como medicação oral, seringas, insulina, glicosímetro e 71,42% dos entrevistados relataram realizar exames de rotina com frequência.

As perguntas e as categorias formadas com o uso do Qualiquantisoft foram às seguintes:

Quadro 2 – Distribuição das perguntas e das categorias formadas

	PERGUNTAS	CATEGORIAS
01	Você sabe o que é a diabetes?	A)Entende B)Entende pouco C)Não entende
02	Você acha que o fato de está preso interfere no controle da glicemia?	A)Interfere B)Não interfere
03	Na sua opinião, porque algumas pessoas aumentam de peso dentro da prisão?	A)Alimentação B)Sedentarismo
04	O que você costuma receber de alimento de seus familiares?	A)Recebe B)Não recebe
05	Para o controle do seu diabetes você é satisfeito com a alimentação recebida do presídio?	A)Satisfeito B)Não satisfeito
06	Para o controle do seu diabetes, você é satisfeito com o atendimento de saúde oferecido pela equipe de saúde do presídio?	A)Satisfeito B)Não satisfeito

PERGUNTA 1: VOCÊ SABE O QUE É DIABETES?

CATEGORIA A: ENTENDE

DISCURSO 1

“... Eu conheço dois tipos de diabetes: a tipo I e a tipo II. A tipo II, ela precisa tomar remédio. A tipo I é mais sobre negócio de família, que é hereditário. A diabetes pode causar cegueira e impotência sexual, parada cardíaca ou, então, até o tal de AVC! Sei também que não pode comer comida com muito sal, açúcar e doce! Tem que fazer exercício de vez em quando, e não beber bebida alcoólica. Pra mim, é uma doença que não tem cura! A minha veio através da família devido o meu pai. Meu pai faleceu aos 43 anos com diabetes. Chegou a ficar cego! Meu avô, hoje, tem 90 anos e é cego dos dois olhos também! Meus tios todos tem! Um perdeu a perna e o outro perdeu um dedo por causa da diabetes... Eu acho que é uma das doença que não tem cura nenhuma! Só o tratamento mesmo e... você está regulando e fazendo o acompanhamento com o aparelho pra estar medindo sempre! O importante, na cadeia, é quando ela está alta e quando ela está baixa, porque a gente não sabe! Porque a minha diabetes, quando eu descobri, foi através da sede e do peso. Eu pesava 112 quilos e cheguei a 75. Eu bebia água dia e noite e eu pensava que era ressaca e efeito da droga e da bebida. Eu bebia muita cerveja. Mas aí, quando eu fui no posto, estava 480! Foi a única vez que eu tomei insulina pra baixar imediatamente. E foi aí que eu consegui descobrir a diabetes! Gostava muito de doce... Sempre eu fui assim! Já veio de família também! Tanto é que o meu irmão, mais velho que eu 4 anos, ele já não tem diabetes, mas a preocupação minha já é minha filha, que tem 7... De ela ter diabetes devido ao excesso de doce, que ela está já está comendo. Nessa idade, tem que estar sempre de olho! Tem minha prima que tem 15 anos, que tem diabetes fortíssima! Então, minha família é praticamente toda diabética!...”

Quando perguntados sobre o seu entendimento sobre a doença, minha intenção seria perceber seu entendimento sobre o diabetes. O conhecimento sobre sua enfermidade facilita a convivência com a doença e dificulta o aparecimento de conseqüências graves, como a hiperglicemia, que é o aumento excessivo da glicemia sanguínea.

As incapacidades funcionais advindas das complicações contribuem para diminuição da qualidade de vida, aumento de internações hospitalares, e complicações micro e macro vasculares.

Cabe aos profissionais de saúde estar atentos na identificação das pessoas com risco para o diabetes mellitus e intensificar as ações para promover o seu controle, entre os já diagnosticados. Acredita-se que a família tem papel fundamental em ambas as situações. Sabe-se que a família e os amigos influenciam no controle da doença quanto ao seguimento do tratamento, da dieta e na

participação em um programa regular de exercícios. Um estudo demonstrou que as pessoas com diabetes mellitus, que tiveram apoio adequado de amigos e familiares, aderiram melhor às condutas de auto-cuidado (PACE; NUNES; OCHOA-VIGO, 2003). Os autores ainda relatam que avaliar os meios de apoio do paciente pode ajudar a identificar as suas necessidades de assistência, no propósito de evitar as complicações de longo prazo (WANG; FENSKE, 1996 apud PACE; NUNES; OCHOA-VIGO, 2003).

Em pacientes institucionalizados, entende-se que o cuidado familiar é reprimido em decorrência da prisão e, que seu controle e acompanhamento, fica limitado à equipe de saúde local. Observou-se também, carência de afeto familiar e de cuidado para com a doença, tendo em vista que muitos presos entrevistados não recebem visitas de seus parentes.

As atividades desenvolvidas pela equipe de saúde local contemplam grupos educativos nos blocos dos presídios com temas diversos abrangendo a saúde pública. Atualmente, devido à escassez de recursos humanos essas atividades ficaram comprometidas. Presos que já chegaram na prisão diagnosticados, manifestaram a mesma condição de entendimento limitado sobre a enfermidade, causando uma sensação de fragilidade para com sua saúde.

PERGUNTA 1: VOCÊ SABE O QUE É DIABETES?

CATEGORIA B: NÃO ENTENDE

DISCURSO 2

“... Não entendo nada, porque quando eu vim descobrir, já estava preso, já trabalhava... estava com sintoma dela já! É... Por enquanto, eu estou procurando me informar... sei que é uma doença muito perigosa, que eu tenho que tomar muito cuidado com ela. O que eu consigo entender dela é só a parte da medicação. Tomo ela corretamente, conforme a orientação deles e nada mais! A gente sempre pediu uma palestra aí pra gente ficar mais interagido sobre a doença, mas nunca conseguimos nada!...”

Considerando a importância do reconhecimento dos sinais e sintomas da doença, do diagnóstico precoce e das consequências da doença, o diabético pode ser motivado a procurar o atendimento profissional da saúde. A educação intrínseca a doença é fundamental para informar, motivar e fortalecer a pessoa e família, para conviver com a condição crônica, onde, a cada atendimento, deve ser reforçada a percepção de risco à saúde, o desenvolvimento de habilidades e a motivação para

superar esse risco (GARCIA; SUAREZ, 1999). Tudo pode ser agravado com as dúvidas provocadas pela doença. Elas constroem o peso das demandas de saúde por DM as quais podem ser imediatas ou eletivas.

Um estudo realizado entre pessoas com diabetes, cujos objetivos foram avaliar o conhecimento e manejo da doença e a relação desse conhecimento com o controle do diabetes, mostrou que o nível de conhecimento adequado não estava relacionado com o controle glicêmico (COATES, 1999). Vê-se, nesse estudo ainda, que o conhecimento é apenas uma das variáveis que pode influenciar no controle metabólico e que o estilo de vida e as crenças podem também ter grande impacto no comportamento das pessoas.

O baixo nível de escolaridade, certamente, pode limitar o acesso às informações, devido ao possível comprometimento das habilidades de leitura, escrita, compreensão ou mesmo da fala (DOAK; DOAK; ROOT, 1995 apud PACE et al., 2006). Essa condição pode reduzir o acesso às oportunidades de aprendizagem relacionadas ao cuidado à saúde, especialmente ao reconhecer que, as pessoas adultas desenvolvem seus próprios cuidados diários.

Pessoas com esse nível de escolaridade parecem, também, não valorizar as ações preventivas de doenças e, habitualmente, retardam a procura de assistência médica, o que repercute em grande impacto e demanda de recursos financeiros destinados à assistência à saúde da população (DOAK; DOAK; ROOT, 1995 apud PACE et al., 2006). Adicionalmente, essa demora pode propiciar o agravamento da doença.

PERGUNTA 2: VOCÊ ACHA QUE O FATO DE ESTÁ PRESO INTERFERE NO CONTROLE DA GLICEMIA?

CATEGORIA A: INTERFERE

DISCURSO 3

“... Com certeza. A cadeia oferece uma comida que não é adequada para o diabete. A alimentação e a atividade física é importante! A gente fica quase o dia quase todo trancado na cela, assim, não tem como fazer exercício, né?!...”

O consumo alimentar da população brasileira, caracterizado por baixa frequência de alimentos ricos em fibras e aumento da proporção de gorduras saturadas e açúcares na dieta, associado a um estilo de vida sedentário compõem

um dos principais fatores etiológicos do DM tipo 2 (MOLENA-FERNANDES et al., 2005).

Estudos experimentais e clínicos têm demonstrado que uma dieta com alto teor de gordura e baixo teor de fibras aumenta o risco de desenvolvimento da intolerância à glicose e do DM tipo 2 (MOLENA-FERNANDES et al., 2005). No convívio prisional, é fato que a dieta constitui de um ponto de difícil discussão, tendo em vista a falta de acesso à alimentação correta e o controle de qualidade da alimentação fornecida.

O banho de sol limitado, associado à falta de realização de atividade física diária dificulta o convívio com a doença e agrava suas condições de saúde. É sabido que a atividade física para o diabético deve ser realizada sob supervisão de profissional de saúde, devido as chances de acometimento de membros inferiores por bolhas, calos, ocasionados pela freqüente perda de sensibilidade, originados pelas neuropatias periféricas.

Portanto, a mudança no estilo de vida com a adoção da prática de exercícios físicos regularmente e uma dieta adequada diminuem o risco da pessoa adquirir o diabetes e oferece uma boa qualidade de vida ao paciente já diabético. Sendo assim, programas de prevenção ao diabetes e de atenção a pessoas com diabetes devem incorporar ações que ofereçam apoio psicossocial e promovam mudanças no estilo de vida. Para tanto, faz-se necessário além da orientação médica, a participação de uma equipe multidisciplinar, contando com a presença de psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas e profissionais de educação física (MOLENA-FERNANDES et al., 2005).

PERGUNTA 2: VOCÊ ACHA QUE O FATO DE ESTÁ PRESO INTERFERE NO CONTROLE DA GLICEMIA?

CATEGORIA B: NÃO INTERFERE

DISCURSO 4

“... Estou sendo bem cuidado aqui. Eu estou tendo um controle melhor... Eu deixo de estar praticando algo que não deva. Na alimentação, eu estou tendo acompanhamento adequado. Os cuidados que eu posso ter lá fora, eu continuo tendo aqui dentro. Aqui tem a dona Carol, o seu Henrique, a dona Bete, que me ajudaram muito; conseguiram esse aparelho pra mim! Eu estou com esse aparelho desde 25 de agosto! Nunca mais eu tive crises! Porque eu tinha crises horríveis! Ia parar no hospital! Lá na Papudinha, no HRAN! Eu passava internado... vinha muito

alta e para baixar, aquela outra glicose não baixa! Essa que eu estou usando é muito bom! Aqui eu tenho um atendimento bom! Tem acompanhamento, tem alimentação... E a pessoa, quando ela descobre a diabetes, ela sabe o risco que ela está correndo... Ela sabe o que pode e o que não pode!..."

A prevalência de diabetes e suas co-morbidades e complicações relacionadas, continuará a aumentar na população carcerária, devido ao aumento do número de presos em processo de envelhecimento e aumento da incidência de diabetes em pessoas jovens. Em última análise, o controle do diabetes depende do acesso e controle da doença por uma equipe de saúde, equipamentos médicos necessários e persistência no auto cuidado.

A atuação dos profissionais de saúde que atuam dentro das penitenciárias do Complexo da Papuda, desperta para além das necessidades básicas. Vai de encontro a uma assistência preventiva com melhoria na qualidade do atendimento e fortalecimento da atuação do enfermeiro nos programas de saúde pública. É notório as dificuldades que os diabéticos têm em considerar os fatores agravantes e atenuantes da doença. Trabalhamos na perspectiva do cuidado e da assistência e, com o objetivo de minimizar o sofrimento pela doença e fornecer acesso aos serviços de saúde.

PERGUNTA 3: NA SUA OPNIÃO, POR QUE ALGUMAS PESSOAS AUMENTAM DE PESO DENTRO DA PRISÃO?

CATEGORIA A: ALIMENTAÇÃO

DISCURSO 5

"Uns aumentam, outros diminuem. É que aqui dentro, essa comida que nos alimenta aí, tem uns que se dá bem, e tem uns que não se dá bem com a comida! Eu, pelo menos, me dou bem com a comida! Uns não reclamam... Eu tinha 93 quilos, quando eu cheguei aqui, diminui, mas tem uns que aumentam! Tem uns que engordam! É engorda porque comem muito! É a ansiedade! Vai comendo muito! Não controla! Não controla! Vai comendo muito! Comendo muito! Comendo muito e, principalmente, o pão... Que é muita massa! E aí, vai comendo, comendo, e aqui só tem bolacha, bolacha, bolacha! Na cantina só tem isso! Aí, assim dá pra pessoa engordar! Além de comer a marmita, as pessoas comem muita besteira: é doce, é biscoito... É farinha... E isso aí leva tudo a engordar! É difícil!"

O gerenciamento alimentar de diabéticos exige um controle alimentar e mudança de hábitos de vida, que é um processo lento e difícil.

A tendência social para o controle alimentar, particularmente no caso de diabéticos, é um dos dramas enfrentados por esses doentes, no sentido de que a consumação excessiva e irregular aumenta a possibilidade do agravamento da doença e ocasiona limitações no convívio com a enfermidade. Os diabéticos precisam manter um padrão alimentar e nutricional rigoroso, com o objetivo de se evitar desordens fisiopatológicas que limitem seu dia a dia e comprometam sua condição de saúde.

O modo como os sujeitos reclusos reagem ao contato com a alimentação, expressa uma condição de privação, tanto pela questão de qualidade, quantidade, como de diversidade, determinando possibilidades e dificuldades/ limitações para o controle do diabetes. Percebemos nesse discurso, uma relação de excessividade no consumo pela falta de opção de alimentos e pela sua condição de preso-diabético-institucionalizado o que determina o aparecimento da obesidade.

Nos presídios estudados, existe uma cantina em cada bloco, onde os internos têm acesso a itens de alimentação. Dentre os suprimentos, temos uma diversidade de alimentos prontos como: achocolatado, o suco, a goiabada, o sazon, assim como alimentos feitos na hora, como hambúrgueres e ovo frito, por exemplo. O fato é que devido aos inúmeros problemas do sistema, incluindo a alimentação, os detentos que possuem dinheiro, compram neste local, produtos para complementar as refeições e, muitas vezes, esses hábitos induzem à obesidade, ao aumento da glicemia e até crises de hiperglicemia. Isso, associado ao sedentarismo e as restrições de banho de sol rendem uma condição de saúde bem aquém das aceitáveis.

Ainda explorando dados obtidos nas entrevistas, verificou-se o índice de massa corpórea (IMC) de todos os entrevistados, onde obtemos 61,90% de internos pelo menos com sobrepeso. Isso demonstra uma condição de saúde arriscada para inúmeras doenças, principalmente as cardiovasculares, como a hipertensão arterial e DM.

PERGUNTA 3: NA SUA OPNIÃO, POR QUE ALGUMAS PESSOAS AUMENTAM DE PESO DENTRO DA PRISÃO?

CATEGORIA B: SEDENTARISMO

DISCURSO 6

“Falta de prática de exercício. Não se cuida por conta própria! Às vezes, tem que fazer isso por conta própria e não faz! Deixa a desejar pela sua própria saúde! Falta atividade! Trabalho! Só comendo e dormindo! Dá o nome de preso-porquinho! Come e dorme! É... Sedentarismo mesmo! Eu acho... Eu acho que esse sistema que o Governo dá pra gente é totalmente errado! Eu acho que isso aqui é a máquina, sim, de lavar seu dinheiro! Isso aqui é um absurdo! Deixar preso aqui, obeso, dando assistência médica, dando remédio pra preso beber e pra se drogar! Isso sim é que é errado! Eu acho que o cidadão deveria vir pra cadeia pra pagar os seus erros, vir pra fazer algo, e não pra ficar parado em um quadrado com dezoito, vinte pessoas dentro! Também o banho de sol aqui da gente, é muito reduzido. Temos pouco tempo para fazer exercício no pátio.”

Desde 1922 vários autores verificaram a interação da insulina com a atividade física e os benefícios no tratamento do diabetes. A partir de então a tríade dieta, medicamentos (quando necessário), e exercício, fundamentados em um processo educacional, formam o princípio do tratamento desta doença (SILVEIRA NETO, 2000).

A atividade física é de fundamental importância e deve estar integrada na vida do paciente diabético devido aos benefícios do exercício à ação da insulina. Ela contribui para a redução da glicemia e da necessidade de insulina no diabético tipo 1 e medicamentos no tipo 2, pois melhora a captação de glicose pelas células. Além desses benefícios, a atividade física ainda contribui com a melhora da circulação sanguínea, o que no paciente diabético é, por vezes, prejudicado, isso sem falar nos efeitos benéficos do controle da pressão arterial e das dislipidemias, redução do risco de doença cardiovascular aterosclerótica, redução e controle do estresse, melhora da auto-estima e da qualidade de vida.

Os benefícios cardiovasculares e metabólicos do exercício são sustentados somente como resultado da soma dos efeitos das sessões de treinamento ou como resultado de mudanças, em longo prazo, na composição corporal (SILVEIRA NETO; 2000), e outro grande benefício da atividade física regular é seu efeito sobre a composição corporal, através do aumento do gasto de energia auxiliando a redução de peso, o aumento da perda de gordura e a preservação da massa magra. Aproximadamente 60% das pessoas com diabetes do tipo 2 são obesas no momento do diagnóstico. Provavelmente a distribuição central de gordura parece ser fator de risco primário adicional para o desenvolvimento do diabetes tipo 2, uma vez que a adiposidade na área abdominal ao contrário da periférica eleva a probabilidade de que indivíduos desenvolvam resistência à insulina. A atividade física parece prevenir o diabetes tipo 2 não apenas diminuindo a adiposidade, mas

também afetando a resistência à insulina e a tolerância à glicose (FRONTERA, DAWSON; SLOVIK,2001).

Na vivência prisional a atividade é reprimida seja devida às restrições de banho de sol, seja devido à ausência de um profissional específico para fazer orientações apropriadas à realização dessa atividade. No momento da soltura para banho de sol em seus respectivos blocos, os presos realizam caminhadas ao redor do pátio, fazem corridas, jogam futebol, cantam, alguns participam de orações quando na presença de padre ou pastores, outros conversam e, assim, aproveitam essa pequena parte do dia.

Salienta-se, novamente, que o programa de exercícios sempre deve ser feito sob orientação e controle da equipe de saúde, face aos prováveis riscos que poderiam acometer os membros inferiores (bolhas, calos, rachaduras, fissuras, dentre outros), pela freqüente perda de sensibilidade originados pelas neuropatias periféricas e autonômicas (PEDROSA et al., 1999). Essas situações são bastante comuns em pacientes diabéticos e, são potencializados quando não se tem orientação e noções básicas sobre a enfermidade.

PERGUNTA 4: O QUE VOCÊ COSTUMA RECEBER DE ALIMENTO DE SEUS FAMILIARES?

CATEGORIA A: RECEBE

DISCURSO 7

“Recebo doze frutas, sendo maçã e banana, além de biscoito... Só! E, inclusive, eu queria que esses... que esses... Já que é pra falar!... que essas frutas passassem a ser quinze frutas, porque, daí, é uma por dia, né?! Como é só doze, não dá!!Recebo as coisas que eu posso comer mesmo!Esses negócios!Recebo dinheiro pra comprar alguma coisa, um leite na cantina...”

O consumo insuficiente de frutas, legumes e verduras está entre os dez principais fatores de risco para a carga total global de doença em todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Esses alimentos são importantes na composição de uma dieta saudável, pois são fontes de micronutrientes, fibras e de outros componentes com propriedades funcionais(VAN DUYN; PIVONKA, 2000). Ademais, frutas e hortaliças têm baixa densidade energética, isto é, poucas calorias em relação ao volume do alimento consumido, o que favorece a manutenção

saudável do peso corporal (ROLLS; ELLO-MARTIN; TOHILL, 2004). Portanto, podemos compreender a importância da presença de frutas na alimentação.

PERGUNTA 4: NA SUA OPINIÃO, POR QUE ALGUMAS PESSOAS AUMENTAM DE PESO DENTRO DA PRISÃO?

CATEGORIA B: NÃO RECEBE

DISCURSO 8

“Não, senhora! Eu não recebo, porque não tem condições e não recebo visitas de parentes. Não recebo nada! Nada! Nada! Só recebo a alimentação da casa.”

Os internos que não recebem visitas de parentes ficam com prejuízo no ganho de alimentos adicionais. Frutas extras e outros alimentos são trazidos pela família durante as visitas e servem de complemento alimentar diário, visto que as refeições são limitadas e os alimentos da cantina são de acesso para os que possuem dinheiro.

É sabido que a falta de atenção dos familiares, a carência afetiva e o déficit alimentar é um fator estressor que pode levar os doentes de DM a condições de extrema exclusão e aparecimento por associação de outras patologias, por exemplo, a depressão. O ideal seria que esses internos tivessem o apoio familiar, a alimentação correta e condições de vida adequadas. Mais uma vez, se reforça a necessidade de fomento das políticas voltadas para o sistema prisional e a busca por melhorias nas condições de acesso aos serviços de saúde de forma integral.

PERGUNTA 5: PARA O CONTROLE DO SEU DIABETES, VOCÊ É SATISFEITO COM A ALIMENTAÇÃO RECEBIDA DO PRESÍDIO?

CATEGORIA A: SATISFEITO

DISCURSO 9

“No controle, sim! Para o controle, sim! Mas pra meu desejo próprio, em necessidades de se alimentar, não! Eu pego as frutas direto! Eles mesmo me traz; me entregam direto!! Se não fosse essas frutas aí, eu estava pior! Apesar que é o seguinte: é... a comida, eu praticamente... o que eu mais como é só o feijão e um pouco de arroz! Quando a marmitta vem, mais da metade eu jogo fora! Então, o que está realmente me sustentando é só o feijão e um pouco de arroz!”

A alimentação adequada para o portador de diabetes é um componente essencial para o sucesso do seu tratamento. A manutenção dos níveis de glicose no sangue depende não apenas do uso de medicamentos, realização de atividade física, mas principalmente de uma alimentação que ajude o organismo neste controle.

É esperado que o paciente com doenças crônicas e com restrição alimentar tenha aversão ou descontentamento para com suas condições a partir do diagnóstico. Isso se afirma quando temos dificuldades na adesão ao tratamento de alguns pacientes e se agrava quando essas condições são precárias, como acontece com os presos diabéticos. Para confirmar o supracitado, observamos com frequência, um acúmulo de medicamentos não auto-administrados e, que foram entregues pelo enfermeiro durante as consultas mensais. Esses medicamentos seriam tomados diariamente e foram encontrados durante procedimentos de revistas das celas. Isso traduz negligência para com seu tratamento e prejuízo para suas próprias condições de saúde e se agrava quando a alimentação é precária. A alimentação irregular constitui um fator predisponente para gerar crises agudas e demoradas de hiperglicemia, aprazando internações e onerando os cofres públicos.

PERGUNTA 5: VOCÊ É SATISFEITO COM A ALIMENTAÇÃO RECEBIDA DO PRESÍDIO?

CATEGORIA B:NÃO SATISFEITO

DISCURSO 10

“... Ah! Pra dizer a verdade, não! Né?! Porque, às vezes, essa... a... a... a alimentação vem gordurosa! Um dia vem muito sal! Um dia vem sem sal! Eu queria que botasse mais era verdura na alimentação. Eles botam mais é cenoura, cenoura, cenoura! E... Gordura e muito sal, né?!... Que faz mal. Quando é o frango, tudo bem! Mas quando vem carne moída e carne cozida, não como não! Eu passei mal uma vez, aí nunca mais eu comi! A carne que vem é muito ruim! Ela vem muito salgada! Aí, como eu tenho problema de pressão, eu já evito... O arroz... só vem o arroz e não tem nenhum tipo de salada; o arroz, ele gera açúcar, né?!... quando em quantidade. Eu já evito comer o máximo de arroz... O pão aqui só pão de doce! Quem é diabético não pode comer pão de doce... todyinho, e é tudo doce! Então, pro diabético, ponto negativo! Eu acho também, que nós devemos receber também algum tipo de fruta! Eu não tenho uma dieta, não tenho uma alimentação que é adequada pro tipo de doença que eu tenho. A alimentação vem totalmente errada! A alimentação é horrível! Pra... Pra eu que tenho esse problema, Ave Maria! A alimentação, eu acho que pra um tratamento de diabetes, tinha que ter uma salada, um... é... Até que eu estou pegando as frutas, né?! Graças a Deus, está vindo

essas frutas! Mas a alimentação é péssima! E aqui, a gente não pode reclamar! A gente está preso! Se reclamar, é perigoso um castigo, né?! Eu não estou satisfeito, não! Eu vou te falar mais uma vez: a alimentação daqui, pelo... pelo o que eu fiquei sabendo da doença que eu tenho, eu não posso comer massa demais! A minha comida só vem arroz e frango! Tinha que vir uma coisa nutritiva, uma verdura, um... Quando vem a verdura, é cenoura ou chuchu! É. Às vezes, uma! Daí, é o seguinte, só vem a janta essa hora aí! O almoço chega cedo - 10 horas da manhã! Vem sal! Parece que está aguada! Às vezes, vem um pouco crua! Então, eu prefiro nem alimentar... Eu alimento é do próximo, que está mais temperada, que está mais... Eu acho que nós merecia uma alimentação melhor, contendo mais verdura, frutas. Eu acredito que vai melhorar! E... É quanto ao restante tá... tá dentro do sustentável!..."

A alimentação recebida pelos internos contempla as principais refeições diárias: café da manhã, almoço e jantar. Os lanches nos intervalos entre as grandes refeições são reprimidos e, só possui o lanche, quem possui visitas dos familiares, pois através delas se recebe a quantia de oitenta reais semanais para a compra de alimentos extras na cantina do presídio. Recebe-se também da família, biscoitos e frutas extras em um total de seis, sendo elas: maçã, goiaba, pêra e banana e, os diabéticos, podem receber o dobro destas frutas através de autorização médica. São muitas as restrições, mas tudo devido à segurança que é prioridade dentro do estabelecimento prisional.

Internos que possuem as referidas visitas familiares, situação financeira viável e, que recebem a quantia supracitada, consegue ter um padrão alimentar diferente, mas nem sempre saudável, pois os produtos comercializados na cantina vão desde cigarros ao "X cadeia", nome dado ao hambúrguer feito pelos cantineiros. O agravante, é que muitas vezes essa quantia é desviada para compra de necessidades não somente de alimentação, mas de sobrevivência: se utiliza o dinheiro para a compra de vagas em uma das beliches mais "confortáveis" ou privilegiadas das celas, já que as mesmas estão com a capacidade ultrapassada muitas vezes ao dobro ou ao triplo de sua lotação máxima, para compra de remédios, para compra de drogas ou até mesmo para pagar dívidas internas e externas ao presídio.

Observamos ainda, relatos de pura insatisfação quanto à alimentação. Soubemos também, por meio de nossa rotina de trabalho e de relatos dos próprios internos que até mesmo as frutas, que de acordo com a dieta prescrita acompanha o prato principal, são trapaceadas na entrega da "xepa", nome dado pelos internos às refeições de almoço e jantar.

Podemos observar, o quanto estão sujeitos ao agravamento da doença e o quanto é necessário um olhar mais crítico sobre o sistema prisional. A quantidade de insatisfação foi em 80,95% dos entrevistados.

PERGUNTA 6: PARA O CONTROLE DO SEU DIABETES, VOCÊ ÉSTÁ SATISFEITO COM O ATENDIMENTO DE SAÚDE OFERECIDO PELA EQUIPE DO PRESÍDIO?

CATEGORIA A: SATISFEITO

DISCURSO 11

“É... Eu estou satisfeito. Até agora tem me ajudado muito! Eu comento comigo mesmo, que dou graças ao atendimento. Eu estou tendo uma saúde bem melhor! Uma vez por mês, toda vez ele tira pra fazer o controle, pra fazer a... pra medir... Aí, isso aí está tranquilo! É Muito bom! Muito bom! É nota 10, porque quando eu venho no médico eles me atendem bem! Graças a Deus, essa parte, eu não posso reclamar! Nunca me faltou atendimento não! Aqui não deixa a desejar!”

O acompanhamento dos diabéticos institucionalizados nos presídios pesquisados se dá mensalmente, onde na oportunidade se faz a pesagem, medida da cintura abdominal, é feito o exame rápido de glicemia capilar, se escutas as queixas e se entrega as medicações a serem utilizadas durante o mês.

Neste quesito, os internos se mostraram satisfeitos em 90,47% dos relatos.

PERGUNTA 6: PARA O CONTROLE DO SEU DIABETES, VOCÊ ÉSTÁ SATISFEITO COM O ATENDIMENTO DE SAÚDE OFERECIDO PELA EQUIPE DO PRESÍDIO?

CATEGORIA B: NÃO SATISFEITO

DISCURSO 12

“Olha! Até tempos atrás estava bom! Mas, agora, de uns tempos pra cá... Antigamente nós saíamos de mês em mês e, agora, nós está... está saindo quarenta e cinco dias, trinta e cinco dias, não está batendo um mês certinho igual estava na rua, né? Aqui no presídio... é... às vezes, você coloca um catatau pra ser atendido no médico, fica três, quatro dias doente lá dentro da cela, uma semana, quinze dias depois, que ele vai te chamar! Às vezes, até tu já melhorou né?!... você até já está bom daquela doença, daquela enfermidade! Eu acho que demora muito! A última vez que eu fui atendido, se eu não me engano, foi há uns quatro meses já! É por causa da demora. Não sei se é o efetivo de gente que é demais...”

O grande impacto da morbimortalidade cardiovascular na população brasileira, que tem o DM e a HAS como importantes fatores de risco, traz um desafio para o sistema público de saúde: a garantia de acompanhamento sistemático dos indivíduos identificados como portadores desses agravos, assim como o desenvolvimento de ações referentes à promoção da saúde e à prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (LIMA; GAIA; FERREIRA, 2012).

Este desafio é, sobretudo, da Atenção Básica, notadamente da Saúde da Família, espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde que atua com equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos (CUNHA, 2009).

5 CONCLUSÃO

Vários aspectos foram observados durante a realização do estudo: conhecimento insuficiente sobre a doença, dificuldade de controle devido à reclusão, manifestações de insatisfação com a alimentação, fortes indícios de sedentarismo, satisfação para com o atendimento de saúde recebido.

Diante da descrição da população entrevistada e da análise e discussão dos discursos pode-se afirmar que os profissionais que compõem uma equipe multidisciplinar, em especial o enfermeiro, podem adequar e ampliar a sua assistência a essa realidade e intensificar a educação em saúde para esse grupo, especialmente com relação ao cuidado com o diabético. A enfermagem pode atuar no sentido de reduzir complicações relacionadas à educação e saúde voltadas para a redução dos danos causados pela doença, ampliando os horizontes para a equipe assistir melhor os diabéticos, de acordo com seu contexto atual de reclusão.

Sabemos também que muitas intervenções não dependem da equipe atuante dentro dos presídios, que ultrapassa a boa vontade dos colegas médicos e que os problemas do sistema prisional do Distrito Federal vão além de tudo que foi abordado. Muitas são as peculiaridades do sistema e precisamos avançar bastante na perspectiva de controle e prevenção das DCNT.

Ressaltamos na oportunidade, o aspecto relacionado à qualidade de vida que os internos diabéticos e não diabéticos estão tendo acesso, considerando a falta de entendimento sobre sua própria condição de saúde, sobre a possível ocorrência de complicações geradas de uma condição sob humana dentro das prisões. O estudo evidenciou uma realidade do Brasil que é vivida em grande parte do mundo, isto é, as diferenças com relação à saúde prisional em presídios considerados de segurança máxima e presídios onde as condições são bem aquém das vividas aqui. Isso demonstra que a saúde prisional depende de forças governamentais e envolve questões sociais, integrais e a equidade.

Estudos de avaliação da assistência com enfoque na percepção da população são importantes e devem ser absorvidos pelos serviços como forma de melhorar o sistema. Os relatos obtidos servem como provas das condições de vida dos detentos e mostram-se eficazes para qualificar a atenção básica desenvolvida no local, em especial a de programas executados internamente.

Alguns limites deste estudo merecem atenção. A segurança imposta pelo regimento local dos presídios estudados tornou a pesquisa demorada e os relatos de alguns presos com sentimento de repressão mesmo tendo sido informados sobre a segurança dos dados.

O impacto desse estudo é positivo à medida que se verifica os problemas identificados ao longo das entrevistas e observados nos relatos e se impõe melhoras na assistência à saúde desses internos. Muito se tem feito pela secretaria de saúde do DF, onde foram disponibilizadas equipes multidisciplinares para fortalecimento do atendimento, além de fornecimentos de medicamentos e insumos necessários para o tratamento da enfermidade.

Sabemos que só isso é insuficiente e, que precisamos de muito mais para poder tentar resolver os problemas do sistema. Somos cientes que a Política prisional necessita de um olhar mais comprometido e mais acolhedor no sentido de dar respostas aos problemas enfrentados e seguimento ao que é de direito: condições plenas de acesso à saúde e estrutura condizente com um sistema digno de se viver.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. C.; RABELO, M. C. Repensando os estudos sobre representação e práticas em saúde/doença. In: _____; _____. **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ: RelumeDumará, 1998. p. 107-121. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/by55h/pdf/alves-9788575414040-07.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2014.

ANJOS, M. M S. **As políticas de saúde para a população prisional da Bahia**. [S.l.: s.n.] 2009. Disponível em: <<http://www.madalenasouza.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 9 set. 2014.

ARMSTRONG, N. Coping with diabetes mellitus: a full time job. **Nursing Clinics of North America**, Maryland Heights, Missouri, v. 22, n. 3, p. 559-568, 1987
ASSIS, R. D. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. **Revista CEJ**, Brasília, ano 11, n. 39, p. 74-78, out./dez. 2007. Disponível em: <<http://www2.cjf.jus.br/ojs2/index.php/revcej/article/viewFile/949/1122>>. Acesso em: 9 set. 2014.

BECCARIA, Cesare. **Dos delitos e das penas**. São Paulo: Edipro, 1999.

BLUMENKRANTZ, M. **Obesity: the world's metabolic disorder** [online]. Beverly Hills: [s.n.], 1997.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, Florianópolis, v. 2, n. 1 (3), p. 68-80, jan./jul. 2005. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>>. Acesso em: 24 jun. 2013.

BORGES, L. O.; PINHEIRO, J. Q. Estratégias de coleta de dados com trabalhadores de baixa escolaridade. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 7, n. especial, p. 53-63, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v7nspe/a07v7esp.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes mellitus**. Brasília, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16). (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BUSS, P. M. Promoção da saúde da família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v. 2, n. 6, p. 50-63, dez. 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0103/IS23\(1\)021.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0103/IS23(1)021.pdf)>. Acesso em: 9 set. 2014.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2014.

CARVALHO, M. L. et al. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 461-471, abr./jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n2/30433.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2014

COATES, V. E. Educational issues relating to people with long term health problems. In: _____. **Education for patients and clients**. London: Rutledge, 1999. p.135-160.

COIMBRA, L. **Avaliação da qualidade de vida de homens com diabetes mellitus**. 2011. 129 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde)–Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2011. Disponível em: <http://www.bdttd.ndc.uff.br/tde_arquivos/44/TDE-2013-03-04T134242Z-3545/Publico/Laura%20Coimbra.pdf>. Acesso em: 9 set. 2014.

COSTA, F. C. A. **Análise da implementação do projeto de Gestão da Informação e da Comunicação em Ciência e Tecnologia em Saúde - LOGICOS para a tomada de decisão dos gestores do Sistema Único de Saúde**. 2013. 100 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva)–Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14486/1/2013_FabianaCarneirodeAraujoCosta.pdf>. Acesso em: 9 set. 2014.

CROFTS, N. A cruel and unusual punishment. **Medical Journal of Australia**, v. 166, n. 3, Feb. 3 1997.

CUNHA, C. W. **Dificuldades no controle da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na atenção básica de saúde através do Hiperdia – Plano de Reorganização da Atenção**. 2009. 42 f. Monografia (Especialização em Saúde Pública)–Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/17937/000725363.pdf?>>. Acesso em: 9 set. 2014.

DIUANA, V. et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1887-1898, ago. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/17.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2014.

DUNCAN, B. B. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, p. 126-134, dez. 2012. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/17.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2014.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1987.

FRANCISCHI, R. P. P. et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 17-28, jan./abr. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v13n1/7919.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2014.

FRANCO, L. J.; ROCHA, J. S. Y. O aumento das hospitalizações por diabetes na região de Ribeirão Preto, SP, no período de 1988-97. **Diabetes Clínica**, Atibaia, SP, v. 6, n. 2, p. 108, mar./abr. 2002.

FRONTERA, W. R.; DAWSON, D. M.; SLOVIK, D. M. **Exercício físico e reabilitação**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

GAGLIARDINO, J. J. et al. A avaliação da qualidade da assistência ao paciente diabético na América Latina. **Diabetes Clínica**, Atibaia, SP, v. 6, n. 1, p. 46-54, jan./fev.2002.

GARCIA, R; SUAREZ, R. La educación en diabetes: algunas reflexiones para La práctica. **Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes**, v. 7, n. 3, p. 170-177, 1999.

GIL, A. C. O questionário. In: _____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1995. p. 124-132.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1961.

JEBB, S.A. Aetiology of obesity. **British Medical Bulletin**, London, v.53, n.2, p. 264-285, 1997.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. Princípios básicos e conceitos fundamentais do discurso do sujeito coletivo. In: _____. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa: desdobramentos**. Caxias do Sul: EDUCS, 2003. p. 13-35.

LEITE, S. A. O. et al. Pontos básicos de um programa de educação ao paciente com diabetes melito tipo 1. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia &Metabologia**, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 233-242, mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v52n2/10.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2014.

LEMONS, A. M.; MAZZILLI, C.; KLERING, L. R. Análise do trabalho prisional: um estudo exploratório. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 2, n. 3, p. 129-149, set./dez. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v2n3/v2n3a08.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2014.

LEVY, M. Australian prisons are still health risks. **Medical Journal of Australia**, v. 171, n. 1, p. 7-8, Jul. 5 1999.

LIMA, A. S.; GAIA, E. S. M.; FERREIRA, M. A. A importância do Programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada - PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético. **Saúde Coletiva em Debate**, Serra Talhada, PE, v. 2, n. 1, p. 30-39, dez. 2012. Disponível em: <<http://fis.edu.br/revistaenfermagem/artigos/vol02/artigo02.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2014.

LUCE, M. et al. O preparo para o autocuidado do cliente diabético e a família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 43, n. 1/4, p. 36-43, jan./dez. 1990.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, mar./abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009>. Acesso em: 9 set. 2014.

MAGNABOSCO, D. Sistema penitenciário brasileiro: aspectos sociológicos. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 3, n. 27, 23 dez. 1998. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/1010/sistema-penitenciario-brasileiro-aspectos-sociologicos>>. Acesso em: 9 set. 2014.

MCLELLAN, K. C. P. Diabetes mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 20, n. 5, p. 515-524, set./out.2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v20n5/a07v20n5.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2014.

MINAYO, M. C. S. Clínica, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. et al. (Orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 9-29.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2014.

MOLENA-FERNANDES, C. A. M. et al. A importância da associação de dieta e de atividade física na prevenção e controle do Diabetes mellitus tipo 2. **Acta Scientiarum: Health Sciences**, Maringá, v. 27, n. 2, p. 195-205, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v27i2.1427>>. Acesso em: 8 set. 2014.

MORGAN, B. S. **Avaliação do monitoramento telefônico na promoção do autocuidado em diabetes na atenção primária em saúde**. 2013. 73 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/GCPA-975P9T/dissertacao_barbara_sgarbi.pdf?sequence=1>. Acesso em: 9 set. 2014.

MUNIZ, A.; SEMERENE, B. Ministro lança plano para reduzir taxa de mortalidade prematura por doenças crônicas. **Portal da Saúde** [online], ago. 2011. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/profissional-e-gestor/vigilancia/links-vigilancia?start=630>>. Acesso em: 9 set. 2014.

PACE, A. E. et al. O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, set./out. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a14.pdf>. Acesso em: 9 set. 2014.

PACE, A. E.; NUNES, P. D.; OCHOA-VIGO, K. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. **Revista Latino-Americana**

de Enfermagem, v. 11, n. 3, p. 312-319, maio/jun. 2003. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0179.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2014.

PEDROSA, H. C. et al. O desafio do projeto salvando o pé diabético. **Boletim Médico do Centro BD de Educação em Diabetes: Terapêutica em Diabetes**, v. 4, n. 19, p. 1-10, 1999.

PEREIRA, L. S. M. et al. Programa melhoria de qualidade de vida dos idosos institucionalizados. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 2., 2004, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: UFMG, [2005?]. Disponível em: <<https://www.ufmg.br/congrent/Saude/Saude143.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2013.

PINHO, I. C.; SIQUEIRA, J. C. B. A.; PINHO, L. M. O. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 1, p. 42-51, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/pdf/v8n1a06.pdf>. Acesso em: 9 set. 2014.

ROLLS, B. J.; ELLO-MARTIN, J. A.; TOHILL, B. C. What can intervention studies tell us about the relationship between fruit and vegetable consumption and weight management. **Nutrition Reviews**, Boston, MA, v. 62, n. 1, p. 1-17, 2004.

RUPPEL, A. et al. **Práticas e orientações técnicas da área da saúde nas unidades penais do Paraná**. Curitiba: Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania, 2011. (Cadernos do Departamento Penitenciário do Paraná). Disponível em <http://www.esedh.pr.gov.br/arquivos/File/caderno_saude.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2013.

SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. S29-S36, 2003. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s1/a04v19s1.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2014.

SILVA, A. F. M.; NUCCI, L. B. Estimativa da prevalência de diabetes mellitus no Brasil associada e fatores de risco presentes nas unidades da federação. In: ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 17., 2012, [Campinas]. **Anais...** [Campinas: PUC-Campinas], 2012. Disponível em: <http://www.puc-campinas.edu.br/websist/Rep/Sic08/Resumo/2012821_153418_323823635_resna%20.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2013.

SILVEIRA NETO, E. **Atividade física para diabéticos**. Rio de Janeiro: Sprint, 2000.

VAN DUYN, M. A.; PIVONKA, E. Overview of the health benefits of fruit and vegetable consumption for the dietetics professional: selected literature. **Journal of the American Dietetic Association**, New York, v. 100, n. 12, p. 1511-1521, 2000.

WEIBUSH, J. Prison health. **Public Health Preventive Medicine**, Connecticut, p. 1159-1163, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**: report of a WHO Study Group. Geneva: World Health Organization; 1990. (World Health Organization technical report series, 797). Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_797_\(part1\).pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_797_(part1).pdf?ua=1)>. Acesso em: 8 set. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing chronic diseases**: a vital investment : [WHO global report]. Geneva: World Health Organization, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2002**: reducing risks, promoting healthy life. Geneva, 2002. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241562072.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2014.

XAVIER, A. T. F.; BITTAR, D. B.; ATAÍDE, M. B. C. Crenças no autocuidado em diabetes: implicações para a prática. **Texto & Contexto: Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 124-130, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000100015>. Acesso em: 9 set. 2014.

ZANETTI, M. L. et al. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 186-92, mar./abr. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a07v61n2.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2014.

APÊNDICEA – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**DADOS PESSOAIS****Idade:****Estado civil:****Antecedentes pessoais:**

Hipertensão Arterial () Insuficiência renal crônica() Asma() Câncer() Alcoolismo() Outros:_____

Antecedentes familiares:

Doenças adquiridas () Doenças hereditárias () Causas de óbitos em parentes de 1º grau:_____

Cardiopatias ()

Tabagista: sim() não()**Uso de drogas ilícitas:** sim() não()**Tempo aproximado de diagnóstico para o diabetes:****Tempo aplicado de reclusão:****ROTEIRO DE ENTREVISTA**

1-O que você entende por diabetes?

2-Você acha que o fato de estar preso interfere no controle do diabetes?

()sim ()não

3- Porque você acha que o fato de estar preso interfere no controle da glicemia?

4-Na sua opinião, porque algumas pessoas aumentam de peso dentro da cadeia?

5-Você realiza atividade física durante o banho de sol?

()sim ()não

6-Você recebe visita de seus familiares?

()sim ()não

7-Seus familiares levam alimentos para você durante as visitas?

()sim ()não

8- O que você costuma receber de alimento de seus familiares?

09-Você está satisfeito com a alimentação recebida do presídio, para o controle do diabetes?

()sim não()

9a - Sendo a resposta negativa, perguntar o porquê?

10-Você toma sua medicação diariamente sem interrupção?

()sim () não

11-Para o controle de seu diabetes, você é satisfeito com o atendimento de saúde oferecido pela equipe de saúde dentro do presídio?

() sim () não

11a -Se a resposta for não: Por que não?

12-Você tem facilidade de pedir atendimento de saúde para os agentes penitenciários?

()sim () não

12a – Se a resposta for negativa, perguntar: Acha que isso interfere no tratamento?

() sim () não

13-você tem acesso fácil aos insumos (seringas, glicosímetro, insulina, medicação oral) utilizados para o tratamento do diabetes?

()sim () não

14-Você realiza exames de rotina com frequência?

()sim () não

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto: *Desafios no Manejo do Diabetes Mellitus em Pacientes de uma Penitenciária do Distrito Federal*.

O objetivo desta pesquisa é: Conhecer a percepção subjetiva dos pacientes diabéticos que se encontram dentro do sistema prisional masculino do Distrito Federal, e sobre os desafios enfrentados na convivência com a enfermidade de que padecem, no ambiente prisional.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será através da aplicação de um questionário com questões sociais, a ser preenchido pelo pesquisador, para se estabelecer o perfil social dos internos. Em seguida será utilizada a entrevista semi-estruturada, com enfoque ao cuidado com a alimentação, atividade física, tratamento medicamentoso, realização de exames e rotina de acesso ao programa de saúde específico, onde as respostas serão gravadas e depois transcritas na íntegra. As entrevistas serão realizadas nos consultórios de atendimentos de rotina de cada presídio do Complexo Penitenciário da Papuda dos presídios I e II. Qualquer incômodo relatado pelos participantes, os mesmos serão prontamente atendidos, nos meses de janeiro, fevereiro e março com um tempo estimado de 15 minutos para cada entrevistado para sua realização. Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Penitenciária do Distrito federal I e II e Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Dr(a).Maria Célia Delduque, na instituição Universidade de Brasília telefone:31071749:, no horário: 8:00h as 17:00h.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra no prontuário médico do sujeito da pesquisa .

Pesquisador responsável:_____

Sujeito da pesquisa:_____

Data da entrevista:_____

ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO JUIZ DA VARA DE EXECUÇÕES PENAIIS PARA EXECUÇÃO DA PESQUISA



UnB

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO
BRASÍLIA - DF
TELEFONE (061) 3107-1947
E-mail: cepfs@unb.br
<http://fs.unb.br/cep/>

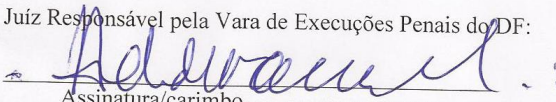
TERMO DE CONCORDÂNCIA

Excelentíssimo Srº **Ademar Silva de Vasconcelos** Juiz de Direito da Vara de Execuções Penais do DF está de acordo com a realização nas Penitenciárias do DF I e II, da pesquisa: “Desafios no Manejo do Diabetes Mellitus em Pacientes de uma Penitenciária do Distrito Federal”, de responsabilidade da pesquisadora Maria da Cruz Oliveira Ferreira, Enfermeira, servidora da PDF II.O trabalho tem como finalidade, conhecer os fatores limitantes para o enfrentamento do diabetes mellitus nas Penitenciárias I e II, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

O estudo envolve realização de entrevistas com presos diabéticos e gravação de respostas dadas pelos internos das Penitenciárias I e II, além de observação de prontuários dos mesmos com o objetivo de calcular índice de massa corpórea (IMC) através do peso e altura. Tem duração de **3 meses**, com previsão de início para **janeiro de 2014**.

Brasília, 15 agosto 2013

Juiz Responsável pela Vara de Execuções Penais do DF:


Assinatura/carimbo
ADEMAR SILVA DE VASCONCELOS
JUIZ DE DIRETO

Chefia responsável pela Unidade Clínica / acadêmica/Gerência de Atendimento ao Interno:

Assinatura/carimbo

Pesquisador Responsável pelo protocolo de pesquisa: _____

Assinatura

ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO DIRETOR DA PENITENCIÁRIA I PARA EXECUÇÃO DA PESQUISA



UnB

UNIVERSIDADE DE BRÁSILIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO
BRÁSILIA - DF
TELEFONE (061) 3107-1947
E-mail: ceps@unb.br
<http://fs.unb.br/cep/>

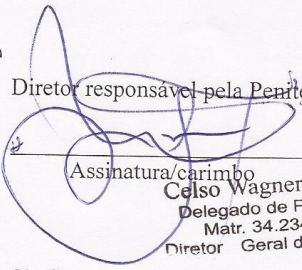
TERMO DE CONCORDÂNCIA

O Drº Celso Wagner Lima, Diretor da Penitenciária do Distrito Federal I está de acordo com a realização da pesquisa “Desafios no Manejo do Diabetes Mellitus em Pacientes de uma Penitenciária do Distrito Federal”, de responsabilidade da pesquisadora Maria da Cruz Oliveira Ferreira, com a finalidade de se conhecer os fatores limitantes para o enfrentamento do diabetes mellitus dentro desta instituição, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

O estudo envolve realização de entrevistas com presos diabéticos e gravação das respostas dadas pelos internos desta instituição. Tem duração de janeiro à março de 2014, com previsão de início para **janeiro de 2014**.

Brasília, 08 / Dezoto / 2013

Diretor responsável pela Penitenciária do DF I

Assinatura/carimbo

Celso Wagner Lima
Delegado de Polícia
Matr. 34.234-3
Diretor Geral da PDF I

Chefia responsável pela Unidade Clínica / acadêmica:

Assinatura/carimbo

Pesquisador Responsável pelo protocolo de pesquisa: _____

Assinatura

ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO DIRETOR DA PENITENCIÁRIA II PARA EXECUÇÃO DA PESQUISA



UnB

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO
BRASÍLIA - DF
TELEFONE (061) 3107-1947
E-mail: cepfs@unb.br
<http://fs.unb.br/cep/>

TERMO DE CONCORDÂNCIA

O Drº Elivaldo Ferreira de Melo, Diretor da Penitenciária do Distrito Federal II está de acordo com a realização da pesquisa “Desafios no Manejo do Diabetes Mellitus em Pacientes de uma Penitenciária do Distrito Federal”, de responsabilidade da pesquisadora Maria da Cruz Oliveira Ferreira, com a finalidade de se conhecer os fatores limitantes para o enfrentamento do diabetes mellitus dentro desta instituição, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

O estudo envolve realização de entrevistas com presos diabéticos e gravação das respostas dadas pelos internos desta instituição. Tem duração de janeiro à marco de 2014, com previsão de início para **janeiro de 2014**.

Brasília, 07 / Agosto / 2013.

Diretor responsável pela Penitenciária do DF II

Assinatura/carimbo

Elivaldo Ferreira de Melo
Delegado de Polícia
Matr.: 21 741-7
Diretor Geral-PDF II

Chefia responsável pela Unidade Clínica / acadêmica:

Assinatura/carimbo

Pesquisador Responsável pelo protocolo de pesquisa: _____
Assinatura

ANEXO D – TERMO DE UTILIZAÇÃO DE SOM E VOZ PARA FINS DE PESQUISA**TERMO DE UTILIZAÇÃO DE SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA**

Eu, _____, autorizo a utilização do meu som de voz, na qualidade de participante/entrevistado, no projeto de pesquisa intitulado “DESAFIOS NO MANEJO DO DIABETES MELLITUS EM PACIENTES DE UMA PENITENCIÁRIA DO DISTRITO FEDERAL”, sob responsabilidade de MARIA CÉLIA DELDUQUE NOGUEIRA DE SÁ, vinculado ao PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-UNB/FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE.

O som da minha voz pode ser utilizado apenas para: análise dos dados obtidos por parte da equipe da pesquisa, apresentação e publicação dos resultados da pesquisa em plenária, em que se utilizarão os dados para formar categorias.

Tenho ciência de que não haverá divulgação do som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam eles televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculados ao ensino e a pesquisa explicitada acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação ao som de voz são de responsabilidade do pesquisador responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, o uso de minha voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável pela pesquisa e a outra no prontuário do participante.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

BRASÍLIA, ____ DE _____ DE _____

ANEXO E – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESAFIOS NO MANEJO DO DIABETES MELLITUS EM PACIENTES DE UMA PENITENCIÁRIA DO DISTRITO FEDERAL

Pesquisador: MARIA DA CRUZ OLIVEIRA FERREIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 20227713.0.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 497.295

Data da Relatoria: 02/12/2013

Apresentação do Projeto:

Apesar de, no século passado, ter sido inquestionável o avanço científico na área de diabetes, a qualidade do cuidado ao paciente diabético é, ainda hoje, pobre. (GARGLIARDINO, et al., 2002). Nessa direção, vários autores preconizam que, para qualificar o cuidado ao paciente diabético, há necessidade de buscar estratégias efetivas mediante uma abordagem integral, envolvendo os elementos fisiopatológicos, psicossociais, educacionais e de reorganização da atenção à saúde. (LUCE, et al., 1990). O Diabetes Mellitus (DM) no seu contexto constitui de um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por níveis elevados de glicose no sangue resultante de defeitos na secreção de insulina e/ou ação desta. (BRUNNER; SUDDARTH, 2000). Mundialmente, cerca de 30 milhões de indivíduos apresentavam DM em 1985, passando para 135 milhões em 1995 e 240 milhões em 2005, com projeção de atingir 366 milhões em 2030. (SILVA; NUCCI, 2012). Na atenção básica, considerando a elevada carga de morbimortalidade associada, a prevenção do DM pode ser efetuada por meio da prevenção de fatores de risco, como sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis; da identificação e tratamento de indivíduos de alto risco para diabetes (prevenção primária); da identificação de casos não diagnosticados de diabetes (prevenção secundária) para tratamento; e intensificação do controle de pacientes já diagnosticados, visando

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepfs@unb.br

ANEXO E – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 497.295

prevenir complicações agudas e crônicas (prevenção terciária). (RUPPEL, et al , 2011). No que tange a pacientes institucionalizados em cadeias, quando se leva em consideração o seu comportamento dentro do presídio, observamos que os mesmos enfrentam uma série de dificuldades para manter seus níveis glicêmicos dentro do padrão, pois muitos são os costumes e as práticas adversas à saúde vividas por estes: tabagismo, uso de drogas ilícitas, alimentação inapropriada, exercícios físicos irregulares ou ausentes, etc. Pacientes institucionalizados são aqueles que permanecem confinados no mesmo local, recebendo serviços de longa duração ou que residem num cenário institucional. Portanto, os clientes diabéticos, apresentam um perfil diferenciado com grande nível de sedentarismo, carência afetiva, perda de autonomia causada por incapacidade física e/ou

mental, ausência de familiares para ajudar no auto-cuidado e insuficiência de suporte financeiro. Esses fatores contribuem para a grande incidência de limitações físicas e co-morbidades, refletindo em sua independência e autonomia (PEREIRA et al, 2005). Os portadores de doenças crônicas que moram em presídios, enfrentam inúmeras limitações no seu convívio, o que dificulta a prevenção e enfrentamento de patologias crônicas. O mal hábito alimentar é uma das limitações vividas, tendo em vista, as restrições de alimentos que possui entrada livre e a própria alimentação fornecida que possui baixo patamar de satisfação. Algumas dessas limitações são exigidas por questões de segurança que, muitas vezes, são burladas. Enquanto enfermeira de um presídio do Distrito Federal, observou-se, que as frutas, muitas vezes, são usadas como moeda de troca ou são transformadas em bebidas alcoólicas, por exemplo, motivo pelo qual, existe limitação de quantidade e do tipo de fruta que a família pode levar ao interno, somente mamão, pera, banana e maçã. Além disso, a atividade física muitas vezes é reprimida devido às restrições do banho de sol e espaço físico. Isso limita a prevenção, o tratamento e as condições de sobrevida dos pacientes crônicos institucionalizados. O DM está associado a maiores taxas de hospitalizações, a maiores necessidades de cuidados médicos, a maior incidência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, cegueira, insuficiência renal e amputações não traumáticas de membros inferiores, sendo previsível a carga que isso representará para os sistemas de saúde dos países latino-americanos, a grande maioria ainda com grandes dificuldades no controle de doenças infecciosas (SARTORELLI; FRANCO, 2003). Tem-se observado no Brasil, um aumento nas hospitalizações por DM, em proporções superiores às hospitalizações por todas as causas, o que de certa forma, traduz o aumento na sua prevalência (FRANCO; ROCHA, 2002). O Sistema Prisional do DF é composto de 6 presídios: 1 feminino e 5 masculinos. O presídio masculino, foco deste trabalho, conta com uma média de população

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepfs@unb.br

ANEXO E – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 497.295

carcerária de 12.237 indivíduos, sendo que aproximadamente 0,54% desse total são portadores de Diabetes Mellitus. O sistema passa atualmente por uma série de problemas que vão desde a superlotação à estrutura das celas, banheiros e restrições porque passam os internos do Complexo Penitenciário da Papuda. A carga penitenciária tem a capacidade para abrigar 6595 presos, contudo quase o dobro de presos ocupam os presídios da região, um déficit de mais de 5 mil vagas. Um outro entrave importante é a quantidade de servidores que hoje trabalham dentro do sistema em torno de 1,5 mil, insuficiente para a quantidade de internos que abrigam o Sistema Penitenciário do DF. Portanto, a especificidade do diabetes dentro do sistema prisional é peculiar. Tendo em vista o supracitado, se faz necessário um estudo em que se perceba a dimensão subjetiva da enfermidade e do auto-cuidado desses pacientes portadores de DM, em condição de reclusão. As hipóteses que emergem deste trabalho se sustentam na convivência da autora com os internos diabéticos da Penitenciária do DF II. Trabalhar-se-á com a hipótese que os internos têm conhecimento da enfermidade de que padecem, bem como sabem que a alimentação, o sedentarismo são fatores limitantes para o DM e que realizam o autocuidado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer a percepção subjetiva dos pacientes diabéticos que se encontram dentro do sistema prisional masculino do Distrito Federal, e sobre os desafios enfrentados na convivência com a enfermidade de que padecem, no ambiente prisional.

Objetivo Secundário:

Descrever os fatores limitantes do sistema prisional do DF, relativos à prevenção e tratamento do Diabetes Mellitus, tendo como referência o preconizado pela Organização Mundial de Saúde; -Descrever a oscilação ponderal dos internos diabéticos em consideração ao fator obesidade, pela comparação de prontuários.- Conhecer e sistematizar os relatos de experiência dos detentos sobre ser um diabético institucionalizado, com enfoque ao cuidado com a alimentação, atividade física, tratamento medicamentoso, realização de exames e rotina de acesso ao programa de saúde específico HIPERDIA.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Sobre os possíveis riscos que poderemos encontrar, cita-se a dúvida sobre a fidelidade das informações dadas pelos internos durante as entrevistas, já que muitos deles possuem alteração de humor e de comportamento e estados depressivos, por sua própria condição de diabéticos e pelo abandono da família.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepfs@unb.br

ANEXO E – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 497.295

Benefícios:

O estudo viabilizará o fortalecimento da política de reinserção dos aprisionados com déficit de saúde e a formalização e implementação de um programa específico de atendimento ao interno diabético, na tentativa de favorecer e melhorar a condição deste interno dentro do sistema.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa vinculado ao programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da aluna MARIA DA CRUZ OLIVEIRA FERREIRA, com orientação da Profa Dra. Maria Célia Delduque Nogueira Pires de Sá. A pesquisa em questão propõe um estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa. A pesquisa será desenvolvida no Complexo Penitenciário da Papuda, localizado na Regional de São Sebastião - Distrito Federal. Esse complexo reúne internos portadores de Diabetes Mellitus, adquirido antes da apreensão policial ou após. Os sujeitos desta pesquisa serão os presos do sexo masculino portadores de diabetes mellitus, adultos reclusos em regime fechado, cadastrados no Complexo Penitenciário da Papuda, Distrito Federal e que aceitem participar do estudo. Pretende-se entrevistar a totalidade dos sujeitos da pesquisa. O lapso temporal escolhido para a aplicação das entrevistas será entre os meses de janeiro, fevereiro e março de 2014, pelo fato de ser o bimestre em que os internos são levados à enfermagem do Complexo da Papuda, para os exames de rotina e pode-se ter contato pessoal como os mesmos. Pretende-se aplicar um questionário com questões sociais, a ser preenchido pelo pesquisador, para se estabelecer o perfil social dos internos. Em seguida será utilizada a entrevista semiestruturada, com enfoque ao cuidado com a alimentação, atividade física, tratamento medicamentoso, realização de exames e rotina de acesso ao programa de saúde específico e HIPERDIA, onde as respostas serão gravadas e depois transcritas na íntegra. As respostas serão colocadas em matrizes para serem analisadas e gerarem resultados e as perguntas abertas analisadas, utilizando-se o Método do Discurso do Sujeito Coletivo, de Lefèvre e Lefèvre, por intermédio do software qualiquantisoft. As entrevistas semi-estruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, em que o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. A amostra consistirá de 26 sujeitos. A pesquisadora encaminhou ao CEP: 1) carta de encaminhamento; 2) projeto; 3) Termo de concordância institucional assinada pelo Juiz da Vara de execuções criminais Dr. Ademar Silva Vasconcelos; 4) termo de responsabilidade do pesquisador; 5) Folha de rosto; 6) Termo de consentimento Livre e esclarecido. Em segunda submissão acrescentou o Termo de autorização para uso de imagem e som e novo cronograma de atividades; O projeto encontra-se delineado de maneira satisfatória, a documentação encontra-se em conformidade com a resolução 466/2012

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 Fax: (61)3307-3799 E-mail: cepfs@unb.br

ANEXO E – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 497.295

CNS/MS. O novo cronograma de atividades está adequado com o período de submissão a este CEP; a planilha de orçamento é compatível com a dimensão do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de concordância institucional assinada pelo Juiz da Vara de execuções criminais Dr. Ademar Silva Vasconcelos, de responsabilidade do pesquisador, de consentimento Livre e esclarecido encontram-se em conformidade com a resolução 466/2012 CNS/MS. O TCLE está na forma de convite, há a possibilidade de desistência do sujeito e ênfase de participação voluntária. A pesquisadora apresentou, em sua submissão complementar, o termo de uso de imagem em som, necessário considerando que um dos instrumentos de análise será entrevista, conforme resolução 466/2012 CNS/MS.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o atendimento das solicitações apresentadas por este CEP e considerando que o projeto encontra-se em conformidade com a resolução 466/2012 CNS/MS somos de parecer FAVORÁVEL ao seu desenvolvimento.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 17 de Dezembro de 2013

Assinador por:
Natan Monsore de Sá
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepfs@unb.br