



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGEnf**  
**CUIDADO, GESTÃO E TECNOLOGIAS EM SAÚDE E ENFERMAGEM**  
**PROCESSO DE CUIDAR EM SAÚDE E ENFERMAGEM**  
**SAÚDE E ESPIRITUALIDADE**

**RAPHAEL NEIVA PRAÇA ADJUTO**

**VIVÊNCIAS DE HOMENS PRIVADOS DE LIBERDADE, PÓS TESTAGEM**  
**POSITIVA PARA COVID-19**

**BRASÍLIA**

**2022**

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FS/UnB  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF

RAPHAEL NEIVA PRAÇA ADJUTO

VIVÊNCIAS DE HOMENS PRIVADOS DE LIBERDADE, PÓS TESTAGEM  
POSITIVA PARA COVID-19

Dissertação apresentada como requisito parcial para  
obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da  
Universidade de Brasília – UnB.

Área de Concentração: Cuidados, Gestão e  
Tecnologia em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e  
Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Moema da Silva Borges

BRASÍLIA-DF

2022

**RAPHAEL NEIVA PRAÇA ADJUTO**

**VIVÊNCIAS DE HOMENS PRIVADOS DE LIBERDADE, PÓS TESTAGEM  
POSITIVA PARA COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Moema da Silva Borges  
PPGENf/Universidade de Brasília  
Presidente

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Maria Aparecida Gussi  
ENF – campus Darcy Ribeiro/Universidade de Brasília  
Membro Efetivo – Externo ao PPGEnf

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>o</sup> Roberto Nascimento de Albuquerque  
Centro Universitário de Brasília - CEUB  
Membro Efetivo – Externo à UnB

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Elaine Barros Ferreira  
PPGENF/Universidade de Brasília  
Membro Suplente

ADJUTO, Raphael Neiva Praça

Vivências de homens privados de liberdade, pós testagem positiva para covid-19 / Raphael Neiva Praça Adjuto; orientadora Moema da Silva Borges. -- Brasília, 2022.

Dissertação (Mestrado – Mestrado em Enfermagem) – Universidade de Brasília, 2022.

1. COVID-19. 2. Encarceramento. 3. Superisolamento. I. da Silva Borges, Moema, orient. II. Título.

*Dedico este trabalho a todas as pessoas que faleceram em decorrência da COVID-19 e às suas famílias.*

## **Reencontro**

Pensar, pensar e pensar  
O mundo parou,  
A cabeça ferveu,  
Algo me diz que  
O aprendizado não tinha terminado  
E aquilo tudo era apenas o início.

Sigo em frente,  
Pois mesmo cansado e desanimado,  
O tempo urge.  
A vida é assim,  
Sem freio.

Muitos “nãos”,  
Escassos “sins”.  
Quedas ao chão...  
Paro e penso:  
“O que foi que eu fiz?  
Será “meus certos” tão errados assim?”

Em busca no interior  
Encontro aquele “eu menino” bochechudo de outrora  
Que com sorriso no rosto me diz:  
“Respira, confia e seja feliz!”  
Assim o fiz e estou aqui!

**Raphael Adjuto**

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, inteligência suprema, causa primária de todas as coisas.

Ao meu pai (René), à minha mãe (Angélica), a Érica, a Pi, a Val, ao João Vitor, ao NaidoBê, à tia Scheilla, ao meu primo Rômulo, às minhas avós (Iris e Dietriz), à Andrea e ao meu grande amigo Laerte Auad que sempre me apoiaram e me deram suporte emocional durante todo o período. Sou muito grato pela paciência, pela força, confiança e companheirismo.

À minha querida Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Walkíria Neiva Praça (UnB), ao meu grande irmão Prof.<sup>o</sup> Dr.<sup>o</sup> Erick Magalhães Vasconcelos (UFBA) e à minha amiga M.<sup>a</sup> Renata Gonçalves Paulino, pelo apoio, suporte emocional e troca de conhecimentos.

Às minhas amigas de mestrado Renata Valero, Marisa Utzig e Thaslla da Silva (“Os Perdidos na UnB”) pelo companheirismo, risadas, dicas do mestrado e aprendizados.

Às minhas amigas/irmãs Layra Braga e Marina Harue, por me “aturarem” desde a faculdade.

À minha grande amiga que o CEUB me deu, Simone Vita, pelo companheirismo de sempre e apoio durante toda essa nossa trajetória do mestrado.

À Dr.<sup>a</sup> Leila Cury, à toda equipe de saúde UBSP nº 14 e à equipe de segurança do CDP I, pelo apoio e dedicação.

À Universidade de Brasília e ao curso de Enfermagem, que me proporcionaram crescimento acadêmico ímpar e me mostraram como melhorar profissionalmente a cada dia.

À banca examinadora, pela disponibilidade e pelo compartilhamento de conhecimentos e sugestões para aprimorar esta dissertação.

Por fim, à Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Moema da Silva Borges, pela paciência, pelos ensinamentos e aprendizados (acadêmicos e de vida) que tive desde o ano de 2015, quando decidi que queria ingressar no mestrado da UnB.

“Tenha sonhos e vá em busca, a pé ou de Fusca.”

(Autor Desconhecido – Pirenópolis/GO)



## RESUMO

ADJUTO, Raphael Neiva Praça. **Vivência de Homens Privados de Liberdade, pós Testagem Positiva para Covid-19.** 2022. 147 p. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2022.

**Introdução:** o novo coronavírus, também chamado de COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*), é uma doença causada pelo vírus SARS-CoV2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) que surgiu em dezembro de 2019 na China. Essa doença se alastrou rapidamente pelo mundo, sendo, posteriormente, declarada uma pandemia, em março de 2020. Durante o período pandêmico, tomaram-se várias medidas protetivas para evitar a propagação do vírus como é o caso de utilização de máscaras, higienização das mãos, além da realização de distanciamento e isolamento social. A chegada do vírus em ambiente prisional preocupou as autoridades sanitárias, principalmente, pelo contexto carcerário, o que dificulta a implementação das medidas de proteção preconizadas pelas agências mundiais de saúde. Uma das medidas para minimizar o contágio pela COVID-19 foi o isolamento de casos confirmados pela doença, com realização de cumprimento de quarentena. Frente ao exposto, o estudo teve como pergunta norteadora: quais foram os impactos do isolamento social em pessoas privadas de liberdade (PPL) pós-diagnóstico de COVID-19? **Objetivo:** conhecer as vivências de homens privados de liberdade submetidos a isolamento social pós-diagnóstico de COVID-19. **Método:** pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, em um complexo prisional masculino do Distrito Federal. Participaram 31 PPLs que estavam em superisolamento, após testagem positiva para COVID-19. Coletaram-se os dados entre junho e julho de 2021, com a utilização de dois instrumentos: questionário socioeconômico e roteiro de entrevista semiestruturado. Analisou-se o conteúdo das entrevistas com auxílio do *software* ALCESTE. **Resultados:** a análise revelou a existência de dois eixos significativos. O primeiro, denominado “Enfrentamento do Superisolamento”, foi formado por três classes nomeadas de reorganização das rotinas (*coping*), sentido da vida e da morte, e a morte de si. O segundo, chamado “Enfrentamento da Doença”, composto por duas categorias denominadas sintomas físicos e emocionais da COVID-19, e informações para manejo da COVID-19. Os discursos permitiram identificar que as atividades físicas e prática religiosa utilizada, como *coping* religioso, constituíram as principais formas de enfrentamento no período do superisolamento. O impacto nas emoções e sintomas psicológicos foram manifestados com ansiedade, angústia, medo da morte e preocupação

com o adoecer da família. **Conclusão:** o estudo possibilitou conhecer as formas de enfrentamento utilizadas pelos detentos durante o superisolamento, além de indicar a importância da realização de ações em saúde que promovam a assistência integral das pessoas privadas de liberdade em períodos de surtos de doenças, como foi o caso da pandemia de COVID-19.

**Palavras-chaves:** COVID-19, Pandemia por COVID-19, Cárcere, Isolamento Social.

## ABSTRACT

ADJUTO, Raphael Neiva Praça. **Experience of Men Deprived of Liberty, After Positive Testing for Covid-19**. 2022. 147 p. Thesis (Master's Degree) – Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Brasília, Brasília, 2022.

**Introduction:** the new coronavirus, also called COVID-19 (Coronavirus Disease 2019), is a disease caused by the SARS-CoV2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) virus that emerged in December 2019 in China. This disease spread quickly around the world and was later declared a pandemic in March 2020. During the pandemic period, several protective measures were taken to prevent the spread of the virus, such as the use of masks, hand hygiene, in addition to carrying out of social distancing and isolation. The arrival of the virus in a prison environment worried the health authorities mainly because of the prison context, which makes it difficult to implement the protection measures recommended by the world health agencies. One of the measures to minimize contagion by COVID-19 was the isolation of confirmed cases of the disease, with quarantine compliance. In view of the above, the study had as a guiding question: what were the impacts of social isolation on post-diagnosis of COVID-19 inmates? **Objective:** to know the experiences of men deprived of liberty subjected to post-diagnosis of COVID-19 social isolation. **Method:** exploratory and descriptive research, with a qualitative approach, in a male prison complex in the Federal District. 31 inmates who were in superisolation participated, after testing positive for COVID-19. Data were collected between June and July 2021, using two instruments: socioeconomic questionnaire and semi-structured interview script. The content of the interviews was analyzed using the ALCESTE software. **Results:** the analysis revealed the existence of two significant axes. The first, called “Confronting Superisolation”, was formed by three classes named reorganization of routines (*coping*), meaning of life and death and death of the self. The second, called “Coping with the Disease”, consists of two categories called physical and emotional symptoms of COVID-19 and information for managing COVID-19. The speeches made it possible to identify that physical activities and religious practice used as religious coping were the main ways of coping in the period of over-isolation. The impact on emotions and psychological symptoms were manifested with anxiety, anguish, fear of death and concern about the family's illness. **Conclusion:** the study made it possible to know the ways of coping used by inmates during superisolation, in addition to indicating the importance of carrying out health actions that promote

comprehensive care for people deprived of their liberty in periods of disease outbreaks, as was the case of the pandemic. of COVID-19.

Keywords: COVID-19, COVID-19 Pandemic, Prison, Social Isolation

## RESUMEN

ADJUTO, Raphael Neiva Praça. **Experiencia de Hombres Privados de Libertad, Posterior a Prueba Positiva de Covid-19**. 2022. 147 p. Disertación (Maestría) – Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Brasilia, Brasilia, 2022.

**Introducción:** el nuevo coronavirus, también llamado COVID-19 (Coronavirus Disease 2019), es una enfermedad causada por el virus SARS-CoV2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) que surgió en diciembre de 2019 en China. Esta enfermedad se extendió rápidamente por todo el mundo, y posteriormente fue declarada pandemia en marzo de 2020. Durante el período de pandemia se tomaron varias medidas de protección para evitar la propagación del virus, como el uso de mascarillas, higiene de manos, además de llevar fuera del distanciamiento social y el aislamiento. La llegada del virus a un ambiente carcelario preocupó a las autoridades sanitarias principalmente por el contexto carcelario, que dificulta la implementación de las medidas de protección recomendadas por los organismos mundiales de salud. Una de las medidas para minimizar el contagio por COVID-19 fue el aislamiento de los casos confirmados de la enfermedad, con el cumplimiento de la cuarentena. Ante lo anterior, el estudio tuvo como pregunta orientadora: ¿cuáles fueron los impactos del aislamiento social en los presos post-diagnóstico de COVID-19? **Objetivo:** conocer las vivencias de hombres privados de libertad sometidos a post-diagnóstico de aislamiento social por COVID-19. **Método:** investigación exploratoria y descriptiva, con enfoque cualitativo, en un complejo penitenciario masculino del Distrito Federal. Participaron 31 internos que se encontraban en superaislamiento, luego de dar positivo por COVID-19. Los datos fueron recolectados entre junio y julio de 2021, utilizando dos instrumentos: cuestionario socioeconómico y guión de entrevista semiestructurada. El contenido de las entrevistas se analizó mediante el software ALCESTE. **Resultados:** el análisis reveló la existencia de dos ejes significativos. La primera, denominada “Enfrentamiento al Superaislamiento”, estuvo formada por tres clases denominadas reorganización de rutinas (*coping*), sentido de la vida y muerte y muerte del yo. El segundo, denominado “Afrontamiento de la enfermedad”, consta de dos categorías denominadas síntomas físicos y emocionales del COVID-19 e información para el manejo del COVID-19. Los discursos permitieron identificar que las actividades físicas y la práctica religiosa, utilizadas como *coping religioso*, fueron las principales formas de enfrentamiento en el

período de sobreaislamiento. El impacto en las emociones y los síntomas psicológicos se manifestaron con ansiedad, angustia, miedo a la muerte y preocupación por la enfermedad de la familia. **Conclusión:** el estudio posibilitó conocer los modos de enfrentamiento utilizados por los internos durante el superaislamiento, además de señalar la importancia de realizar acciones de salud que promuevan la atención integral a las personas privadas de libertad en períodos de brotes de enfermedades, como fue el caso de la pandemia del COVID-19.

Palabras clave: COVID-19, Pandemia de COVID-19, Cárcel, Aislamiento social.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa da fazenda Papuda.....	50
Figura 2. Dendograma do corpus das entrevistas organizada em 2 eixos e 5 classes. Brasília, 2022 .....	70

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Faixa etária dentre as PPLs entrevistadas. Brasília, 2022 .....	66
Gráfico 2. Renda familiar dentre as PPLs entrevistadas. Brasília, 2022 .....	67
Gráfico 3. Comorbidades entre as PPLs. Brasília, 2022 .....	69



## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1. Grau de Escolaridade dentre as PPLs entrevistadas. Brasília, 2022.....	67
--	----

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Resumo das principais vacinas em estudo (Adaptado de Distrito Federal, 2020e) .....	36
Quadro 2. Grupos prioritários para a Campanha Nacional de Vacinação contra a COVID-19 (Adaptado de BRASIL, 2021a) .....	38

## LISTA DE SIGLAS

ACTH – hormônio adrenocorticotrófico

ALCESTE – *Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*

CDP I – Centro de Detenção Provisória I

CDP II – Centro de Detenção Provisória II

CEP/FEPECS – Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

CEP/FS/UnB – Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde - UnB

CIR – Centro de Internamento e Reeducação

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COVID-19 – *Coronavirus Disease 2019*

CRE – *Coping Religioso*

DM – Diabetes Mellitus

eAPP – Equipes de Saúde de Atenção Primárias Prisional

EPI – Equipamentos de Proteção Individual

EpiSUS – Epidemiologia de Campo Aplicada aos Serviços do SUS

ESF – Estratégia de Saúde da Família

Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HCoV-HKU1 – Coronavírus Humano HKU1

HCoV-OC43 – Coronavírus Humano OC43

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IgA – Imunoglobulina A

IgG – Imunoglobulina G

IgM – Imunoglobulina M

IL-6 – Interleucina 6

ILP – Instituições de Longa Permanência

INF –  $\gamma$ : citocina Interferon Gama

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

LEP – Lei de Execuções Penais

MERS-CoV – *Middle Eastern Respiratory Syndrome Coronavirus*

mRNA – RNA mensageiro

MS – Ministério da Saúde  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
PCR – Proteína C Reativa  
PDF I – Penitenciária do Distrito Federal I  
PDF II – Penitenciária do Distrito Federal II  
PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional  
PNSSP – Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário  
PPL – Pessoa Privada de Liberdade  
RT-PCR – Transcrição Reversa Seguida de Reação em Cadeia da Polimerase  
SARS-CoV – *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus*  
SARS-CoV2 – *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*  
SARS-HCoV – *Severe Acute Respiratory Syndrome Human Coronavírus*  
SEAPE – Secretaria de Estado de Administração Penitenciária  
SES/DF – Secretaria de Saúde do Distrito Federal  
SG – Síndrome Gripal  
SRAG – Síndrome Respiratória Aguda Grave  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TC – Tomografia Computadorizada  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UCE – Unidades de Contexto Elementares  
VEP/DF – Vara de Execuções Penais do Distrito Federal

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>23</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>24</b>
<b>2 CONTEXTUALIZAÇÃO TEMÁTICA E REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>27</b>
2.1 <i>CORONAVIRUS DISEASE</i> 2019 – COVID-19 .....	27
2.1.1 <b>Momento inicial</b> .....	27
2.1.2 <b>Surgimento da vacina</b> .....	33
2.1.3 <b>A Vacinação e seus impactos</b> .....	36
2.2 BREVE HISTÓRICO ACERCA DO SISTEMA PRISIONAL NO MUNDO E BRASIL .....	40
2.2.1 <b>Pandemia de COVID-19 no contexto prisional</b> .....	46
2.2.2 <b>COVID-19 no complexo penitenciário da papuda</b> .....	49
2.2.3 <b>Adoecer e morrer no cárcere implicações para a saúde mental na COVID-19</b>	53
<b>3 MÉTODO</b> .....	<b>59</b>
3.1 PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	59
3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	60
3.3 CENÁRIO DO ESTUDO .....	60
3.4 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS .....	61
3.4.1 <b>Questionário socioeconômico</b> .....	61
3.4.2 <b>Entrevista com roteiro semiestruturado</b> .....	61
3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS .....	61
3.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS .....	63
3.7 GARANTIAS ÉTICAS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	64
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>66</b>
4.1 PERFIL SOCIOECONÔMICO .....	66
4.2 COVID-19 NO CÁRCERE .....	69
4.2.1 <b>Eixo 1 – Enfrentamento do superisolamento</b> .....	71
4.2.1.1 Classe 1 – Reorganização das Rotinas ( <i>Coping</i> ) .....	71
4.2.1.2 Classe 2 – Sentido da Vida e da Morte .....	83
4.2.1.3 Classe 3 – A Morte de Si .....	89
4.2.2 <b>Eixo 2 – Enfrentamento da doença</b> .....	95
4.2.2.1 Classe 4 – Sintomas Físicos e Emocionais da Covid-19 .....	96
4.2.2.2 Classe 5 – Informações para Manejo da Covid-19 .....	100

<b>5 CONCLUSÃO .....</b>	<b>105</b>
<b>6 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>108</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>121</b>
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO .....	122
APÊNDICE B - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO .....	123
<b>ANEXOS .....</b>	<b>124</b>
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	125
ANEXO B – TERMO DE CESSÃO DE USO DE VOZ PARA FINS CIENTÍFICOS E ACADÊMICOS.....	128
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNB .....	130
ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – FEPECS/SES/DF .....	144
ANEXO E – AUTORIZAÇÃO VEP/DF .....	149

## APRESENTAÇÃO

A vida me proporcionou uma mudança drástica em minha rotina, principalmente após o início da pandemia de COVID-19. Anteriormente, estava atuando na docência, principalmente por gostar e por saber da importância do papel que um professor possui na vida do aluno.

Com a COVID-19, voltei para a assistência na Atenção Primária de Saúde e trabalhando na linha de frente durante toda a pandemia, com realização de ações de educação em saúde, avaliações de sintomáticos, realizando testagem para diagnóstico, vacinação contra a doença, entre outras atividades.

Nessa densa rotina que a pandemia nos colocou, passei a observar o temor da morte e do isolamento/quarentena que os pacientes sentiam ao serem diagnosticado com COVID-19. “O que essas pessoas estão vivenciando com essa doença?” – me questionei.

Por essas razões decidi estudar a vivência de homens privados de liberdade após testagem positiva para covid-19. Assim, espero que todas as reflexões que esse estudo suscitou possam auxiliar de alguma forma na discussão de melhorias da assistência de saúde prestada às pessoas privadas de liberdade, principalmente em situações de enfermidades endêmicas e pandêmicas.

## 1 INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, em *Wuhan* na China, ocorreu o primeiro caso diagnosticado de uma nova doença que se disseminou em escala mundial no ano de 2020, o novo coronavírus. O vírus chamado SARS-Cov2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) se alastrou, rapidamente, pelo mundo, colocando a Organização Mundial de Saúde (OMS) em alerta, que a declarou como uma pandemia em março de 2020 (SCHMIDT *et al.*, 2020).

O novo coronavírus é o último de um total de sete subtipos de vírus da família *Coronaviridae*, que recebe esse nome devido ao fato de os vírus se assemelharem, morfológicamente, a uma coroa. Os vírus dessa família causam infecções de trato respiratório e intestinal em humanos e animais (ESTELLITA *et al.*, 2020; CUI; LI; SHI, 2018).

Baseando-se nas características da COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*) e na rápida disseminação que o SAR-CoV2 possui, a OMS apresentou as recomendações aos grupos mais vulneráveis, incluindo as Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) no ambiente prisional. Algumas estimativas foram feitas chegando a prever que um caso de pessoa contaminada com SARS-CoV2 pode contaminar até 10 pessoas (SILVA *et al.*, 2021; CRISPIM *et al.*, 2021).

Com relação às recomendações ao sistema prisional, algumas dessas condutas constituíram a realização de triagem de todas as PPL que adentrarem à instituição penal, à suspensão das visitas de familiares e à realização de quarentena para aqueles casos positivos para a COVID-19 (SILVA *et al.*, 2021).

Devido à falta de convívio social com familiares, ressalta-se que esse distanciamento e isolamento, devido ao risco de transmissão de uma doença, podem ocasionar transtornos psiquiátricos como depressão, transtornos de ansiedade e de estresse agudo, comportamento suicida e abuso de substâncias (LIMA, 2020; FARO *et al.*, 2020).

Especificamente no contexto brasileiro, de maneira geral, as unidades prisionais do país possuem características como superlotação, pouca ventilação e acesso limitado à água e saneamento básico. Essas condições favorecem o surgimento e a proliferação de doenças infectocontagiosas como HIV, hepatites B e C, sífilis, tuberculose, influenza e entre outras doenças respiratórias, como é o caso da COVID-19 (CRISPIM *et al.*, 2021; SILVA *et al.*, 2021).



Em se tratando da admissão de um indivíduo em uma unidade prisional, esse acontecimento abala sua saúde, gerando uma vulnerabilidade à infecção, levando ao agravamento de doenças, principalmente no caso da COVID-19 entre outras doenças infecciosas (SILVA et al., 2021).

Essa mudança de ambiente sofrida por quem é admitido em um presídio com as rotinas do encarceramento, a quebra de relacionamentos afetivos e o isolamento social são situações que podem gerar sintomas e quadros de ansiedade nas pessoas privadas de liberdade (SANTOS *et al.*, 2019; MARIA; COSTA, 2020).

Com relação a isso, Fernandes *et al.* (2018) corroboram dizendo que situações estressoras potencializam e contribuem para o adoecimento psíquico, levando a uma sobrecarga emocional que dificulta o enfrentamento das situações de estresse que a pessoa vivencia, o que pode ocasionar o surgimento de sintomas depressivos e crises de ansiedade.

Nesse sentido, em situações que proporcionem altos níveis de estresse, as pessoas têm a tendência de usar a religiosidade e/ou a espiritualidade como estratégias de enfrentamento de momentos difíceis, as quais auxiliam a busca por sentido para a vida nesses períodos, principalmente na medida que procuram entender as questões sobre a finitude humana (VIEIRA; AQUINO, 2016).

Conseqüentemente, é importante conhecer as vivências de pessoas privadas de liberdade frente à pandemia de COVID-19 por se tratar de uma experiência recente com grande potencial letal e tendência de crescimento de número de casos diagnosticados. Devido às características do ambiente prisional não favorecerem a realização das medidas preventivas preconizadas, fez-se necessário conhecer os sentimentos, crenças, valores, perspectivas de vida presente e futura de pessoas privadas de liberdade, a fim de reduzir as iniquidades, favorecer o planejamento e melhoria da assistência de saúde prestada no contexto prisional.

Assim, o estudo visa responder à seguinte questão de pesquisa: quais foram os impactos do isolamento social em pessoas privadas de liberdade pós-diagnóstico de COVID-19?

Diante disso, pode-se afirmar que o **objetivo geral** deste estudo é conhecer as vivências de homens privados de liberdade submetidos a isolamento social pós-diagnóstico de COVID-19. Ainda, **especificamente**: 1) aprender o nível de informação sobre a doença, modos de transmissão, prevenção, sequelas e riscos de morrer; 2) conhecer as experiências acerca do diagnóstico, o isolamento social, a finitude; 3) descrever os principais sintomas físicos apresentados.

O presente estudo estrutura-se em quatro partes, organizadas das seguintes formas:

### **Parte I – Referencial Teórico**

**Coronavirus Disease 2019 – COVID-19:** ocupa-se em descrever as características da COVID-19 como sinais e sintomas, formas de diagnósticos, medidas protetivas e surgimento das vacinas e seu cronograma de aplicação.

**Sistema Prisional:** concentra-se no histórico do surgimento do sistema prisional mundial e brasileiro, além de abordar as medidas adotadas durante o enfrentamento da COVID-19 dentro do Complexo Penitenciário da Papuda.

**Adoecimento e Saúde Mental na Covid-19:** apresenta os impactos que a COVID-19 tem gerado nas pessoas que são diagnosticadas pela doença, dando ênfase nas repercussões no âmbito da saúde mental, além da prática religiosa como enfrentamento da doença e situações difíceis.

### **Parte II – o Método**

Discute-se a abordagem metodológica que permitiu conhecer as vivências de homens privados de liberdade do Complexo Penitenciário da Papuda, submetidos a isolamento social pós-diagnóstico de COVID-19.

### **Parte II – Resultados e Discussão**

Apresentam-se, de forma detalhada, os resultados encontrados, explicitando as percepções das PPLs participantes da pesquisa sobre o objeto de estudo.

### **Parte IV – Conclusão**

As reflexões apresentadas apontam as respostas aos objetivos do estudo.

## 2 CONTEXTUALIZAÇÃO TEMÁTICA E REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 CORONAVIRUS DISEASE 2019 – COVID-19

#### 2.1.1 Momento inicial

O SARS-CoV2 é um vírus pertencente à ordem *Nidovirales* e à família *Coronaviridae* que, por sua vez, possui duas subfamílias: *Coronavirinae* e *Torovirinae*. Em relação à subfamília *Coronavirinae*, ela é subdividida em quatro gêneros: *Alphacoronavirus*, *Betacoronavirus*, *Gammacoronavirus* e *Deltacoronavirus* (HARAPAN *et al.*, 2020).

O gênero *Betacoronavirus* possui alguns vírus considerados infecciosos aos seres humanos, como é o caso do Coronavírus Humano OC43 (*HCoV-OC43*), *Severe Acute Respiratory Syndrome Human Coronavírus* (SARS-HCoV), Coronavírus Humano HKU1 (*HCoV-HKU1*) e *Middle Eastern Respiratory Syndrome Coronavírus* (MERS-CoV). O SARS-CoV2 é considerado um novo vírus infeccioso a seres humanos que faz parte do gênero *Betacoronavirus* (HARAPAN *et al.*, 2020; HE *et al.*, 2020).

Algumas pesquisas indicam que o vírus pode ter sido transmitido para o homem pelo morcego, sendo este o hospedeiro original. Porém, estudos mais robustos precisam ser realizados para elucidar essa questão, pois há alguns motivos para não considerar o morcego o responsável pela primeira transmissão direta para o ser humano. Um dos motivos discutidos é que os vírus SARS-CoV e MERS-CoV, que podem ter o morcego como hospedeiro, precisam de um hospedeiro intermediário para que a transmissão para o humano ocorra, como é o caso do civeta e do camelo (SINGHAL, 2020; HARAPAN *et al.*, 2020; FU *et al.*, 2020).

Após infectar o ser humano, o vírus da COVID-19 fica depositado nas cavidades nasais em grande quantidade, podendo ser encontrado, também, nas demais partes das vias aéreas. A forma de transmissão a COVID-19 se faz por meio de gotículas que contenham o vírus produzidas durante espirros, tosses e, ao falar por uma pessoa infectada, sintomática ou não. Essas gotículas podem se espalhar por uma área de 1 a 2 metros da pessoa infectada, podendo também se depositarem em superfícies por dias, em condições favoráveis para o vírus (WHO, 2020a; DIAS *et al.*, 2020; SINGHAL, 2020).

O período de incubação do Sars-Cov2 varia, em média, entre 5,2 a 12,5 dias, podendo a carga viral entrar em queda entre o 9º e 14º dia de doença, com exceção dos casos em pacientes críticos (WHO, 2020a; DIAS *et al.*, 2020).

Conforme dados constantes no site da Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2020b), no dia 06 de dezembro de 2020, três países possuíam os maiores números de casos confirmados de Sars-Cov2, respectivamente: Estados Unidos, Índia e Brasil. O número total de casos confirmados pela COVID-19, em todo o mundo, era de 65.870.030, sendo 605.211 de casos novos da doença, contabilizando 1.523.583 de óbitos cumulativos.

Na mesma data, o Brasil tinha registrado 6.533.968 casos confirmados, 46.884 casos novos e 175.964 óbitos.

No mesmo dia 06 de dezembro de 2020, o Distrito Federal contabilizou 233.731 casos confirmados da COVID-19, 7.007 casos ativos da doença e 3.985 óbitos cumulativos. As Regiões Administrativas que apresentaram maiores números de casos confirmados pela doença foram Ceilândia (26.648 casos), Plano Piloto (19.940 casos) e Taguatinga (19.208 casos) (DISTRITO FEDERAL, 2020a).

Transcorridos mais de dois anos do início da pandemia, em 16 de agosto de 2022, a taxa de prevalência em todo o mundo era 591.166.334 casos, sendo 873.398 casos novos e 6.458.196 óbitos cumulativos. Os três países que com as maiores prevalências de COVID-19 continuavam sendo os Estados Unidos, Índia e Brasil, respectivamente. Na mesma data, o Brasil registrou 34.178.240 casos confirmados, sendo 681.557 o total de óbitos cumulativos e 30.109 casos novos da doença (WHO, 2020b).

Com relação ao Distrito Federal, o total de casos confirmados da COVID-19, contabilizados no mesmo período foi de 835.515 casos, sendo 821.119 casos recuperados, 2.571 casos ativos da doença e 11.825 óbitos cumulativos. Com relação às Regiões Administrativas que tinham maior prevalência da COVID-19, o Plano Piloto apresentou o maior número de casos confirmados com 103.290 casos, seguidos de Ceilândia (71.963 casos) e Taguatinga (62.213 casos) (DISTRITO FEDERAL, 2020a).

O *Sars-CoV2* pode infectar a todos os indivíduos, porém os idosos e pessoas com comorbidades, constituem o grupo de risco para desenvolvimento da forma grave da doença — como é o caso dos portadores de diabetes, de cardiopatas, de doenças renais crônicas e pessoas acometidas por câncer e/ou doenças imunossupressoras. Esse grupo, caso diagnosticado pela COVID-19, pode apresentar febre e sintomas respiratórios mais tardiamente do que o restante dos indivíduos, mostrando a necessidade de monitoramento e atenção maior (DIAS *et al.*, 2020; ESTELLITA *et al.*, 2020; WHO, 2020c).

Dentre as medidas preventivas para evitar o contágio do coronavírus, recomendou-se a higienização das mãos com água e sabão ou solução alcoólica a 70%, uso de máscaras de proteção, além de medidas de isolamento e distanciamento social (WHO, 2020a). Essas medidas devem ser adotadas por toda a população independentemente de fazer parte ou não do grupo de risco, uma vez que os que não fazem parte desse grupo podem ser infectados pelo vírus, desenvolver a doença e/ou transmiti-lo para pessoas do grupo de risco, atuando, assim, como um vetor (ESTELLITA *et al.*, 2020; WHO, 2020a).

Os sintomas clássicos da COVID-19 são: dispneia, cansaço, tosse e febre, podendo, em muitos casos, se agravar e levar a quadros de insuficiência respiratória, anosmia, ageusia, cefaleia, dor de garganta, diarreia, náusea e vômitos, falência renal e morte. Há, também, a possibilidade de o indivíduo infectado apresentar-se assintomático, porém com resultado positivo para a doença em testagem diagnóstica (WHO, 2020a; ISER *et al.*, 2020; HE *et al.*, 2020).

À vista disso, a COVID-19 possui as seguintes formas clínicas: assintomática, doença leve a moderada, doença grave e doença crítica. A forma assintomática ocorre quando um indivíduo é infectado, mas não desenvolve sintomas da doença e seu diagnóstico é feito após teste sorológico. A recuperação dos pacientes pode variar conforme a forma clínica da doença: nos casos leves, até duas semanas e, nos casos graves, de três a seis semanas (DIAS *et al.*, 2020a; GRUPO ACIN E IETS, 2020).

A forma leve a moderada da doença, o tipo mais predominante da doença, caracteriza-se por elevada carga viral em vias aéreas superiores logo no início dos sintomas, com alto risco de transmissibilidade nesse período. Há presença de síndrome gripal ou pneumonia leve, não sendo necessário o uso de oxigenoterapia ou internação hospitalar. Essa forma possui baixa letalidade em pessoas jovens e sem comorbidades. Porém, em pessoas que fazem parte do grupo de risco, tem sido observada a chance aumentada de desenvolvimento da forma grave da doença (DIAS *et al.*, 2020a; GRUPO ACIN E IETS, 2020).

A forma grave da doença apresenta-se, inicialmente, com sintomas do quadro leve da doença, porém com piora progressiva do quadro respiratório a partir do 10º dia de início de sintomas e sinais e sintomas como taquidispnéia, hipoxemia (Saturação de Oxigênio <93% em ar ambiente) e presença de febre e/ou infecção respiratória. Nessa forma, há redução ou ausência da carga viral em vias aéreas superiores, indicando que o dano pulmonar ocorre devido a lesões imunopatológicas (DIAS *et al.*, 2020a).

Já na forma crítica, há uma rápida evolução para a falência múltipla de órgãos, com o agravamento da insuficiência respiratória, com a necessidade do paciente ser acoplado à

ventilação mecânica para melhoria do quadro de hipoxemia (síndrome respiratória aguda grave – SRAG) e/ou quadro de choque séptico. A eliminação viral é elevada e persistente, com presença de viremia e reduzida resposta imune do hospedeiro (DIAS *et al.*, 2020a).

A observância das características de cada forma clínica auxilia a realização de diagnóstico adequado de COVID-19 e a implementação de terapêutica adequada para a doença. Dessa forma, o diagnóstico confirmatório de coronavírus pode ocorrer por meio de critério laboratorial e por critério clínico-epidemiológico (DISTRITO FEDERAL, 2020d).

Para confirmação de COVID-19 por critério laboratorial, o paciente deve ser considerado um caso suspeito de síndrome gripal ou síndrome respiratória aguda grave, podendo ser realizado teste de biologia molecular RT-PCR (transcrição reversa seguida de reação em cadeia da polimerase) e o teste imunológico para detecção de anticorpos (DISTRITO FEDERAL, 2020d).

O RT-PCR constitui o método diagnóstico considerado de primeira linha para detecção de vírus Sars-Cov2 devido a sua alta especificidade em torno de 66 a 80%. Ele consiste na coleta de amostra respiratória do trato respiratório superior por meio de swabnasofaríngeo e orofaríngeo. Recomenda-se a coleta, preferencialmente, entre o terceiro e o sétimo dia de início dos sintomas (PASCARELLA *et al.*, 2020; DISTRITO FEDERAL, 2020d).

O teste imunológico é realizado por meio de teste rápido ou sorologia para detecção de anticorpos Imunoglobulina M e G (IgM e IgG) para Sars-Cov2. Os anticorpos IgM e IgG demonstram se houve resposta imunológica após a entrada do Sars-Cov2 no organismo, sendo o IgM um indicativo de doença ativa e o IgG de infecção prévia, sem chances de transmissão (DIAS *et al.*, 2020b). O resultado será considerado positivo quando houver a presença de anticorpos IgM e/ou IgG. Esse teste deve ser realizado após o sétimo dia de início dos sintomas (DISTRITO FEDERAL, 2020d; DIAS *et al.*, 2020b).

Algumas anormalidades em exames laboratoriais podem ser encontradas em pacientes com diagnóstico da COVID-19, como aumento de PCR (proteína C reativa), leucocitose, linfocitopenia e aumento dos níveis de D-dímero e ferritina, devido à presença de aumento dos índices inflamatórios observados em alguns casos. Porém, esses marcadores laboratoriais não possuem especificidade, não podendo ser usados isoladamente para excluir ou confirmar diagnósticos de coronavírus (PASCARELLA *et al.*, 2020; FU *et al.*, 2020).

Alguns estudos sugerem que o SARS-CoV2 afeta linfócitos T, primeiramente, em particular linfócitos T CD4+, o que resulta em linfopenia bem como diminuição da produção de citocina Interferon Gama (INF –  $\gamma$ ). Este com papel para a regulação imunológica e a

resposta inflamatória aguda e crônica, atraindo macrófagos e outras células fagocitárias para o local da inflamação (FU *et al.*, 2020; SILVEIRA *et al.*, 2009).

O diagnóstico por meio de critério clínico-epidemiológico é realizado em indivíduos que possuem sintomas gripais (Síndrome Gripal – SG) ou SRAG, histórico de contato próximo ou domiciliar nos últimos 7 dias antes do início dos sintomas, com um caso confirmado, laboratorialmente, para COVID-19, e para o qual houve impossibilidade de realizar exames específicos para auxílio diagnóstico (DISTRITO FEDERAL, 2020d).

Para auxiliar o diagnóstico da doença, solicita-se, também, tomografia computadorizada (TC) de tórax. Os possíveis achados da tomografia computadorizada de tórax dependem da fase da doença, a contar da data do início dos sintomas, sendo mais comum entre o 3º e o 6º dia e a partir do 7º dia. Alguns achados pulmonares podem durar por mais tempo, podendo chegar ao 26º dia, após o início dos sintomas (DIAS *et al.*, 2020a).

A TC de tórax não é indicada como controle de tratamento, mas sua indicação é especialmente indicada para pacientes hospitalizados, sintomáticos e com quadro de moderado a grave, para que possa auxiliar o descarte de outros diagnósticos diferenciais, além de observar se há a presença de opacidade de vidro-fosco nos pulmões bilateralmente, achados condizentes à pneumonia, derrame pleural e tromboembolia pulmonar (PASCARELLA *et al.*, 2020; DIAS *et al.*, 2020a; FU *et al.*, 2020).

Segundo DINIZ *et al.* (2020), alguns pesquisadores brasileiros conseguiram rastrear as rotas de entrada do SARS-CoV2 no Brasil. A partir desse rastreamento, constataram, até o dia 05 de março de 2020, que, em relação aos casos importados de coronavírus para o Brasil, 54,8% originaram-se de pessoas infectadas na Itália, seguidos de 9,3% da China e 8,3% da França.

Um outro estudo com sequenciamento genético dos vírus de 19 pacientes hospitalizados no Rio de Janeiro, Goiás, São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul identificou que 17 vírus originaram-se na europeia e os outros dois na asiática. Além disso, os resultados apontaram que o vírus já sofreu mutações em território brasileiro, se distanciando do vírus original (DINIZ *et al.*, 2020).

Estudos mais recentes evidenciaram a capacidade de reinfecção do vírus da COVID-19 em seres humanos, após a redução dos níveis de anticorpos IgG, em torno de 90 dias ou mais após a infecção pelo SARS-CoV2. Nesse caso, outra cepa distinta da primeira infecção ocasiona o quadro infeccioso agudo, após paciente passar por período assintomático (DISTRITO FEDERAL, 2020e).

Para confirmar o caso de reinfecção, alguns critérios devem ser seguidos para

conclusão do caso: início dos sintomas em período  $\geq$  a 90 dias da primeira infecção, período assintomático entre os dois episódios, RT-PCR reagente no primeiro e no segundo episódios, realização de sequenciamento genômico evidenciando cepas distintas de SARS-CoV2. Confirma-se o caso suspeito de reinfecção caso preencha os 04 requisitos descritos anteriormente. Considera-se caso provável se o paciente apresentar 1 a 3 desses critérios supramencionados (DISTRITO FEDERAL, 2020e)

Até março de 2022, não havia uma terapia particularmente eficaz contra a COVID-19, sendo realizado o tratamento das complicações ou sintomas com o uso de medicações antibacterianas, ventilação mecânica, profilaxia de tromboembolismo venoso, entre outros fármacos com ação de redução da ação anti-inflamatória e de redução da patologia vascular pulmonar. O uso de medicações com ação antiviral e corticoides possuem nível de evidência científica baixa, não sendo recomendado o seu uso. Com relação ao uso de hidroxicloroquina, estudos mais recentes evidenciaram que essa medicação não é eficaz para o uso na COVID-19, ainda estando ela relacionada a desfechos clínicos sem melhorias e a eventos adversos graves. Dessa forma, ainda há necessidade de muitas pesquisas para obter uma terapia específica para o tratamento da doença (PASCARELLA *et al.*, 2020; FERNANDES, 2020; FALAVIGNA *et al.*, 2020; ARAÚJO *et al.*, 2021).

Desde o início da pandemia, consideraram-se duas estratégias mais viáveis para a redução da transmissibilidade do vírus e da contenção do crescimento do número de casos do coronavírus: a mitigação, que implica a redução da demanda de cuidados de saúde e enfatiza a proteção às pessoas com maior risco, sendo esta uma estratégia considerada mais lenta; e a supressão, medida considerada mais radical, que objetiva a redução do crescimento epidêmico, diminuindo o número de casos com a realização de *lockdown* nas cidades, ou seja, o fechamento de escolas, comércio e fronteiras (DINIZ *et al.*, 2020).

Utilizaram-se outras medidas de prevenção para a COVID-19, como é o caso do isolamento, quarentena e distanciamento social. O isolamento tem como intuito a redução do risco de transmissão de determinado patógeno, sendo realizado por meio da separação de indivíduos doentes/infectados daquelas pessoas não infectadas. A quarentena, por sua vez, refere-se ao período de restrição de movimentação das pessoas, consideradas potencialmente contaminadas, com histórico de exposição a um determinado patógeno, independentemente do surgimento ou não de sintomas da doença, considerando-se período de incubação da doença. Já o distanciamento social implica a redução da transmissão de uma doença, por meio do aumento da distância entre as pessoas, diminuindo as interações em uma comunidade (AQUINO *et al.*, 2020).



Muito se tem relatado sobre a necessidade de manutenção das medidas preventivas, apesar da melhora dos resultados epidemiológicos. Hossain, Hassanzadeganroudsari, Apostolopoulos (2021) e Sarkar et al. (2021) relatam o surgimento de novas variantes do SARS-CoV2 com alta transmissibilidade e virulência, com relação ao vírus inicial.

Atualmente, a OMS utiliza uma nomenclatura específica para as variantes de SARS-CoV2, sendo divididas em variantes de interesse e variantes de preocupação. Consideraram-se as variantes de interesse, até o mês de agosto de 2021, aquelas que apresentaram alguma mutação no fenótipo e causaram transmissão comunitária. Como exemplo dessas variantes, pode-se citar a B.1.427/B.1.429 (surgimento em março de 2021 nos Estados Unidos) e a P.2 (março de 2021 no Brasil) (OPAS, 2021).

As variantes de preocupação possuem características de alto potencial de transmissão e de gerar casos graves da doença, além da redução na eficácia das medidas de saúde, como é o caso da vacinação e outras terapias disponíveis. As variantes de preocupação circulantes no mundo até o mês de agosto de 2021 são a P1 (surgimento em janeiro de 2021 no Brasil), B.1.351 (dezembro de 2020 na África do Sul), B.1.1.7 (dezembro de 2020 no Reino Unido), e a B.1.617.2 (entre abril e maio de 2021 na Índia) (HOSSAIN, HASSANZADEGANROUDSARI E APOSTOLOPOULOS, 2021; SARKAR *et al.*, 2021; OPAS, 2021).

A esperança de contenção do aumento dos casos de COVID-19 e redução do impacto da pandemia está na produção de vacinas contra o SARS-CoV2. Essa esperança se embasa no histórico do impacto da utilização de vacinas em prevenir e reduzir mortes ocasionadas por várias doenças infectocontagiosas (HAYNES *et al.*, 2020).

### **2.1.2 Surgimento da vacina**

No período de desenvolvimento de uma nova vacina, há um processo longo, composto por várias etapas que podem durar de, aproximadamente, 10 a 15 anos. A última vacina desenvolvida de maneira mais rápida foi a de caxumba, que durou em torno de 5 anos. No contexto da pandemia de coronavírus, vários grupos de pesquisa no mundo tiveram o desafio de desenvolver uma vacina eficaz contra a COVID-19 em um prazo de 12 a 24 meses. Um exemplo dessa rapidez refere-se ao curto período de 6 meses entre o primeiro sequenciamento genético do SARS-CoV2 até a primeira fase das pesquisas para desenvolvimento da vacina, o que, geralmente, ocorreu em um prazo de 3 a 9 anos (SHARMA *et al.*, 2020; HEATON, 2020;).

Consoante Sharma *et al.* (2020), para que haja o desenvolvimento de uma vacina, é necessário que um grupo de pesquisadores realize uma pesquisa e que esta passe por algumas etapas, que auxiliarão a demonstração ou não de sua eficácia. As etapas de desenvolvimento de uma vacina constituem: estágio exploratório, estágio de estudo pré-clínico, fase 1 a 3, revisão e aprovação, produção em larga escala e vigilância pós-comercialização.

O estágio exploratório condiz com uma pesquisa básica de laboratório que busca identificar antígenos naturais ou sintéticos que podem ser usados em possíveis vacinas com o intuito de prevenção ou tratamento de doenças. Após esse primeiro estágio, ocorre a realização do estágio de estudo pré-clínico, que envolve cultura de células ou tecidos e ensaios com modelos animais para avaliar a segurança e a capacidade de ativar a resposta imune por meio da possível vacina. Caso os resultados desse estágio pré-clínico mostrem segurança e eficácia em animais, o próximo passo é a realização de ensaios clínicos em humanos em grupos pequenos, com aumento progressivo até grupos maiores, para mensurar a segurança e a eficácia da vacina em desenvolvimento (SHARMA *et al.*, 2020).

Posterior ao estágio de estudo pré-clínico, três fases seguem para a observação da segurança e eficácia da utilização da vacina em desenvolvimento. A primeira fase (Fase I) está relacionada à segurança, quando a vacina é aplicada em humanos, pela primeira vez, em um grupo pequeno de participantes saudáveis e imunocompetentes, para que haja o ajuste de dose segura, a avaliação de resposta imunológica e identificação de presença de efeitos colaterais. A segunda fase (Fase II) se refere à avaliação da segurança expandida da vacina, com observação de efeitos adversos, em que é aplicada em um número de 100 participantes de diferentes grupos demográficos (QUINTELLA *et al.*, 2020).

Realiza-se a Fase II em larga escala, em número de mil participantes, e em diferentes regiões e países para a avaliação da eficácia da vacina, que significa a porcentagem de redução da taxa de incidência de uma doença em grupos de participantes vacinados em comparação com o grupo que não foi vacinado, chamado, também, de placebo. Essa fase, em geral, tem uma duração maior e precede à aprovação da vacina que está sendo desenvolvida (SHARMA *et al.*, 2020; QUINTELLA *et al.*, 2020).

As próximas fases das pesquisas que envolvem a vacina são: revisão e aprovação, e produção em larga escala e vigilância pós-comercialização. A fase de revisão e aprovação refere-se à avaliação dos resultados dos ensaios clínicos para que haja a aprovação ou não da vacina em estudo. Esse processo pode perdurar entre 1 a 2 anos, mas, em casos de pandemias, as vacinas aprovadas podem ser usadas de forma emergencial. A fase de produção em larga escala e vigilância pós-comercialização ocorre após o uso público da vacina e o

monitoramento de sua eficácia geral na população. Mesmo nessa fase, ainda são registrados os efeitos adversos que, porventura, são detectados em decorrência da vacinação (SHARMA *et al.*, 2020).

No cenário brasileiro, após o Ministério da Saúde ter decretado a situação de transmissão comunitária do coronavírus no dia 20 de março de 2020, houve uma antecipação da 22ª campanha de vacinação contra influenza para o dia 23 de março de 2020, com o objetivo de reduzir o surto de gripe comum como uma forma de proteção do sistema de saúde pelo excesso de demanda (DINIZ *et al.*, 2020). Essa demanda foi ocasionada pelo aumento do número de casos de COVID-19 no Brasil, com subsequente crescimento das taxas de ocupação de leitos hospitalares.

Devido ao contexto da pandemia, realizou-se um grande empenho para a elaboração de vacinas contra SARS-CoV2, sendo utilizadas várias metodologias, seguindo os critérios de elaboração de vacina, conforme já descrito. Atualmente, as metodologias utilizadas para a confecção das vacinas são: vírus inativado, vetores não replicantes e RNA mensageiro (mRNA) (DISTRITO FEDERAL, 2020e; SERPA *et al.*, 2021).

As vacinas de vírus inativado são consideradas uma abordagem mais tradicional em relação à elaboração de uma vacina, e são produzidas pelo cultivo do SARS-CoV2 em células, com posterior inativação química do vírus e ligação a um adjuvante (hidróxido de alumínio) com o objetivo de estimular a resposta imune. Ela possui algumas vantagens como a simples conservação e a presença de várias proteínas virais que auxiliam o reconhecimento do sistema imune e o desenvolvimento da resposta imunológica (DISTRITO FEDERAL, 2020e; SERPA *et al.*, 2021).

As vacinas de vetores não replicantes utilizam, como vetor, um vírus projetado para não se replicar *in vivo*, como é o caso do adenovírus. Esse vetor expressa a proteína escolhida, proteína S no caso do SARS-CoV2, para a produção da resposta imune. Esse tipo de metodologia apresenta como desvantagens a imunidade adquirida ao vetor, reduzindo a eficácia da vacina. Já as vacinas de mRNA possuem uma técnica nova de elaboração de vacina, em que o mRNA do vírus administrado pela vacina permanece no citoplasma da célula e é traduzido em proteínas virais, que, por sua vez, estimulam a produção de resposta imune. A vantagem é a sua produção *in vitro*, e a desvantagem é o armazenamento das vacinas deve ser realizado em temperaturas extremamente frias (em torno de -80°C) (DISTRITO FEDERAL, 2020e; SERPA *et al.*, 2021).

No Quadro 1, descrevem-se as principais vacinas em estudo em nível mundial com seus respectivos resultados oriundos das pesquisas iniciadas no ano de 2020.

QUADRO 1. Resumo das principais vacinas em estudo (Adaptado de Distrito Federal, 2020e)

<b>Vacina</b>	<b>Laboratório</b>	<b>Metodologia usada</b>	<b>Resultados</b>
CoronaVac	Sinovac	Vírus Inativado	Eficácia global de 50,39% e 77,96% de eficácia para casos graves da doença.
BIBP-CorV	Sinopharm	Vírus inativado	Desenvolvimento de anticorpos, após a segunda dose. Aguarda resultado de eficácia.
BNT162b2	Pfizer/BioNTech	mRNA	Eficácia de 95% após 7º dias de segunda dose.
mRNA1273	Moderna/NIAID	mRNA	Eficácia de 94,1% a partir de 02 semanas após a segunda dose.
ChAdOx1 nCoV-19	University of Oxford/AstraZeneca	Vetor não replicante	Eficácia de 70,4% a partir de 14 dias, após a segunda dose.
Sputnik V	Gamaleya Institute	Vetor não replicante	Eficácia de 91,4%.
Ad26.COV2.S	Janssen	Vetor não replicante	Desenvolvimento de altas taxas de anticorpos neutralizantes. Aguarda resultado de eficácia.

Fonte: Distrito Federal, 2020e

### 2.1.3 A Vacinação e seus impactos

Desde o início da pandemia, a transmissão e a mortalidade causada pelo vírus SARS-CoV2 têm sofrido redução gradativa em todos os países que implementaram medidas de prevenção de contágio para a COVID-19 como distanciamento social, uso de máscara de proteção, higienização das mãos, testagem de casos suspeitos de infecção pelo vírus, além das políticas públicas de restrição de movimentação pelas cidades (MATHIEU *et al.*, 2021).

Com o rápido desenvolvimento das vacinas e sua autorização para aplicação em seres humanos, os governos em geral estão se voltando para a vacinação como a solução primordial

para a pandemia (MATHIEU *et al.*, 2021).

Devido à baixa disponibilidade das vacinas no mercado mundial, houve necessidade de criação de um esquema de vacinação contra a COVID-19 em plano mundial e em nível nacional, tendo como prioridade a manutenção do funcionamento dos serviços de saúde; a proteção de pessoas com maior risco de surgimento de formas graves da doença; proteção de pessoas vulneráveis à doença; e a manutenção das atividades essenciais (BRASIL,2021a).

Durante o ano de 2021, houve uma mobilização dos países para a implementação de esquema de vacinação contra COVID-19 conforme suas especificidades e de acordo com o quantitativo de doses que foram adquiridas. Até o dia 15 de agosto de 2022, aplicou-se um total de 12 bilhões de doses. Até essa data, mais de 4 bilhões de pessoas estavam totalmente vacinadas, totalizando 63% da população mundial. Nessa mesma data, o país que registrou o maior número de doses aplicadas foi a China, com 3,4 bilhões de doses, seguido pela Índia (2 bilhões), Estados Unidos (606 milhões), Brasil (467 milhões) e Indonésia (430 milhões). Com relação ao percentual de população totalmente vacinada, o país com o maior percentual era Emirados Árabes (99%), seguido por Brunei (98,6%), Malta (95,3%), Camboja (94,4%) e Chile (92,3%). O Brasil possuía o percentual de 81% de população totalmente vacinada (OUR WORLD DATA, 2022).

A diferença existente entre os programas de vacinação de cada país do mundo relacionou-se a alguns fatores como o início da vacinação, as taxas de vacinação ao longo do tempo, além das estratégias de priorização diferentes entre os países. Dessa maneira, observou-se uma maior necessidade de adequação estratégica para a criação de programas vacinais em países maiores e com maior número de habitantes, como é o caso do Brasil (MATHIEU *et al.*, 2021).

Conforme o Ministério da Saúde, o programa de vacinação contra COVID-19 no Brasil se iniciou no dia 19 de janeiro de 2021, com a distribuição de 6 milhões de doses da vacina CoronaVac para todos os estados e o Distrito Federal (CRISTALDO; BRANDÃO, 2021).

Identificaram-se 28 grupos para serem vacinados, conforme prioridades elencadas (quadro 2). Inicialmente, vacinaram-se as pessoas que fizeram parte da chamada fase I: profissionais de saúde, população indígena, pessoas institucionalizadas com deficiência e pessoas institucionalizadas (residentes em instituições de longa permanência – ILP) com idade igual ou superior a 60 anos de idade (BRASIL,2021a; CRISTALDO; BRANDÃO, 2021).

QUADRO 2. Grupos prioritários para a Campanha Nacional de Vacinação contra a COVID-19 (Adaptado de BRASIL, 2021a)

<b>Grupos</b>	<b>Grupos prioritários</b>
1	Pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas
2	Pessoas com deficiência institucionalizadas
3	Povos indígenas vivendo em terras indígenas
4	Trabalhadores de saúde
5	Pessoas de 90 anos ou mais
6	Pessoas de 85 a 89 anos
7	Pessoas de 80 a 84 anos
8	Pessoas de 75 a 79 anos
9	Povos e comunidades tradicionais ribeirinhas
10	Povos e comunidades tradicionais quilombolas
11	Pessoas de 70 a 74 anos
12	Pessoas de 65 a 69 anos
13	Pessoas de 60 a 64 anos
14	Pessoas com comorbidades e gestantes e puérperas com comorbidades; pessoas com deficiência permanente cadastradas no BPC; Gestantes e Puérperas
15	Pessoas com deficiência permanente (18 a 59 anos) sem cadastro no BPC
16	Pessoas em situação de rua (18 a 59 anos)
17	Funcionários do sistema de privação de liberdade e população privada de liberdade
18	Trabalhadores da Educação do Ensino Básico (creche, pré-escolas, Ensino Fundamental, Ensino Médio, Profissionalizantes e EJA)
19	Trabalhadores da Educação do Ensino Superior
20	Forças de Segurança e Salvamento e Forças Armadas
21	Trabalhadores de transporte coletivo rodoviário de passageiros
22	Trabalhadores de transporte Metroviário e ferroviário
23	Trabalhadores de transporte aéreo
24	Trabalhadores de transporte de aquaviário
25	Caminhoneiros

26	Trabalhadores portuários
27	Trabalhadores industriais
28	Trabalhadores da limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos

Fonte: BRASIL, 2021a

Com o intuito de ampliar o programa vacinal, no dia 23 de janeiro de 2021, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) liberou a distribuição para todo o território nacional da vacina ChAdOx1 nCoV-19, produzida pela parceria entre a Universidade de Oxford e o laboratório AstraZeneca (BRASIL, 2021b).

Durante alguns meses no Brasil, somente as vacinas CoronaVac, do laboratório Butantan, e a vacina do laboratório AstraZeneca foram aplicadas à população. Porém, no dia 29 de abril de 2021, chegou o primeiro lote de 1 milhão de doses da vacina contra a COVID-19 do laboratório Pfizer-BioNTech, em que foram distribuídas, proporcionalmente, entre os entes da federação (OLIVEIRA, 2021).

No dia 22 de junho de 2021, chegou ao Brasil o primeiro lote de 1,5 milhão de doses da vacina da Janssen, fabricada pelo laboratório *Johnson & Johnson*. Naquela época, essa vacina ainda era administrada como dose única, sendo uma vantagem que auxiliou no andamento do programa de vacinação nacional (ALBUQUERQUE, 2021).

No mês de agosto de 2021, iniciou-se a vacinação, em todo o território nacional, de pessoas com 18 anos e adolescentes, sendo a faixa etária de 17 anos a primeira a ser contemplada. Porém, até o dia 18 de agosto do mesmo ano, menos da metade da população brasileira estava com o esquema vacinal completo (31,9%) (DISTRITO FEDERAL, 2021b).

Para garantir a igualdade no envio das vacinas, o Ministério da Saúde fez um levantamento de dados para formulação de estratégia na distribuição das doses. Utilizaram-se dois critérios nesse levantamento: quantitativo de primeiras doses já enviadas para cada estado desde o início da vacinação e a estimativa de pessoas acima de 18 anos em cada Unidade da Federação. Dessa maneira, estimou-se a cobertura vacinal de cada estado, baseada no envio das doses a serem aplicadas (DISTRITO FEDERAL, 2021b).

Dessa maneira, com o passar dos meses, a vacinação contra COVID-19 abrangeu outros grupos prioritários. Cada estado brasileiro iniciou a vacinação em massa desses grupos com base nas diretrizes do Ministério da Saúde, à medida que mais doses de vacinas chegaram ao Brasil, e conforme o cronograma de vacinação criado pelas secretarias de saúde estaduais.

Com relação à vacinação das Pessoas Privadas de Liberdade (PPL), vacinaram-se alguns detentos contra a COVID-19, seguindo orientações de vacinação dos grupos prioritários iniciais, especialmente aqueles acima de 60 anos.

Frente ao contexto pandêmico e à necessidade de assegurar os direitos humanos de todos, bem como considerando que, desde o seu surgimento, o sistema penitenciário brasileiro apresenta ambientes precários, as comissões que avaliavam as situações dos presídios brasileiros manifestaram uma grande preocupação com os níveis de infecção nas penitenciárias, sobretudo dos detentos que fazem parte do grupo de risco da doença (GUARALDO *et al.*, 2017; CONECTAS, 2020). Nessa perspectiva, em meados do mês de julho de 2021, o Ministério da Saúde autorizou a vacinação de toda população carcerária; 81% dos custodiados do Rio de Janeiro tinham recebido a primeira dose da vacina contra a COVID-19 (BRASIL, 2021c; DISTRITO FEDERAL, 2021a).

## 2.2 BREVE HISTÓRICO ACERCA DO SISTEMA PRISIONAL NO MUNDO E BRASIL

De acordo com historiadores, a origem do sistema prisional data da antiguidade clássica (Grécia e Roma), quando a ideia de punição (ou pena) começou a ser fundamentada por filósofos como Platão e Aristóteles, na Grécia antiga. Platão, em *Georgias*, definiu a pena como um castigo em decorrência do mal cometido, tendo ela um caráter mais expiatório. Para Aristóteles, em *Política*, a pena era intimidatória, pois o castigo gerado servia tanto para intimidar o réu a não cometer novos delitos quanto servir de exemplo para a sociedade (BATISTELA; AMARAL, 2009; OLIVEIRA; DAMAS, 2016).

Embora historicamente a origem do sistema prisional tenha se dado na Grécia antiga, correspondente à idade clássica, há registros de que já existia um conjunto de leis chamado de *Código de Hamurabi*, conhecido como a legislação mais antiga que se tem notícia. Esse código foi criado pelo rei Hamurabi, na Babilônia, aproximadamente, no ano de 1722 a.C., sendo considerada como a origem do Direito (OLIVEIRA; DAMAS, 2016).

O direito não possui uma definição concisa devido às suas várias áreas de atuação, como é o caso do direito penal. Porém, de maneira simplificada, pode-se considerar que o direito é a “família geral” de regras de comportamento que regem a sociedade. Essas regras, chamadas de leis, comandos e ordens produzem uma forma-padrão a ser seguida, um tipo geral de conduta que se aplica às pessoas, e se espera que elas acatem (HART, 1994).



Nos primórdios do direito penal romano, há registros de que possuía um caráter religioso, que mais tarde desmembrou o jurídico do sacral, principalmente com a separação entre a religião e o Estado, com a implantação da República (BATISTELA; AMARAL, 2009; OLIVEIRA; DAMAS, 2016).

As principais punições realizadas tanto na Grécia quanto em Roma foram a escravidão, a tortura e o cárcere. As civilizações greco-romanas já possuíam um modelo prisional para encarceramento de pessoas que tinham cometido algum delito, as chamadas masmorras, com função punitiva e de restrição física. Ressalta-se que as condições eram extremamente precárias. A primeira instituição penal construída no mundo foi o Hospício de San Michel, em Roma (MACHADO; SOUZA; SOUZA, 2013; OLIVEIRA; DAMAS, 2016; IMMICH; PEREIRA, 2016; GUARALDO *et al.*, 2017).

Com o passar dos séculos, mais precisamente no período medieval, as penas retornaram a ter conotação religiosas e a Igreja desempenhou um grande papel em relação à aplicação delas; as penas tinham caráter de vingança e de castigo espiritual, auxiliando a purificação da pessoa que cometeram algum crime. Um ponto a ser lembrado nesse período é a ação da Inquisição como instrumento de investigação, julgamento e condenação de pessoas ditas contrárias ao ideário da Igreja Católica, consideradas hereges. Como punição, torturaram-se muitos culpados ou condenados à fogueira (MACHADO; SOUZA; SOUZA, 2013; OLIVEIRA; DAMAS, 2016; GUARALDO *et al.*, 2017).

Durante a Idade Moderna, a situação de pobreza de grande parte da população europeia gerou certa insegurança nas demais classes, pois as penas usadas durante a Idade Média, a exemplo da pena de morte, não se mostraram mais eficazes para punir o criminoso, tampouco para intimidar o restante da população a não realizar tais atos criminosos (BATISTELA; AMARAL, 2009).

Sendo assim, na segunda metade do século XVI, surgiu a ideia de penas privativas de liberdade, com criação de prisões com caráter corretivo por exaustão dos indivíduos condenados. Dessa maneira, entre o ano de 1550 e 1552, criou-se, na Inglaterra, a primeira penitenciária com essa abordagem, chamada de *House of Correction*, que tinha o objetivo de reeducar, por meio da disciplina e trabalho severo, os indivíduos condenados. A partir do bom resultado obtido na *House of Correction*, nos anos subsequentes, criaram-se outras penitenciárias, dando origem ao denominado sistema penitenciário (BATISTELA; AMARAL, 2009; MACHADO; SOUZA; SOUZA, 2013; OLIVEIRA; DAMAS, 2016; GUARALDO *et al.*, 2017).

No contexto brasileiro, o surgimento do sistema prisional teve início no ano de 1769, antes da Independência do Brasil em 1822, quando a Carta Régia do Brasil determinou a criação da primeira prisão brasileira, a Casa de Correção do Rio de Janeiro. Como o território brasileiro ainda era uma colônia portuguesa, não havia sido criado um Código Penal condizente com suas realidades, sendo empregadas as penas conforme as Ordenações Filipinas, que era o regime jurídico usado em Portugal e na citada colônia. (BRASIL, 1870; MACHADO; SOUZA; SOUZA, 2013; IMMICH; PEREIRA, 2016).

Após a Independência do Brasil, a Constituição de 1824 determinou que todas as cadeias fossem adaptadas para que as PPLs pudessem trabalhar durante o período de reclusão e as prisões fizessem a separação dos apenados por tipo de crime e penas que cometeram (IMMICH; PEREIRA, 2016).

Alguns anos mais tarde, em 1830, criou-se o primeiro Código Penal do Brasil Império que estabelecia três tipos de crimes: os públicos, relacionados à ordem política imperial; os crimes particulares, atos realizados contra um cidadão ou sua propriedade; e os policiais, referente aos bons costumes da sociedade, podendo citar como crimes policiais a capoeira e o uso indevido de imprensa, entendido como criar oficina de impressão sem registro na cidade, sem nomear um responsável pelas impressões. As penas que esse código penal preconizava eram a prisão perpétua ou temporária, podendo ou não ter trabalhos forçados, banimento ou a condenação à morte (BATISTELA; AMARAL, 2009).

Após a Proclamação da República no Brasil, houve o advento do Código Penal de 1890, que originou a ideia de punir o infrator, além de novas modalidades de prisão, como é o caso das penas restritivas de liberdade individual, com duração de no máximo 30 anos; prisão em celas, prisão com trabalho obrigatório e prisão domiciliar. As penas perpétuas ou coletivas deixaram de existir (MACHADO; SOUZA; SOUZA, 2013; IMMICH; PEREIRA, 2016).

Segundo Machado; Souza; Souza (2013), a fim de exercer maior controle da população carcerária, no início do século XX, realizaram-se algumas mudanças em relação à legitimidade da prisão, levando ao surgimento de tipos de prisões relativas à categoria criminal do infrator: contraventores, menores de idade, processados, loucos e mulheres. Porém, houve algumas alterações nas leis e no sistema prisional com a criação do Código Penal de 1940 e com a reforma do Código Penal em 1984, que reformulou as punições em penas comuns (privativas de liberdade), as alternativas (restritivas de direitos) e a multa.

Desde as reformulações realizadas no Código Penal em 1984, o sistema penitenciário brasileiro adotou o sistema de progressão. Esse sistema faz com que o detento progrida de

regime à medida que preencha certos requisitos objetivos e subjetivos que a Lei de Execução Penal exige. Dessa maneira, a rigorosidade da pena vai sendo reduzida em relação ao regime que a PPL se encontra, sugerindo, assim, que ele está se tornando apto à sua reintegração à sociedade (SALES, 2021).

Ressalta-se, que, desde o seu surgimento, o sistema penitenciário brasileiro apresentou ambientes precários, fato que sempre foi pauta para debates de comissões que avaliaram as situações dos presídios brasileiros, inclusive, na atualidade (GUARALDO *et al.*, 2017).

As principais características das instituições prisionais brasileiras são a superlotação, a baixa escolaridade e a estrutura insalubre das celas. A superlotação dos presídios impacta, diretamente, as condições estruturais dos presídios e o cumprimento dos direitos que as pessoas privadas de liberdade possuem. Além disso, o aumento do número de pessoas em cárcere inviabiliza a realização do processo de ressocialização, pois esse processo articula-se às condições de vida que a PPL possui dentro de sua cela (BRASIL, 2014; FREITAS *et al.*, 2016; VARELLA, 2015; OLIVEIRA; DAMAS, 2016).

A insalubridade das celas ocasionada pelo saneamento básico precário ou inexistente juntamente à falta de higiene dos detentos e problemas estruturais (como pouca ventilação e iluminação dos ambientes) constituem fatores que influenciam a saúde das pessoas privadas de liberdade, principalmente em virtude de serem características que contribuem para o surgimento e a disseminação de algumas doenças infectocontagiosas como tuberculose, hanseníase, pneumonia, hepatites, infecções sexualmente transmissíveis (IST), prejudicando, também, o tratamento dessas patologias (BRASIL, 2014; VARELLA, 2015; FREITAS *et al.*, 2016; OLIVEIRA; DAMAS, 2016).

A baixa escolaridade da maior parte das PPLs, também, impacta o ambiente prisional, em decorrência do não conhecimento de informações básicas relacionadas às formas de transmissão ou prevenção de doenças infectocontagiosas (FREITAS *et al.*, 2016; OLIVEIRA; DAMAS, 2016).

Quando uma pessoa passa a condição de privada de liberdade, ela perde a autonomia para realizar algumas ações e, quanto menos autônoma é essa pessoa, maior o prejuízo que ela sofre em relação aos acessos de todos os tipos de serviços, inclusive da saúde. Dessa forma, na busca de suprir as necessidades e proporcionar o cumprimento dos direitos dentro dos presídios, elaborou-se a Lei de Execuções Penais (LEP) – Lei n.º 7.210/84 que assegura a toda pessoa privada de liberdade a alimentação, vestuário, instalações higiênicas, atendimento em saúde, preservação dos direitos independentes da privação de liberdade,

assistência jurídica e educacional, além de outras regulamentações (SOUZA; PASSOS, 2008; RIBEIRO; OLIVEIRA, 2015; OLIVEIRA; DAMAS, 2016).

A respeito da importância da saúde das pessoas privadas de liberdade em todo o sistema prisional, fez-se necessário elaborar uma portaria interministerial (N.º 1.777/03) que preconizasse a presença de unidades de saúde com equipe multidisciplinar dentro dos presídios. A portaria em questão foi executada entre os Ministérios da Justiça e da Saúde, que instituíram o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), uma forma de incluir a população carcerária no Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando, assim, a cidadania e os direitos humanos às PPLs (SOUZA; PASSOS, 2008; OLIVEIRA; DAMAS, 2016).

Com o passar dos anos e o crescente número de pessoas privadas de liberdade dentro dos presídios, houve a necessidade de criação de uma política pública que concretizasse o que foi preconizado pelo PNSSP, incluindo, definitivamente, as PPL no SUS. Sendo assim, no ano de 2014, instituiu-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) por meio da Portaria Interministerial n.º 1/2014, sendo a PNAISP operacionalizada pela Portaria n.º 2.298//2021 do Ministério da Saúde (SILVA, 2016; OLIVEIRA; DAMAS, 2016; BRASIL, 2021d).

A PNAISP, pretende oferecer ações que promovam a saúde e proporcionem a prevenção de agravos em saúde dentro do sistema prisional para as PPL em todo o percurso carcerário, desde sua reclusão até o cumprimento de pena. Observa-se que os agravos em saúde, encontrados no ambiente prisional, são os mesmos presentes na população em geral, porém, devido às precárias condições dentro dos presídios e à superlotação, os agravos no contexto do cárcere são potencializados. Como agravante, sabe-se, que o detento está impossibilitado de procurar atendimento de saúde fora do âmbito prisional por meios próprios, devido ao contexto de privação de liberdade (BRASIL, 2014; LAGE, 2020).

Para implementação das ações de saúde dentro dos presídios, são necessárias Equipes de Saúde de Atenção Primárias Prisional (eAPP) que têm como função a organização da saúde intramuro e extramuro; esta atua quando se faz necessário algum atendimento com complexidade maior, como é o caso de atendimento hospitalar. As eAPP são compostas por equipes multiprofissionais que realizam suas atividades dentro de unidades prisionais ou nas unidades básicas de saúde vinculadas ao presídio, com o objetivo de prestar atenção integral à saúde das PPL (BRASIL, 2014; BRASIL, 2020).

As eAPPs podem ser classificadas em cinco tipos, de acordo com a composição mínima da equipe, com a sua população de abrangência e se há demanda referente à saúde

mental: eAPP, eAPP essencial, eAPP Ampliada, Equipe Complementar Psicossocial de Atenção Primária Prisional e Profissional complementar de saúde bucal da equipe de Atenção Primária Prisional Essencial ou Ampliada. A eAPP é estruturada da mesma forma que as equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), constituída por 5 profissionais (enfermeiro, médico, técnico ou auxiliar de enfermagem, cirurgião-dentista e técnico ou auxiliar de saúde bucal) e com carga horária compartilhada com equipe de ESF e equipe de saúde bucal do território. Já a eAPP essencial conta com a composição mínima de um enfermeiro, um médico, um cirurgião dentista e um técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem (BRASIL, 2021d).

Com relação à eAPP ampliada, a composição mínima é de um total de cinco profissionais, sendo quatro destes das mesmas categorias profissionais da Estratégias Saúde da Família, com acréscimo de um profissional das seguintes ocupações: psicólogo, um assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, médico ou enfermeiro (BRASIL, 2021d).

Sobre a Equipe Complementar Psicossocial de Atenção Primária Prisional, ela possui composição mínima de quatro profissionais, sendo um psiquiatra ou médico com experiência em Saúde Mental, um enfermeiro, além de três profissionais selecionados das categorias que seguem: psicólogo e assistente social. O profissional complementar de saúde bucal da equipe de Atenção Primária Prisional Essencial ou Ampliada é um técnico em saúde bucal ou auxiliar em saúde bucal que pode fazer parte de maneira complementar em uma eAPP Essencial ou Ampliada (BRASIL, 2021d).

Para facilitar a assistência prestada às pessoas privadas de liberdade, as equipes de saúde utilizam protocolos assistenciais elaborados com o intuito de ampliar o vínculo entre os usuários e os profissionais de saúde da unidade. Todas as equipes de saúde, em âmbito prisional, desenvolvem ações específicas da atenção básica, sendo consideradas prioritárias o diagnóstico e tratamento de doenças e agravos como: hipertensão arterial sistêmica, diabetes, hanseníase, tuberculose e IST/AIDS (BARBOSA *et al.*, 2014; OLIVEIRA; DAMAS, 2016).

Para a abordagem dos casos de diabetes e hipertensão arterial sistêmica, o desenvolvimento de ações de promoção e assistência à saúde são de suma importância para o acompanhamento das PPLs acometidas por essas patologias, consideradas as mais prevalentes dentro do sistema penitenciário. Nos casos de IST/AIDS e doenças endêmicas, como tuberculose e hanseníase, é necessária a realização de busca ativa de casos para

realização de diagnóstico precoce, notificação compulsória, tratamento supervisionado e investigação de comunicantes (BARBOSA *et al.*, 2014).

Durante o período de pandemia da COVID-19, as equipes de saúde, em âmbito prisional, além das demandas já descritas, precisaram manejar uma nova situação, ou seja, o desconhecimento acerca de sintomas entre os detentos infectados com o vírus SARS-CoV2. Para contornar essa nova demanda, criaram-se alguns protocolos e ações de saúde foram, necessariamente, para que os profissionais de saúde pudessem proporcionar a assistência adequada, de acordo com a gravidade da nova doença.

### **2.2.1 Pandemia de COVID-19 no contexto prisional**

Conforme descrito, o sistema prisional brasileiro enfrenta problemas já amplamente conhecidos, a exemplo da superlotação, lugubridade, precariedade da estrutura física, marginalização social, baixo nível econômico, entre outros, o que favorece a disseminação de doenças infectocontagiosas e o aumento do risco de adoecimento dentro do presídio (GUIMARÃES *et al.*, 2017; GOIS *et al.*, 2012).

A superlotação dos presídios é um outro fator que deve ser levado em consideração, pois contribui para que as PPL fiquem prejudicadas quanto à possibilidade de realização do distanciamento social, medida de prevenção contra a COVID-19, resultando em um alto risco de transmissão do SARS-CoV2 (WHO, 2020a; OLIVEIRA; DAMAS, 2016).

Na atualidade, o sistema prisional brasileiro possui uma das maiores populações carcerárias do mundo (GUARALDO *et al.*, 2017). Conforme dados do Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional (SISDEPEN), em dezembro de 2021, o Brasil tinha 826.780 detentos, sendo um total de 670.714 pessoas privadas de liberdade (PPL) dentro dos presídios sem monitoramento eletrônico (SISDEPEN, 2021). No Distrito Federal, a quantidade de PPL era de 16.162 até agosto de 2022 (DISTRITO FEDERAL, 2022).

Outro grande problema que gera muita consequência na vida das PPLs é a falta de assistência à saúde no sistema prisional brasileiro, o que contribui não apenas com a disseminação de doenças, mas também com agravamento dos quadros mórbidos (LAGE, 2020).

A associação dessas características aos fatores de risco para a transmissão e evolução para formas graves e fatais de COVID 19 (por exemplo, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, doenças cardiovasculares, HIV etc.) representam fatores de risco elevado

para morbimortalidade para coronavírus (SANTOS *et al.*, 2017; SÁNCHEZ *et al.*, 2020; FU *et al.*, 2020).

No âmbito do sistema penitenciário brasileiro, até março de 2022, contabilizaram-se 108.358 casos confirmados de COVID-19 e 661 óbitos, considerando-se agentes penitenciários e PPLs. Desses dados, 75.33 eram de casos confirmados de PPL (69,5%) e o total de mortes pela COVID-19 nessa população foi de 320 óbitos registrados (48,4%) (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2022).

Como estimativa para saber a taxa de transmissão de COVID-19 no sistema prisional brasileiro, considerou-se um estudo realizado em Cingapura e na China. Esse estudo encontrou valores de taxa de transmissão comunitária entre 1,1 a 7, ou seja, quando o valor da taxa de transmissão der 7, uma (01) pessoa infectada com a COVID-19 tende a transmitir para outras 7. Ainda com base nesse estudo, verificou-se que o valor da taxa de transmissão em ambientes fechados, como é o caso de um presídio, é em torno de 11, sendo considerada uma taxa muito elevada (CARVALHO *et al.*, 2020).

Conseqüentemente, as PPL podem ser consideradas como uma fonte em potencial de COVID-19 para o restante da população. Isso se deve à movimentação interna no presídio de policiais penais, trabalhadores, visitantes, além de movimentações de pessoas privadas de liberdade (transferências e alvarás), podendo essas pessoas serem veículos de transmissão de patógenos para a sociedade em geral. Essa ideia embasa o pensamento de suspensão temporária de visitação de familiares e advogados, inclusive das transferências de detentos (CARVALHO *et al.*, 2020).

Na tentativa de minimizar os riscos de contágio da COVID-19 no ambiente prisional, uma das estratégias adotadas, além da utilização das máscaras e de outras medidas preconizadas, foi a prevenção da importação do vírus para dentro do presídio por agentes penitenciários, visitantes ou chegada de novas pessoas privadas de liberdade. No caso da admissão dos novos detentos, o risco pode ser minimizado pelo encaminhamento dos recém-chegados a novo espaço dentro do sistema prisional, e pela realização de triagem para verificação de febre e sintomas respiratórios, além das demais doenças infectocontagiosas, a fim de receber assistência de saúde adequada e monitoramento dos casos (WHO, 2020a; SÁNCHEZ *et al.*, 2020).

Além das ações protetivas e de manejo de casos positivos do coronavírus, é de suma importância observar, no sistema prisional, a necessidade de redução de superlotação das celas, implementação de meios para promover mais ventilação, testagem de COVID em massa, rastreamento de casos, além do fornecimento de acesso aos serviços de saúde e

psicossociais preconizados (SILVA et al., 2021).

As medidas mencionadas objetivam identificar precocemente os indivíduos portadores de coronavírus impedindo uma possível transmissão virótica com o intuito de interromper o ciclo de transmissão local do SARS-CoV2 (MORAES *et al.*, 2020).

Nesse contexto, a percepção do risco à saúde e de morte, gerada pela COVID-19 dentro das unidades prisionais e associada às restrições de movimentação e de outras atividades laborais e educativas, além da suspensão das visitas dos familiares e advogados, constituem fatores que podem agravar as tensões e impactam o âmbito emocional das PPL. Esses fatos elevam a sensação de isolamento, insegurança e ansiedade, provocando preocupações referentes à sua saúde e de seus familiares. Durante o período de pandemia, as pessoas privadas de liberdade não tiveram formas alternativas de comunicação com o ambiente externo, ficando, assim, privados de notícias dos seus familiares (SÁNCHEZ *et al.*, 2020; BARROS; BARROS, 2020).

Estudos apontam que as sequelas ocasionadas pela pandemia de COVID-19 são maiores do que a quantidade de óbitos notificados. A população em geral vivenciou uma carga elevada de experiências e emoções negativas, o que pode ocasionar transtornos de ansiedade, de pânico, depressão, comportamento suicida, medo, raiva e insônia, sendo necessário o acompanhamento psicológico adequado, manutenção das redes de apoio social de cada indivíduo e acesso às informações importantes sobre o que está ocorrendo (FARO *et al.*, 2020).

Diante desse cenário, observou-se uma desigualdade com relação ao número de contágio da COVID-19 dentro e fora dos presídios, chegando a uma taxa de incidência até 38 vezes maior dentro das prisões do que fora delas. Com relação à taxa de mortalidade, ela é 9 vezes maior dentro dos presídios comparado à da população em geral. Considerando-se esse contexto descrito, deduz-se que a situação das PPL, durante a pandemia de COVID-19, pode ter sido caótica devido ao ambiente que as pessoas privadas de liberdade estão inseridas e pela não adoção no Brasil de maneira adequada das medidas de desencarceramento apoiadas pela OMS e Organização das Nações Unidas (ONU) (COSTA *et al.*, 2020).

Embora tenham sido acatadas as recomendações ao sistema prisional apresentadas pela OMS às medidas de combate ao novo coronavírus no sistema penal brasileiro, criadas pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), culminando na criação da Recomendação 62/2020. As medidas de combate constantes na referida recomendação orientam: a realização de triagem de todas as pessoas privadas de liberdade (PPL) que adentrarem à instituição penal, fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) a funcionários, campanhas de



educação sobre o novo coronavírus, aumento da frequência de limpeza das celas e espaços comuns, a suspensão das visitas de familiares e isolamento de casos suspeitos ou confirmados para a COVID-19 no presídio (SILVA *et al.*, 2021; CRISPIM *et al.*, 2021; CARVALHO *et al.*, 2020).

As medidas da Recomendação 62/2020 foram adotadas pela Vara de Execuções Penais do Distrito Federal (VEP/DF) e aplicadas durante o período pandêmico no Complexo Prisional da Papuda conforme a especificidade de cada pessoa privada de liberdade.

### **2.2.2 COVID-19 no complexo penitenciário da papuda**

O Complexo Penitenciário da Papuda está localizado em uma área de 7 mil alqueires, que, no passado, pertencia a uma enorme fazenda do município de Luziânia – GO (**Figura 1**). A referida fazenda pertencia ao Sr. Manoel José da Costa Meireles e foi herdada pelo irmão Josué da Costa Meireles, casado com Maria Elísia da Costa Meireles (CAIXETA, 2018; MEIRELLES; ÁLFIO, 2019).

O Complexo Penitenciário recebeu o mesmo nome da fazenda “Papuda”. O nome da fazenda foi motivado pelo casal quilombola que habitava à beira do córrego dentro da fazenda. A mulher tinha bócio, uma espécie de papo ou papeira, em decorrência do aumento do volume da glândula tireoide (CAIXETA, 2018; MEIRELLES; ÁLFIO, 2019; AMADOR, 2019)

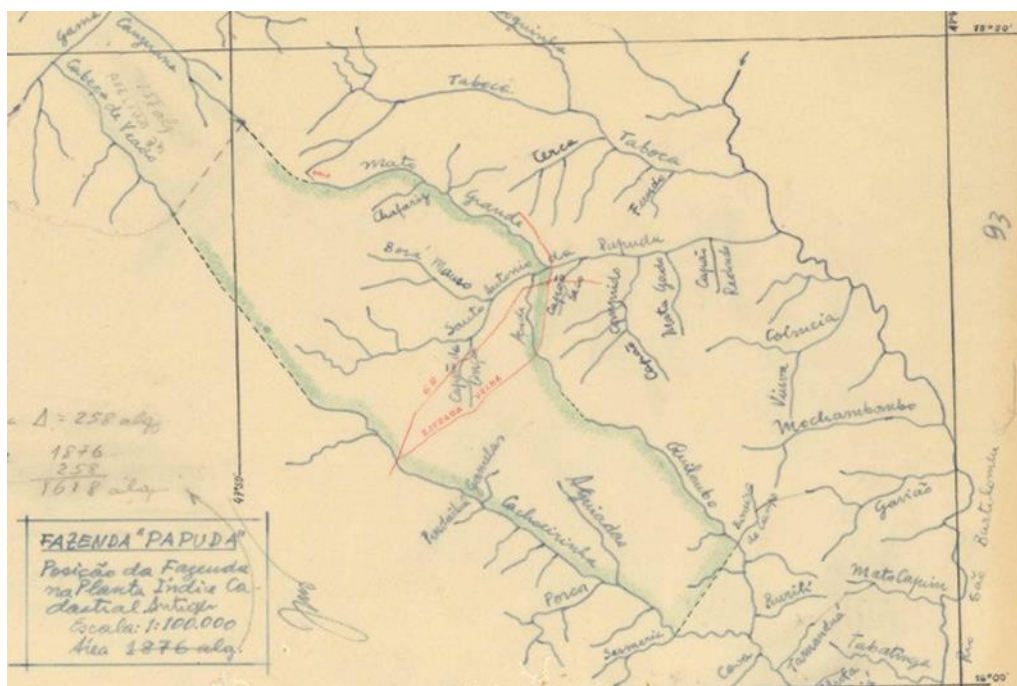
A principal atividade econômica da Fazenda Papuda era a agropecuária, com criação de gado para corte comercializado em Pires do Rio e em Vianópolis, cidades do estado de Goiás. Porém, realizaram-se outras atividades como a plantação de arroz, milho e feijão para consumo próprio dos moradores e trabalhadores da fazenda (CAIXETA, 2018; MEIRELLES; ÁLFIO, 2019).

No ano de 1957, com a criação de Brasília, desapropriou-se a Fazenda Papuda, passando a fazer parte da União. Após alguns anos, utilizaram-se as terras para a criação da penitenciária batizada em homenagem à antiga fazenda. A Penitenciária da Papuda foi inaugurada em 16 de janeiro de 1979 com capacidade de 240 presos (CAIXETA, 2018; MEIRELLES; ÁLFIO, 2019).

Atualmente, o Complexo Penitenciário da Papuda faz parte da Região Administrativa do Jardim Botânico, no Distrito Federal, abriga em média de 16 mil pessoas privadas de liberdade, em 5 unidades prisionais a saber: Centro de Detenção Provisória I (CDP I), Centro de Detenção Provisória II (CDP II), Penitenciária do Distrito Federal I (PDF I), Penitenciária

do Distrito Federal II (PDF II), Centro de Internamento e Reeducação (CIR). Essas unidades estão sob a gestão do governo do Distrito Federal por meio Secretaria de Estado de Administração Penitenciária (SEAPE) (DISTRITO FEDERAL, 2020b).

Figura 1. Mapa da fazenda Papuda



Fonte: Caixeta (2018).

O surgimento dos primeiros casos da doença e o aumento dos números de infectados pelo SARS-CoV2 no Distrito Federal motivaram preocupação de que o vírus se espalhasse e a COVID-19 atingisse a população, inclusive àqueles restritos ao Complexo Penitenciário da Papuda. Conforme Carvalho *et al.* (2020), muito provavelmente por meio de policiais penais, trabalhadores, visitantes, pessoas privadas de liberdade transferidos e os que receberam alvará de soltura, o coronavírus poderia transitar pelos presídios e ser transmitido às comunidades locais.

Em 01 de abril de 2020, diagnosticou-se o primeiro caso de infecção por SARS-CoV2 no Complexo Penitenciário da Papuda confirmado em um agente penitenciário. Na sequência, o primeiro caso detectado em pessoa privada de liberdade ocorreu no dia 07 de abril de 2020 em um detento do Centro de Detenção Provisória (CDP).

Inicialmente, com a avaliação dos casos suspeito de coronavírus da cela, isolou-se a PPL em cela separada dentro do próprio CDP para cumprimento de quarentena de 14 dias, ficando a cela de origem congelada para movimentação de pessoas privadas de liberdade por

igual período, para redução da transmissão do vírus, conforme diretrizes de saúde.

Sendo assim, a expressão cela congelada é utilizada para denominar o espaço no qual detectou-se alguma doença infectocontagiosa, ficando sua ocupação temporariamente suspensa durante o período de transmissão do patógeno identificado.

Com o surgimento dos primeiros casos da COVID-19 dentro do ambiente prisional, submeteram-se os detentos admitidos dentro do CDP a um período de quarentena/isolamento antes de serem integrados ao grupo carcerário já ocupante do presídio. Porém, conforme o número de casos positivos para a doença foi aumentando dentro do sistema carcerário, houve a criação de um fluxo para que as pessoas privadas de liberdade admitidas no CDP fossem encaminhadas para celas específicas no referido local onde passariam por um período de quarentena, com avaliação de saúde periódica em busca de sintomáticos para COVID-19.

A partir de maio de 2020, inaugurou-se o Centro de Detenção Provisória II (CDP II), pela Vara de Execuções Penais do Distrito Federal (VEP/DF), juntamente ao governo do Distrito Federal. Nesse Centro instituiu-se uma equipe de saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) para realizar a admissão de novos detentos dentro do complexo penitenciário, a fim de que eles passassem por triagem e avaliações periódicas com relação a sintomas de COVID-19 e outras demandas de saúde.

No CDP II destinaram-se dois blocos para as PPLs admitidas: bloco 15, onde alojaram-se as pessoas privadas de liberdade assintomáticas para coronavírus; e o bloco 16, onde permaneceram tanto os detentos sintomáticos para COVID-19 quanto os detentos com resultado detectável para a doença. Em ambos os casos, as pessoas privadas de liberdade permaneceram em alas distintas. O bloco 16, além de receber detentos recém-admitidos no sistema prisional, recebeu detentos de outras unidades prisionais do complexo com resultado detectável para a SARS-CoV2 para cumprimento de quarentena e avaliação de saúde.

A partir do dia 06 de maio de 2020 o Complexo Penitenciário da Papuda foi palco de um estudo liderado pela equipe do Programa de Epidemiologia de Campo Aplicada aos Serviços do SUS (EpiSUS) do Ministério da Saúde (MS) com o intuito de auxiliar a avaliação epidemiológica dentro de todo o complexo prisional. A equipe de saúde do CDP por meio de suas ações e estratégias para redução do contágio da COVID-19, além das avaliações epidemiológicas já realizadas pela equipe de saúde, forneceu todas as informações e dados sobre os casos já diagnosticados necessários, coparticipando com o grupo de pesquisadores do EpiSUS liderado por Gouveia Reis. Dessa forma, possibilitou traçar o histórico a partir do caso zero de contaminação pela COVID-19 no Complexo e dando origem a dois artigos, dos quais foram extraídas as informações que se seguem.

No dia 13 de abril de 2020 foram diagnosticados os dois primeiros casos de COVID-19 dentre os idosos. Entre 13 a 15 de maio do mesmo ano, para melhor prestar assistência em saúde e entender a situação epidemiológica da população idosa do presídio, a equipe de do CDP realizou testagem em massa na população de pessoas privadas de liberdade do bloco dos idosos, que somavam 159 indivíduos. Os demais detentos assintomáticos foram submetidos a testes rápidos de detecção de anticorpos IgM/IgG (*Acron Biotech*), disponibilizados pela equipe da SES/DF. Nas PPLs sintomáticas, realizaram-se os testes de reação em cadeia de polimerase-transcriptase reversa (RT-PCR).

No dia 16 de junho de 2020, a equipe de saúde do CDP e a equipe do EpiSUS, realizaram uma segunda testagem em massa em 32 pessoas privadas de liberdade idosas que possuíam resultado não reagente na primeira testagem efetuada. Utilizaram-se testes rápidos de detecção de anticorpos IgM/IgG (*Livzon Diagnostics*), e foram detectados um total de 17 novos casos de resultados positivos para COVID-19.

Dessa forma, as duas testagens em massa, realizadas no bloco dos idosos, indicou que 144 (90,6%) das PPLs acima de 60 anos, de um total de 159 detentos, foram infectados pelo SARS-CoV2. Durante todo o período estudado, entre 1 abril a 12 de junho de 2020, avaliou-se 859 PPLs em todo o complexo prisional; nove desses hospitalizados, com a ocorrência de dois óbitos. (GOUVEA-REIS *et al.*, 2021a; 2021b).

Dados constantes no Painel COVID-19 no Distrito Federal informam que até o dia 06 de dezembro de 2020 contabilizaram-se no sistema penitenciário do Distrito Federal, 1932 casos confirmados de COVID-19 e 04 óbitos. Dos casos confirmados, 1.895 eram de homens (98,1%), sendo 143 destes (7,6%) de pessoas privadas de liberdade acima de 60 anos de idade. A atualização de dados no dia 16 de agosto de 2022, registrava 2299 casos de COVID-19 confirmados e 07 óbitos. Dos casos confirmados, 2228 eram de homens (96,9%), sendo 182 destes (8,2%) de PPLs acima de 60 anos de idade (DISTRITO FEDERAL, 2020a).

Em maio de 2021, o CDP sofreu uma mudança de localidade e de nome, passando a ser dividido em CDP I e CDP II, conforme determinação da VEP/DF. Distribuíram-se as pessoas privadas de liberdade do antigo CDP entre o CDP I, CDP II e Bloco dos Idosos do Centro de Internamento e Reeducação (CIR).

A vacinação contra a covid-19 iniciou-se com os grupos prioritários, conforme os protocolos do Ministério da Saúde. Na semana do dia 25 de julho de 2021, concluiu-se a vacinação de todas as PPLs do sistema prisional, sendo ao todo aplicadas 14.954 doses da

vacina Janssen na população carcerária da Papuda (DISTRITO FEDERAL, 2021a).

Ressalta-se que o acompanhamento dos casos suspeitos e confirmados para COVID-19 e a vacinação de reforço contra a doença continuaram sendo realizados conforme os protocolos de saúde vigentes.

### **2.2.3 Adoecer e morrer no cárcere: implicações para a saúde mental na COVID-19**

A doença é um acontecimento comum na vida do ser humano, que é produzida a partir da associação de fatores relacionados à individualidade da pessoa com a história social na qual ela está inserida, fazendo com que o adoecimento possa ser interpretado de acordo com o contexto sociocultural do sujeito. Isso leva a pessoa que se encontra em um processo de adoecimento a estabelecer formas de vivenciar a enfermidade (OLIVEIRA *et al.*, 2017; MARUYAMA; ZAGO, 2005).

Para Maruyama e Zago (2005), a vivência da doença se baseia na experiência humana com relação aos sintomas, o sofrimento do doente e da família durante a enfermidade, considerando-se a bagagem de conhecimento, da forma de ver a vida, crenças e valores que possui, individualizando o significado de adoecer.

Para Laplantine (2010), a origem da doença pode ocorrer conforme dois modelos: o modelo endógeno e o exógeno. O modelo endógeno possui noções de predisposições e hereditariedade para o surgimento da doença na pessoa, transferindo para o indivíduo a responsabilidade do seu adoecimento. Já o modelo exógeno, considera a doença como causada por uma intervenção exterior, por um elemento estranho, por um agente nocivo (vírus, bactéria, fungos etc.). Essa ideia faz com que a pessoa não se considere doente, mas que um agente externo infecte o corpo dela, como observado na frase “eu peguei uma gripe”. Observa-se que o “eu” da frase é um ser são, bom e não é responsável pelo seu adoecimento.

Com o advento da pandemia causada pelo novo coronavírus, observou-se a luta diária da população mundial em prevenir e tratar o adoecimento causado pelo SARS-CoV2, que corresponde ao modelo exógeno de doença classificado por Laplantine.

O número expressivo de mortes causadas pela doença em todo o mundo impactou a realidade social e criou um cenário de mudanças radicais no modo de viver das pessoas.

Desde o período paleolítico, o conceito de morte, bem como a crença da imortalidade da alma tem permeado o imaginário coletivo a partir de distintas percepções: uma entrada para o mundo dos antepassados, um sono profundo ou uma passagem para o mundo dos mortos (VIANA; NÓBREGA, 2019).

No período de 4.000 anos a.C. até 476 D.C., a morte era considerada como gloriosa, honrosa, sendo mais próxima e familiar das pessoas. Isso auxiliava a consciência da própria finitude. Durante esse período, mais precisamente no ano de 325 DC, ocorreu o primeiro evento ecumênico, na cidade de Nicéia, que levou à criação da religião católica. Além disso, nesse evento, houve uma mudança com relação à ideia de julgamento, que passou a ocorrer não mais nos finais dos tempos, mas no momento da morte (ARIÈS, 2014; VIANA; NÓBREGA, 2019; DANTAS *et al.*, 2021).

Sendo assim, a partir de 476 até o século XV, houve uma mudança na forma de ver a morte sendo esta embasada na religião. Com isso, morrer passou a gerar medo a partir da ideia da existência do céu e do purgatório, sendo as ações humanas julgadas a todo instante. Um ritual comum desse período foi o moribundo fazer contato com familiares e amigos para que houvesse o perdão de todos os pecados e débitos cometidos em vida (VIANA; NÓBREGA, 2019; DANTAS *et al.*, 2021).

Nesse período, a Idade Média, as pessoas morriam em casa, acompanhadas pelos familiares, amigos e pelos membros da igreja, sendo a morte considerada pública e comunitária, diferentemente da concepção individualista que caracteriza a modernidade (ARIÈS, 2014).

Do século XV até o século XVII, com o surgimento do pensamento científico, houve a separação do corpo e da alma, a morte foi separada da visão religiosa e a imortalidade passou a ser objeto da ciência. Do século XVII até a Revolução Industrial, se deu início ao movimento de medicalização da morte. O pavor de perder a salvação eterna progressivamente se deixou substituir pela esperança de viver mais, de poder postergar a morte, de ser surpreendido por uma descoberta científica capaz de cancelá-la. A melhoria das medidas higiênico-sanitárias e de saúde pública, a construção de grandes hospitais com novas tecnologias e a ascensão da classe burguesa com seus novos valores socioeconômicos e morais contribuíram diretamente para a cultura de medicalização da morte (ARIÈS, 2014; DANTAS *et al.*, 2021).

Um tipo absolutamente novo de morrer apareceu durante o século XX, em algumas das zonas mais industrializadas, mais urbanizadas, mais tecnicamente avançadas, do mundo ocidental... Dois traços saltam aos olhos do observador menos atento: a sua novidade, evidentemente, a sua oposição a tudo o que precedeu, de que é a imagem revertida, o negativo: a sociedade expulsou a morte, exceto a dos homens de Estado. Nada avisa já na cidade que se passou qualquer coisa... A sociedade deixa de fazer pausas: o desaparecimento de um indivíduo já não afeta a sua continuidade. Tudo se passa na cidade como se já ninguém morresse (ARIÈS, 2014:310).

Até os dias atuais, esse modo de fazer a gestão da morte e do processo de morrer, ainda, perduram, e a vida pode se prolongada às vezes intensificada pelo uso de diversos aparelhos ligados ao corpo, impedindo e adiando a morte (DANTAS *et al.*, 2021).

Com as mudanças culturais da sociedade ocidental com relação à forma de ver a morte, observou-se o afastamento dela como parte dos ciclos do processo de viver, tornando-a algo desarticulador da vida. Com isso, a morte começou a gerar um certo temor para as pessoas, pois com ela vem a ideia da perda da individualidade e do vazio da existência. O morrer e sentir a morte do outro se tornou um fardo doloroso e sofrido. Não há mais espaço para se viver o luto, tampouco expressar tristeza. Nota-se a imposição de vivenciar o sentimento de felicidade a qualquer custo para negar os momentos de angústia intrínsecos do ser humano (VIANA; NÓBREGA, 2019).

A cada instante, o ser humano está morrendo, diferindo, apenas, como é compreendida essa condição eminentemente humana com o passar do tempo. Para todos, a morte é uma realidade, porém nossa cultura tende a ignorar a terminalidade. Na atualidade, a reflexão da própria morte geralmente ocorre quando há alguma perda próxima ou ela acontece com outras pessoas. A consciência da morte abre uma passagem pela qual transmitem-se forças notáveis que transformam a maneira humana de ver a vida, a própria morte, e o mundo (RODRIGUES, 2006; DANTAS *et al.*, 2021);

Segundo ditado popular, “a morte sempre precisa de uma desculpa”. Sendo assim, as razões da morte do ser humano sempre decorre de agentes externos, de causas naturais ou mesmo de patologias. Toda doença implica uma ameaça psicológica, principalmente se a representação dessa doença é permeada por diferentes mitos, informações falsas e preconceitos. As formas para minimizar essa ameaça psicológica é o esclarecimento ao doente a respeito do tratamento que será dispensado e a utilização pelo enfermo de mecanismos de enfrentamento como é o caso da religião e/ou da espiritualidade (LIBERATO; MACIEIRA, 2008).

As crenças religiosas e a fé podem auxiliar, de maneira positiva, o processo de enfrentamento da doença, proporcionando o senso de disciplina e esperança, fazendo com que o paciente melhore na adesão à terapêutica implementada (LIBERATO; MACIEIRA, 2008).

Vieira e Aquino (2016) acrescentam que a religiosidade pode promover bem-estar, redução de sentimentos como angústia e tristeza e níveis de depressão, mas isso quando a religião proporciona um processo de significação para a vida, para o sofrimento e para a morte.

No contexto da COVID-19, tem sido observado que as pessoas se apegaram à religiosidade como estratégia de enfrentamento durante a pandemia de COVID (CHANG *et al.*, 2021). No ambiente prisional, nota que além de ser utilizada como enfrentamento de doenças, a presença da religião dentro dos presídios auxilia a enfrentar a situação do próprio encarceramento.

Pinheiro *et al.* (2015) abordam que a privação da liberdade desencadeia, na pessoa privada de liberdade, um adoecimento psicológico, sendo isso ocasionado pelo modo de viver dentro do presídio, que pode ser considerado como o desencadeador dos sintomas psicológicos.

Os grupos religiosos, criados dentro das unidades prisionais, são importantes para reduzir o isolamento vivenciado pelos detentos, promover bem-estar e conforto espiritual, e criar um vínculo para a vida após a prisão (RIBEIRO; MINAYO, 2014).

Ao seguir uma prática religiosa, o detento, em muitos casos, passa a se ver como cidadão que segue as leis, diferentemente do que era o habitual na vida deles, além de criação de redes de apoio para o pós-encarceramento (RIBEIRO; MINAYO, 2014).

No tratamento das doenças, além do tratamento medicamentoso, a relação entre saúde e espiritualidade/religiosidade é considerada proveitosa para a vivência de uma enfermidade, auxiliando o fortalecimento emocional do doente. A religiosidade proporciona pontos positivos no enfrentamento da doença como: apoio espiritual, a ligação social e a redefinição benevolente do estressor (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

A espiritualidade é um conceito mais universal, pois não se restringe a uma religião ou cultura específica, estando ele associado à uma reação interna e à ampliação da consciência do indivíduo. Possui uma relação profunda com o sagrado e com a essência do ser, ficando o seu desenvolvimento relacionado ao chamado milagre da vida (LIBERATO; MACIEIRA, 2008).

Com relação ao suporte no processo saúde-doença, algumas religiões ou crenças religiosas, em muitos momentos, podem propagar para seus fiéis a adoção de hábitos de vida saudáveis, auxiliando a melhora da saúde física e mental, além de ter importância para a prevenção de doenças (BOUSSO *et al.*, 2011).

Para Bousso *et al.* (2011), as religiões são valores e crenças compartilhados dentro de uma comunidade, oferecendo suporte emocional e social, no processo saúde-doença, além de dar suporte motivacional para o participante. Outro ponto a ser observado refere-se ao fato de que as crenças religiosas possibilitam respostas a perguntas existenciais que são feitas em decorrência do adoecimento e da possibilidade da morte.



Nesse contexto, observa-se a importância da espiritualidade no enfrentamento de doenças, podendo corroborar a capacidade de relaxamento, auxiliando, dessa maneira, o bem-estar espiritual e a autocobrança, que fica prejudicada em estágios de ansiedade, depressão e baixa autoestima (LIBERATO; MACIEIRA, 2008; CHANG et al., 2021).

Uma pandemia é uma emergência da área de saúde e gera um número alto de doentes e mortes, além de forte influência na economia mundial, ocasionando em um alto risco psicossocial. Populações que vivenciam em proximidade a um fator ou situação que gera medo ou terror têm 80% a mais de chance de manifestarem sintomas de medo ou pânico (OPAS, 2006; LIMA, 2020).

O impacto psicossocial que uma grande epidemia causa na saúde mental da população de uma determinada região vai além da capacidade de enfrentamento, pois todos os indivíduos afetados sofrem tensões ou angústias em maior ou menor grau. Dependendo do grau de vulnerabilidade de determinado grupo, estima-se que a incidência de transtornos psíquicos aumente em um terço, sendo esse impacto mais marcado em populações em situações precárias, que possuem pouco acesso aos recursos essenciais, como saúde e serviços sociais (OPAS, 2006).

Alguns grupos como idosos e pessoas que vivem na margem da pobreza possuem uma maior vulnerabilidade em situações de pandemia, tendo grandes dificuldades de apoio social e reconstrução do seu meio de subsistência durante e após a catástrofe (OPAS, 2006).

Nos contextos de grandes epidemias, como é o caso da pandemia de COVID-19, as medidas preventivas de transmissão de doença (quarentena, distanciamento e isolamento social) tendem a promover uma alta prevalência de efeitos psicológicos negativos, como rebaixamento do humor, irritabilidade, raiva, medo e insônia (LIMA, 2020).

Estudos relatam que tanto as medidas restritivas de contenção da COVID-19 quanto as mudanças rápidas no cotidiano, o futuro incerto e as perdas de pessoas das redes socioafetivas de muitas pessoas sensibilizaram a saúde mental da população, proporcionando o aumento de estresse, ansiedade e depressão (CREPALDI *et al.*, 2020). Os autores explicitam que a necessidade das implicações psicológicas em longo prazo, desencadeadas pelo acometimento do coronavírus, podem levar a necessidade de intervenções psicológicas tanto durante o período da pandemia, quanto após o seu término.

No contexto da pandemia, o adoecimento pela COVID-19 pode causar danos à saúde mental, pois, sabe-se que, individualmente, ao enfrentar uma situação com grande carga emocional, como é o caso de adoecimento por doença grave ou morte de familiares, algumas manifestações psíquicas são comuns, como é o caso de episódios depressivos,

estresse agudo, transtornos de adaptação, estresse pós-traumático, luto patológico e sofrimento prolongado (tristeza, medo generalizado e ansiedade) (OPAS, 2006; LIMA, 2020).

O estado emocional é um fator de suma importância na vivência de um adoecimento, e o agravamento dos sofrimentos físicos, mentais e espirituais podem estar relacionados a uma fragilidade desse estado emocional. Isso induz a uma baixa adesão e baixa resposta ao tratamento estipulado, desesperança e privação de cuidados (LIBERATO; MACIEIRA, 2008).

Todas as complicações da COVID-19 podem causar transtornos de adaptação e estresse pós-traumático. Os transtornos de adaptação constituem estados de mal-estar subjetivo em que se observam alterações emocionais que impactam a vida social da pessoa, dificultando o reajustamento da vida após perdas significativas. Já o estresse pós-traumático é um transtorno tardio que ocorre em decorrência de uma situação ameaçadora, como é o caso de uma grande epidemia, principalmente após vivência de perda de familiares ou pessoas importantes (OPAS, 2006).

### 3 MÉTODO

Para alcançar os objetivos enunciados, optou-se por realizar uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa. Uma pesquisa exploratória e descritiva, segundo Marconi e Lakatos (2003), é um tipo de pesquisa empírica com o intuito de retratar por completo um fenômeno, podendo isso ser feito de maneira quantitativa e/ou qualitativa.

A pesquisa com abordagem qualitativa se firma no campo da subjetividade, dos significados, dos sentidos e do simbolismo, estudando relações complexas em detrimento do uso de variáveis para explicá-las. O objeto da abordagem qualitativa se expressa no nível dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores. Dessa forma, os pesquisadores estudam os fenômenos em seus cenários naturais, não se preocupando com os números e sim, com o aprofundamento da compreensão e interpretação do objeto em questão de um grupo social (POPE; MAYS, 2005; GÜNTHER, 2006; GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Na coleta de dados desse tipo de pesquisa, o interesse está na interpretação do que os próprios participantes sabem sobre a atual situação, e espera-se capturar a perspectiva do participante, com ênfase na sua subjetividade. Os dados coletados podem ser utilizados de diversos modos, mas existe um foco comum sobre a fala, o discurso e a ação, em vez de números ou aspectos descritivos. Esses elementos transmitem as representações de indivíduos e grupos em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (NAVES *et al.*, 2013).

#### 3.1 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram pessoas privadas de liberdade (PPL) do sexo masculino que cumpriam pena no Centro de Detenção Provisória I (CDP I), Centro de Detenção Provisória II (CDP II) e Bloco dos Idosos do Centro de Internamento e Reeducação (CIR).

Na definição do universo de participantes, utilizou-se o método de amostragem por conveniência.

A amostragem por conveniência ocorre quando o pesquisador consegue avaliar a população a ser estudada e selecionando quais os possíveis participantes da pesquisa que

serão mais acessíveis e colaborativos com o estudo (FONTANELLA *et al.*, 2011; FREITAG, 2018).

Para tal, inicialmente, foi realizada uma pesquisa nos prontuários eletrônicos de saúde a fim de identificar as pessoas privadas de liberdade que se adequassem aos critérios de inclusão, nessa busca foram encontrados um total de 103 PPLs. Entretanto, devido as particularidades do cenário do estudo a população carcerária sofre rápidas flutuações. Há sempre um quantitativo de detentos composto por pessoas em regime das penas com características provisórias, ou seja, que podem receber alvará de soltura, passar ao regime semiaberto, transferência ou condenações. Sendo assim, no período de coleta de dados apenas trinta e um PPLs que se enquadraram nos critérios de inclusão do estudo e constituíram o total de participantes.

### 3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

- Critérios de inclusão
  - Pessoas privadas de liberdade, do sexo masculino, com idade igual ou superior a 18 anos, diagnosticadas com COVID-19 (após testagem positiva) durante período de encarceramento, após o término do período de isolamento social preconizado (14 dias), considerados casos recuperados da doença e após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), concordando com a participação do estudo.

### 3.3 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário do estudo foi o Centro de Detenção Provisória I (CDP I), Centro de Detenção Provisória II (CDP II) e Bloco dos Idosos do Centro de Internamento, e Reeducação (CIR), três das cinco unidades de custódia do Complexo Prisional da Papuda, Distrito Federal.

As unidades CDP I e CDP II foram selecionadas devido ao fato de registrarem o maior fluxo de admissão de PPLs dentro do complexo. Enquanto, o Bloco dos Idosos do

CIR foi selecionado, por tratar-se de um bloco exclusivo para população idosa e vulnerável em todo o complexo penitenciário.

### 3.4 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Utilizaram-se dois instrumentos para coleta de dados: questionário socioeconômico (Apêndice A) e um roteiro de entrevista semiestruturado (Apêndice B). Com o intuito de verificar a aplicabilidade e necessidade de adequação dos dois instrumentos, realizou-se um teste piloto em três pessoas privadas de liberdade do CDPI que se enquadraram aos critérios de inclusão do estudo. Não se utilizaram as entrevistas do teste no estudo. O teste possibilitou avaliar e reformular as questões, adequando a linguagem a fim de favorecer o entendimento dos participantes.

#### 3.4.1 Questionário socioeconômico

Esse questionário foi composto por questões que compreenderam: idade, cidade e estado de nascimento, escolaridade, estado civil, religião, tempo de reclusão, data do diagnóstico de COVID-19, dados de condição social de subsistência da família, número de membros da família nuclear e extensa (Apêndice A).

#### 3.4.2 Entrevista com roteiro semiestruturado

Elaborou-se o roteiro de acordo com os objetivos do estudo. Conforme Minayo (2014), o roteiro tem de responder aos objetivos do estudo e deve ser composto por questões que possuam flexibilidade para obtenção de assuntos relevantes trazidos pelo entrevistado (Apêndice B).

### 3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período compreendido entre 09 de junho e 09 de julho de 2021. Os dados foram coletados após aprovação da proposta de pesquisa pelo Comitê de Ética e aprovação pela Vara de Execuções Penais do Distrito Federal (VEP/DF), este aconteceu em quatro etapas distintas:

- 1ª Etapa: ocorreu com a seleção de possível participante, através do prontuário eletrônico, das pessoas privadas de liberdade que se enquadraram nos critérios de inclusão.

2ª Etapa. Após essa seleção os nomes foram comunicados a equipe de segurança, a fim de agendar o dia e horário para a realização de cada uma das entrevistas. Nos dias determinados segundo agendamento, os participantes foram encaminhados, cada um em momento distinto, para a sala designada para a realização das entrevistas, sendo apresentado o TCLE e demais esclarecimentos sobre a pesquisa enfatizando a garantia do sigilo da entrevista. Essa abordagem foi realizada para garantir confiança pelos sujeitos do estudo.

Após à concordância da PPL em participar do estudo, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A) e do Termo de Cessão De Uso De Som De Voz Para Fins Científicos e Acadêmicos (Anexo B). Não houve recusas à participação. Após a assinatura dos documentos, iniciou-se um momento mais intimista, buscando estabelecer um *rapport* entre o pesquisador e o participante por meio de conversa sobre a vida da PPL de maneira geral.

Segundo Marconi e Lakatos (2003), *rapport* é a forma de estabelecer um vínculo de confiança entre o participante da pesquisa e o pesquisador por meio de uma conversa amistosa, com explicação do objetivo e da relevância do estudo, além da importância da colaboração do participante.

- 3ª Etapa: Aplicação do questionário socioeconômico com o intuito de caracterizar o perfil dos colaboradores do presente estudo.

As características socioeconômicas podem influenciar na maneira como a pessoa compreende seu contexto. Sendo assim, a caracterização do perfil dos colaboradores promove uma melhor compreensão dos entrevistados.

- 4ª Etapa: Realização de entrevista seguindo roteiro semiestruturado em sala designada para a realização da coleta de dados da

pesquisa dentro da unidade prisional, priorizando oferecer o maior grau possível de confiança para expressão de conteúdos da vivência do entrevistado sobre as questões em foco, apesar da obrigatória presença de agente prisional para escolta da pessoa privada de liberdade e segurança do entrevistador. Uma das vias do TCLE e do Termo De Cessão De Uso De Som De Voz Para Fins Científicos e Acadêmicos foram anexadas ao prontuário da PPL, e as outras cópias foram guardadas pelo pesquisador principal, conforme orientações de ética na pesquisa.

A entrevista é uma conversa a dois, ou entre outros interlocutores, com o objetivo de captar o máximo de informações possíveis sobre o objeto de estudo. Na entrevista semiestruturada, há a utilização de um roteiro semiestruturado para auxiliar na abordagem com o interlocutor. Esse tipo de entrevista possui uma junção de perguntas abertas e fechadas, possibilitando o colaborador do estudo a discorrer com maior profundidade os questionamentos realizados (MINAYO, 2014).

As etapas 2, 3 e 4 foram realizadas no mesmo dia.

As entrevistas foram gravadas em áudio pelo pesquisador para posterior transcrição e análise das impressões e dos aspectos relevantes da fala do participante. As entrevistas duraram em média de 30 minutos.

A realização das entrevistas, e emergência dos diferentes sentimentos manifestos pelas PPLs, favoreceu a criação da escuta terapêutica e previu-se o manejo das situações desagradáveis que porventura pudessem emergir ao longo da conversa. Entretanto, nenhum dos entrevistados manifestou necessidades emocionais que demandasse tal suporte.

Todas as medidas de proteção preconizadas pelos órgãos de saúde contra transmissão da COVID-19 foram adotadas ao longo dos diferentes momentos do processo da coleta de dados.

### 3.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas gravadas foram transcritas para análise lexical de seu conteúdo por meio do *software* ALCESTE (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments*

*de Texte*). Esse software detecta a informação essencial de um texto, contabilizando as palavras ou estruturas mais significativas contidas nele.

Após essa quantificação, feita pelo *software* ALCESTE, realizou-se uma análise do conteúdo que, segundo Gerhardt e Silveira (2009), obtém dados que auxiliam a inferência de assuntos relacionados aos estados de formação e receptividade das mensagens em análise. Isso ocorre, sistematicamente, iniciando-se por leitura das falas dos participantes do estudo, após sua transcrição, e terminando com a correlação entre as estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados), além de serem consideradas as variáveis contexto cultural e elaboração da mensagem.

### 3.7 GARANTIAS ÉTICAS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Com vistas ao cumprimento dos aspectos éticos e legais necessários para pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução n.º 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), encaminhou-se o projeto de pesquisa para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde – UnB (CEP/FS/UnB) (parecer número 4.572.159 e número CAAE 41953120.6.0000.0030 – Anexo C) e do Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS), sendo aprovado para a realização pelo parecer número 4.615.453 e número CAAE 41953120.6.3001.5553 (Anexo D).

Após a aprovação pelos CEP/FS e CEP/FEPECS, encaminhou-se o presente estudo para a apreciação da Vara de Execuções Penais do Distrito Federal (VEP/DF) a fim de verificar a aplicabilidade do estudo em relação ao contexto prisional, com posterior aprovação (Anexo E)

Aos entrevistados foram entregues o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A) e o Termo De Cessão De Uso De Som De Voz Para Fins Científicos E Acadêmicos (Anexo B) com as informações pertinentes à pesquisa. Apenas aqueles que concordaram em participar e assinaram os referidos fizeram parte dos sujeitos do estudo. Assegurou-se a possibilidade de desistir a qualquer tempo de participar da pesquisa. Garantiu-se o direito de recusa e desistência de participação em qualquer momento, sem prejuízos. Não houve nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira aos participantes da pesquisa.



Anexou-se uma das vias do TCLE e do Termo de Cessão de Uso de Som de Voz para Fins Científicos e Acadêmicos ao prontuário de cada uma das pessoas privadas de liberdade, e as outras foram guardadas pelo pesquisador principal, conforme orientações de ética na pesquisa. O início da pesquisa se deu, estritamente, após obtenção de parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa e posterior autorização da Vara de Execuções Penais do Distrito Federal (VEP/DF).

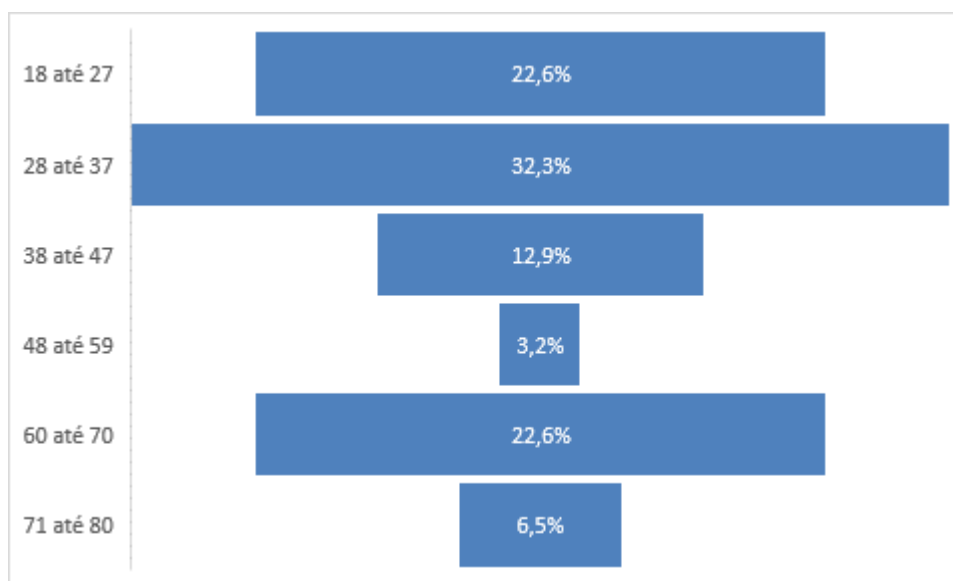
A fim de preservar a identidade dos participantes na discussão dos resultados do estudo, substituíram seus nomes pela letra “S”, de sujeito, seguida de um número que variava de 1 a 31 (ex: S – 1).

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 PERFIL SOCIOECONÔMICO

Participaram do estudo 31 pessoas privadas de liberdade do sexo masculino lotados no Complexo Prisional da Papuda. Dentre eles, 22 adultos (71%), e 9 idosos (29%). Não houve recusas à participação. Coletaram-se os dados no período compreendido entre os meses de junho e julho de 2021. A faixa etária prevalente foi de 28 a 37 anos (32,6%), seguida pelas faixas etárias de 18 a 27 anos e 60 a 70 anos, ambas com 22,6% (**Gráfico 1**). Quanto à procedência por região, 41,9% eram do Centro-Oeste, 32,3% eram do Nordeste e 25,8% da região Sudeste.

Gráfico 1. Faixa etária das PPLs entrevistadas. Brasília, 2022



Fonte: dados da pesquisa.

Acerca da escolaridade, 58,1% dos entrevistados possuíam o Ensino Fundamental incompleto, seguidos de 16,1% que possuíam o Ensino Médio incompleto, 9,7% o Ensino Médio completo, 6,5% o Superior incompleto e completo e 3,2% o Ensino Fundamental completo (**Tabela 1**).

Minayo e Ribeiro (2016) corroboram os dados da presente pesquisa afirmando que a população carcerária estudada por elas foi composta por analfabetos ou pessoas que não possuem o Ensino Fundamental completo, o que evidencia pouco investimento na educação.

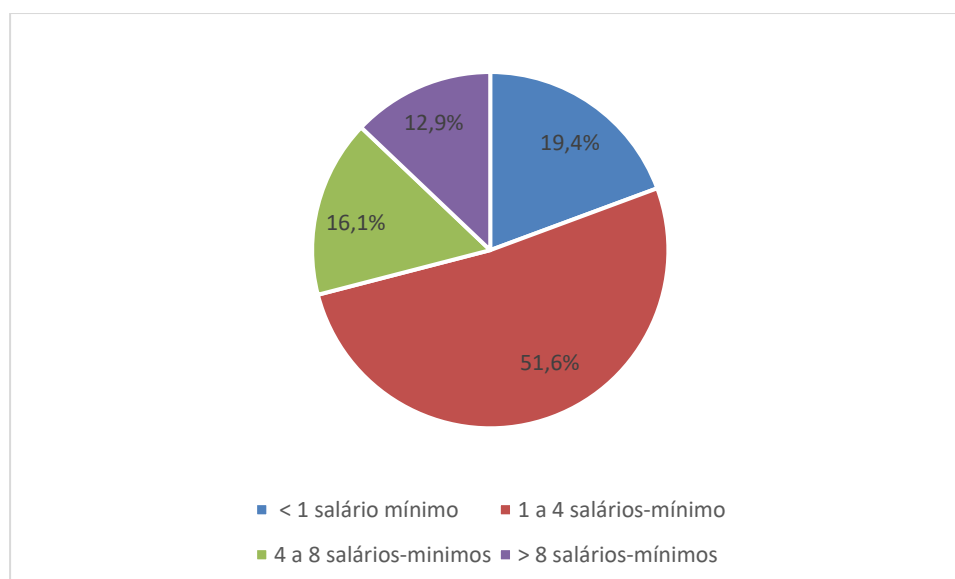
Tabela 1. Grau de Escolaridade dentre as PPLs entrevistadas. Brasília, 2022

<b>Escolaridade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ensino Fundamental incompleto	18	58,1%
Ensino Fundamental completo	1	3,2%
Ensino Médio incompleto	5	16,1%
Ensino Médio completo	3	9,7%
Superior incompleto	2	6,5%
Superior completo	2	6,5%
Pós-graduação incompleta	0	0,0%
Pós-graduação completa	0	0,0%
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: dados da pesquisa.

Referente ao estado civil, 35,5% eram solteiros, 29% estavam em união estável e 19,3% eram casados. Sobre a renda familiar (**Gráfico 2**), 51,6% recebiam entre 1 a 4 salários mínimos, seguidos 19,3% que recebiam menos que um salário mínimo. Esses dados corroboram Moraes e Delgalarrondo (2006) que observaram, em seus estudos, uma grande maioria de PPL, oriundas de classes sociais menos favorecidas, com baixa escolaridade, predomínio de ocupações de baixa qualificação e salários considerados insuficientes para a subsistência.

Gráfico 2. Renda familiar dentre as PPLs entrevistadas. Brasília, 2022.



Fonte: dados da pesquisa.

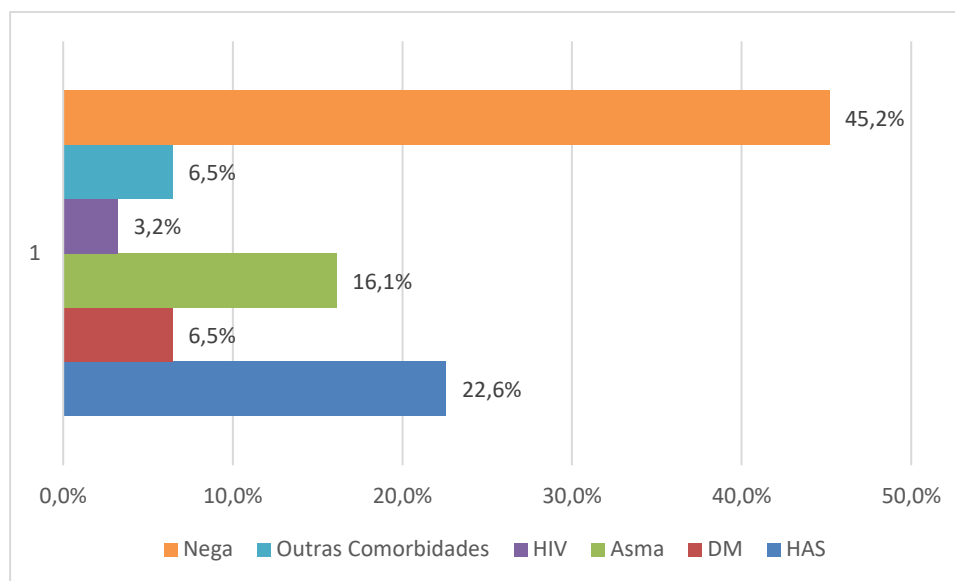
De acordo com Carvalho *et al.* (2020), em maio de 2020, a maioria de pessoas privadas de liberdade com resultados positivos para COVID-19, em presídios brasileiros, se encontrava no Complexo Penitenciário da Papuda. Os autores inferiram que a alta testagem para COVID-19 na Papuda estava relacionada ao perfil das pessoas privadas de liberdade, que, em sua maioria, era formada por presos políticos e/ou criminosos com maior poder aquisitivo. Contudo, os resultados da pesquisa realizada descrevem que a maioria das PPLs possuía baixa escolaridade e eram pessoas consideradas de baixa renda.

Associa-se o expressivo resultado de casos de COVID-19 no Complexo Prisional da Papuda às ações estratégicas de testagem em massa e atendimentos de casos suspeitos de coronavírus, realizados pelas equipes de atenção primária prisional (eAPP) da Secretaria de Estado e Saúde do Distrito Federal (SES/DF), em parceria com a Secretaria de Segurança de Estado de Administração Penitenciária do Distrito Federal (SEAPE/DF).

Quanto à religião, observou-se que 41,9% dos colaboradores da pesquisa se declararam evangélicos, seguidos de 32,3% católicos, 19,4% sem religião e 6,5% espírita. Garutti e Oliveira (2018) discutiram sobre a prevalência da religião evangélica dentro dos presídios brasileiros na atualidade, e a religião que predominava dentro dos presídios era o catolicismo.

Sobre a condição de saúde relativa à presença de comorbidades (**Gráfico 3**), 45,2% dos entrevistados negaram possuir alguma doença prevalente. Entre os participantes que declararam ter diagnóstico de alguma doença, detectou-se a prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (22,6%) e asma (16,1%), seguidas de Diabetes Mellitus (DM) (6,5%), HIV (3,5%) e outras comorbidades (6,5%).

Gráfico 3. Comorbidades entre as PPLs entrevistadas. Brasília, 2022



Fonte: dados da pesquisa.

Quanto ao número de pessoas que contribuíram com a renda familiar, 93,5% dos participantes relataram que 1 a 3 pessoas realizavam atividades laborais remuneradas e 6,5% negaram outro tipo de fonte de renda familiar. Sobre o número de pessoas que moram no mesmo núcleo residencial, 58,1% disseram que residiam entre 1 a 3 pessoas no mesmo espaço e 41,9% declaram que mais de três pessoas moravam no mesmo domicílio.

Considerando-se o tempo de encarceramento, verificou-se uma diferença no período de reclusão entre os adultos e os idosos. Com relação aos adultos, 90,9% dos entrevistados estavam reclusos há menos de um ano. Por sua vez, 66,7% dos idosos estavam há mais de dois anos. Apesar da diferença de reclusão ser de um ano, os adultos estavam cumprindo pena em caráter provisório, enquanto os idosos já haviam sido condenados, vinculando a pena com o tipo de sentença e delito cometido.

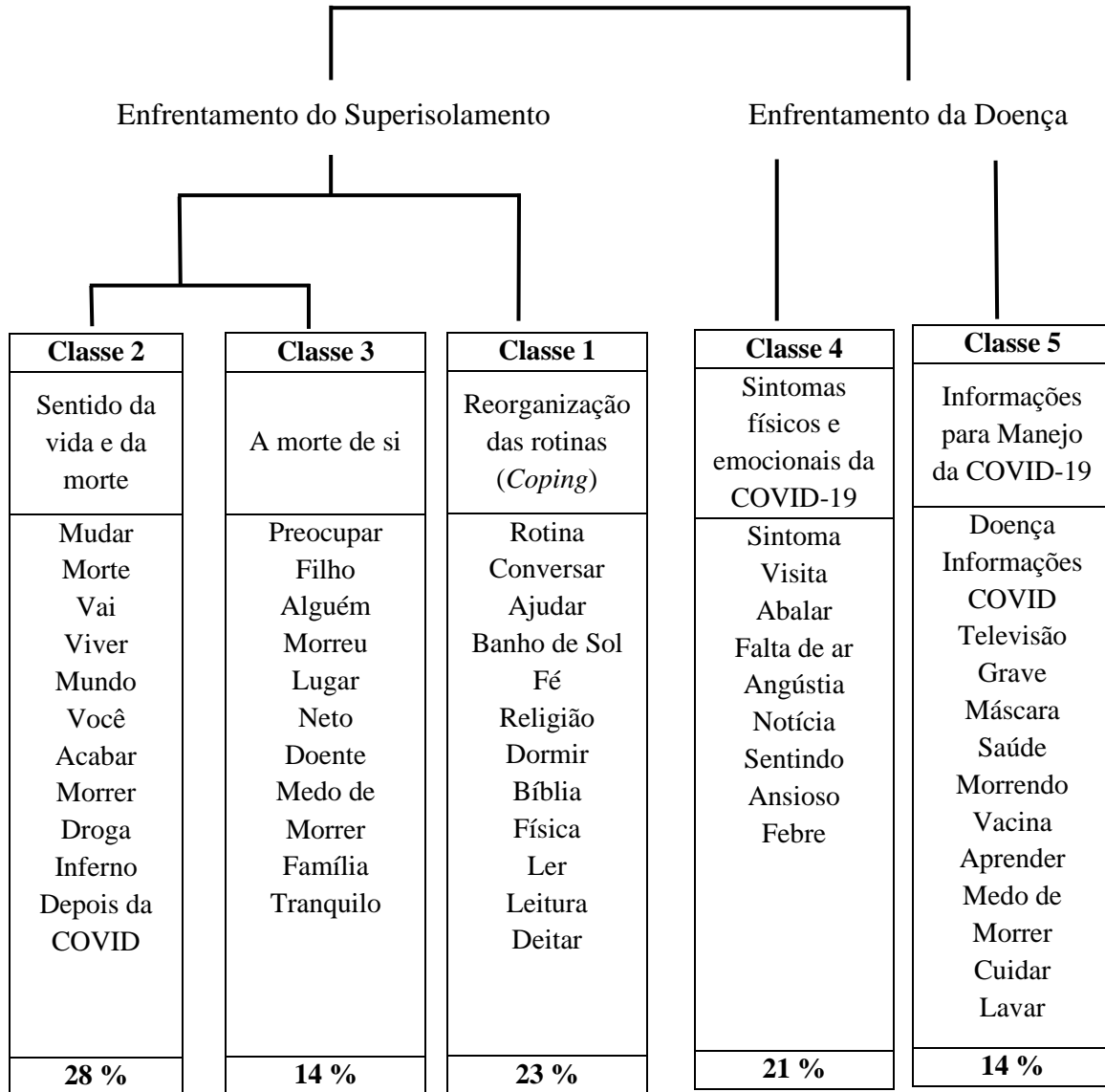
No preceito de crimes cometidos, observou-se, também, que a maioria dos idosos é composta por réus primários (66,7%), ao passo que 54,5% dos adultos eram reincidentes.

#### 4.2 COVID-19 NO CÁRCERE

Após análise das entrevistas do total de participantes com auxílio do *software* ALCESTE, identificaram-se 15317 ocorrências de palavras. O programa clivou o *corpus* em 383 Unidades de Contexto Elementares (UCEs), que constituem os extratos das falas dos entrevistados. O número mínimo de UCEs estabelecidas pelo programa para formar uma

categoria foi de 27 unidades. Nesse contexto, emergiram dois eixos significativos conforme Figura 2.

Figura 2. Dendograma do corpus das entrevistas organizada em 2 eixos e 5 classes.  
Brasília, 2022



Fonte: Dados da

Pesquisa

O primeiro eixo, nomeado **Enfrentamento do Superisolamento**, representou 65% do discurso dos entrevistados e foi composto pelas classes 2, classe 3 e classe 1, denominadas respectivamente **Sentido da vida e da morte**, **a Morte de Si** e **Reorganização das rotinas (*Coping*)**. No eixo foram explicitados os impactos psicossociais causados pelo superisolamento e as estratégias de adaptação ao novo cenário.

O segundo eixo, intitulado **Enfrentamento da Doença** foi formado pelas classes 4 e 5, intituladas, respectivamente, **Sintomas Físicos e Emocionais da COVID-19 e Informações para Manejo da COVID-19**. Os discursos do eixo corresponderam a 35% das falas dos entrevistados e foram mencionados os principais efeitos da infecção bem como os principais meios de auto e heteroproteção.

A seguir, serão discutidos de forma detalhada cada um dos eixos.

#### 4.2.1 Eixo 1 – Enfrentamento do superisolamento

A classe 1, **Reorganização das rotinas (Coping)**, correspondeu a 23% dos discursos dos entrevistados nesse eixo, com 42 Unidades de Contexto Elementares (UCE). Nessa classe abordaram-se os impactos causados pela desorganização da rotina devido à necessidade de readaptação em função do superisolamento destacando os novos hábitos no período.

A classe 2, **Sentido da vida e da morte**, correspondeu a 28% do total das classes formadas, com 50 UCEs. Nessa classe discutiram-se as reflexões acerca do significado da vida e da consciência da própria finitude.

A classe 3, **Morte de Si**, foi formada por 25 UCEs, correspondendo a 14% do total das classes. Nessa classe emergiram as preocupações dos entrevistados com seus familiares, devido à possibilidade do adoecimento dos mesmos pela COVID-19, além da sensação de tempo perdido durante o encarceramento.

##### 4.2.1.1 Classe 1 – Reorganização Das Rotinas (Coping)

Nessa classe, os verbos de maior destaque foram *conversar, ajudar, dormir, ler e deitar* seguido das palavras *rotina, banho de sol, fé, religião, bíblia, física (atividade física), leitura*. A necessidade de vivenciar um isolamento dentro de outro apartamento social, representou um grande desafio.

Nesse contexto, verificou-se que a testagem positiva e confirmação do diagnóstico da doença provocou um conjunto de mudanças e alterações nas rotinas, regras e rituais do ambiente prisional. As perturbações, ainda que aparentemente sem importância, podem acumular-se, adquirindo grande peso na vida cotidiana.

No Sistema Penitenciário, a pessoa que passa a ser privada de liberdade vive uma situação de confinamento, estabelecido por meios jurídicos. Porém, no contexto pandêmico

atual, houve a necessidade de isolamento das pessoas privadas de liberdade que apresentavam sintomas gripais ou que foram diagnosticados com coronavírus. Dessa forma, existiu uma sobreposição de confinamento, potencializando o isolamento, sendo denominado de superisolamento (CARVALHO *et al.*, 2020).

As novas rotinas adotadas levaram a uma necessária reorganização dos espaços com adoção de atitudes que buscaram enfrentar a realidade de forma a não apenas minimizar os sintomas da COVID-19, mas sobretudo manter a melhor condição mental possível frente à situação. Nesse cenário, realizaram-se algumas estratégias de enfrentamento, também conhecidas como *coping* — como as atividades físicas, os cuidados de higiene e as leituras, sobretudo da bíblia — que ajudaram a manter a saúde física e emocional.

A minha rotina era só banhar, comer e ficar deitado. Física (atividade física) eu faço sim, no banho de sol. A bíblia eu leio dentro da cela. No banho de sol eu era mais de correr e fazer física. Sim, conversava com o pessoal da cela. [...] tinha eu e mais nove no isolamento (S - 8).

Na cela era só conversando com os colegas de cela, pegava um pesinho. Ah sim, apesar de não ter um atendimento psicológico, a gente não se entrega. A gente blinda a mente. A fé e a religião ajudaram nesse momento, pois sem Deus não somos nada. A fé, a oração e o jejum me ajudaram muito (S - 5).

O *coping* é um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas para o enfrentamento de situações estressantes da vida. O intuito do *coping* é de harmonização e a administração (reduzir/minimizar/tolerar) da situação estressora, proporcionando redução de sintomas graves de ansiedade e estresse (PANZINI; BANDEIRA, 2007; CUNHA *et al.*, 2021a).

As estratégias de *coping* implicam uma avaliação cognitiva do fenômeno estressante, podendo ser categorizadas de acordo com o seu objetivo, como: estratégias com foco na emoção (regulam a resposta emocional) ou estratégias com foco no problema (objetivo de solucionar o evento estressor) (PANZINI; BANDEIRA, 2007).

Ao discorrer sobre *coping*, Cunha *et al.* (2021a) abordam que o uso de atividades para mente e corpo foram as estratégias mais prevalentes em seu estudo. Dentre essas atividades mente-corpo podem ser citadas: o canto, a leitura, a meditação e a realização de exercícios físicos.

Pode-se observar que apesar de um dos sintomas da COVID-19 ser a “falta de ar” e ter sido referido pelos PPLs, as atividades físicas realizadas dentro das celas e durante o banho de sol justifica-se pela prevalência de sintomas leves e tinha o propósito de combater



o ócio do encarceramento, a fim de desviar do pensamento da doença (GOUVEA-REIS *et al.*, 2021a).

Na população em geral, observou-se que o isolamento e o distanciamento social prolongados, gerados por situações de quarentena, causaram diferentes efeitos psicológicos negativos, como: rebaixamento do humor, raiva, insônia, medo e irritabilidade (LIMA, 2020).

Nas prisões, estudos apontaram que, no superisolamento, representaram riscos importantes no âmbito da saúde mental, pois o impacto do confinamento sobreposto leva a uma potencialização das reações psicológicas como é o caso de alterações de humor e agressividade (CARVALHO *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2021a).

O diagnóstico de uma doença com potencial letal pode causar várias repercussões negativas na vida da pessoa, promovendo sentimento de medo da morte e levando a um sentimento de luto antecipatório diante das possíveis perdas simbólicas que se dão durante o processo de adoecimento. Credo em uma divindade que tem o poder de vida e de morte, o ser humano se apega às crenças religiosas como barganha com Deus para continuar vivendo e como forma de atenuar o medo da morte. Frente a esse sentimento de medo da morte, a fé tende a contribuir como consolo e esperança de cura da doença (REIS *et al.*, 2018; GOMES *et al.*, 2019).

O adoecer leva o indivíduo a ajustar-se a uma nova realidade. Essa nova realidade acontece à medida que o adoecimento promove alterações na rotina do enfermo, levando a mudanças no modo de ver a vida e a construção de estratégias de enfrentamento (LINO *et al.*, 2021).

Notou-se, também, que o processo do adoecimento pela COVID-19 e impacto do superisolamento vivenciado pelos detentos, pode ter gerado um sentimento de luto. Pode ser que esse sentimento tenha funcionado como gatilho para o desequilíbrio emocional.

Com referência aos sentimentos de perda, os entrevistados relataram que, no período do superisolamento, o confinamento em ambiente diferente do habitual, com alteração da rotina, suscitou a saudade dos familiares e precipitou a emergência de sentimentos de medo da morte, ansiedade, conforme demonstrado no extrato que se segue:

A saudade da família e o medo de morrer aumentaram mais ainda, eu pensei que ia morrer aqui dentro. Fiquei bastante ansioso. Minha rotina era só ficar deitado, eles pagavam o almoço, a gente ia ao banho de sol. Não fazia física não, pois não estava bem. [...]. Não tinha ânimo para falar com ninguém. Acordava e ficava quieto no meu lugar. Pensando besteira, pensando que eu ia morrer aqui dentro (S - 4).

Com relação a esse sentimento de luto, Freud, em seus trabalhos, descreveu que o luto não pode ser considerado uma patologia e não é limitado à morte, mas abrange as perdas reais e simbólicas que o ser humano vivencia durante a vida. Outro ponto importante é a caracterização das fases do luto que Freud refere que são: abatimento doloroso, cessação do interesse pelo mundo exterior, perda da capacidade de amar e inibição de toda atividade (PIERASSOL *et al.*, 2017).

A psiquiatra suíça Elizabeth Kubler-Ross classificou o luto em cinco fases, as quais possuem algumas semelhanças com as descrições propostas por Freud, o que auxilia a compreensão de que as pessoas passam pelas fases do luto. Isso não quer dizer que os sujeitos sigam, necessariamente, a ordem das fases de luto, classificadas por Kubler-Ross, podendo a pessoa vivenciar, apenas, uma fase ou estagnar em uma delas, dessa forma, não concluindo todo o ciclo do luto (PIERASSOL *et al.*, 2017).

Para Kubler-Ross (1996), o processo do luto é dividido em cinco fases que são: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação. A fase de negação e isolamento é a fase em que há uma grande dificuldade em compreender a perda e aceitá-la, levando ao ponto de o indivíduo não acreditar na situação em questão.

Quando a fase da negação não pode ser mais mantida, surge, então, a fase da raiva, em que, geralmente, há a presença de sentimentos de raiva, inveja, revolta e de ressentimento com relação à situação da perda real ou interrupção prematura de atividades da vida do indivíduo. Nessa fase, as palavras de conforto ditas podem ser interpretadas como falsidade (KUBLER-ROSS, 1996).

Com relação à fase da barganha, a pessoa negocia com alguma divindade/forças superiores a mudança da situação, após observar que a ira e/ou revolta não auxiliaram a resolução da sua perda. De maneira mais sucinta, a barganha é uma espécie de troca que o indivíduo faz para suavizar sua dor e ganhar mais tempo de vida, entrando com a contrapartida de promessas de mudanças de hábito e recomeço (KUBLER-ROSS, 1996; PIERASSOL *et al.*, 2017).

A partir do momento que a pessoa observa que a perda é uma situação inevitável e sem alternativas de resolução, inicia-se a fase da depressão, em que há a conscientização da situação da perda, seguida de profundo silêncio interior, angústia e solidão, principalmente com a realidade de se perder tudo (dignidade, condição financeira e afastamento das pessoas) (KUBLER-ROSS, 1996; PAULA *et al.*, 2017).

Porém, à medida que ocorre um entendimento maior da situação da perda, o indivíduo age com mais tranquilidade, mas ainda com uma certa tristeza. Assim, inicia-se a fase da aceitação. Nessa fase, o espaço vazio gerado pela perda é preenchido pelo retorno gradativo às atividades normais (KUBLER-ROSS, 1996; PAULA *et al.*, 2017).

Observa-se que o isolamento social e a realização de quarentena são condições que possuem relação com o aumento das queixas psicológicas, principalmente sintomas relacionados à ansiedade, ocasionados, muitas vezes, pela solidão, incerteza e distanciamento do contato humano. Algumas outras alterações podem ser encontradas também como modificações no ciclo circadiano, transformações na rotina, aumento dos níveis séricos de cortisol, tristeza e medo (CUNHA *et al.*, 2021b).

O processo neurofisiológico do medo no Sistema Nervoso está diretamente relacionado à Amígdala, que, por sua vez, é encarregada de manter o estado de alerta no organismo, tendo relação direta com estados de ansiedade. Dessa forma, em um contexto pandêmico, há uma facilidade de o medo ser desencadeado. Com isso, a possibilidade do desenvolvimento da hiperfuncionalidade da amígdala é maior, podendo levar a transtornos como ansiedade, ataques de pânico, sintomas psicóticos e suicídio, muito comuns em indivíduos submetidos a isolamento social e quarentena (CUNHA *et al.*, 2021b).

Percebe-se, também, que quadros de ansiedade influenciam, de maneira negativa, a qualidade de vida geral, física, ambiental e psicológica das pessoas. Dessa forma, intervenções que auxiliam a redução de ansiedade são necessárias para a melhora da qualidade de vida, principalmente em pessoas que passam por isolamento pela COVID-19 (JÚNIOR *et al.*, 2020).

As intervenções que podem ser utilizadas para redução da ansiedade devem ser adaptadas ao contexto em que a pessoa se encontra. Algumas dessas intervenções são: a reorganização de uma nova rotina diária para preservação do ritmo das funções orgânicas (afazeres domésticos, alimentação e sono), realização de atividade física, prática religiosa e manutenção das interações sociais por meio de conversas, mantendo a restrição de contato físico preconizado (JÚNIOR *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2020).

Quanto a essas intervenções, Brooks *et al.* (2020) dissertaram que o confinamento vivenciado em um superisolamento, no âmbito carcerário, proporciona mais ainda uma diminuição da interação social, além da perda da rotina habitual das pessoas privadas de liberdade, o que causa mais tédio, frustração e sensação de isolamento do resto do mundo.

Estudos apontaram que a realização de atividades físicas leves, durante o período de isolamento, pode ter auxiliado a redução do ócio sentido pelas pessoas privadas de liberdade.

As atividades, principalmente as laborais, possuem efeitos psicológicos e cognitivos benéficos, como é o caso da redução de ansiedade, além de auxiliar a reinserção social da pessoa privada de liberdade (JÚNIOR *et al.*,2020; SANTOS *et al.*,2020; JUNQUEIRA *et al.*,2015).

Neste estudo, observou-se que, de forma intuitiva, a prática de atividade física leve foi uma das estratégias de enfrentamento utilizadas durante o período de superisolamento. Cunha *et al.* (2021b) corroboram essa ideia ao dizer que a atividade física, quando realizada de forma contínua, é considerada uma medida terapêutica comportamental auxiliando na redução dos sintomas de ansiedade. Essa redução dos sintomas de ansiedade está relacionada ao aumento dos níveis de endorfina que a prática de atividade física provoca no organismo humano.

Outra forma apreendida para lidar com o superisolamento foi a prática de gestos de solidariedade, com compartilhamento de materiais escassos dentro das celas. Esse achado ratifica os estudos de Brooks *et al.* (2020), Minayo e Ribeiro (2016), em que os entrevistados para superar o impacto e frustração causados pelo superisolamento buscaram ajudar os demais companheiros com atitudes solidárias visando, também, “ocupar a mente”.

Este excerto revela esse tipo de ato solidário:

Não, a gente não tinha acesso a livros. A gente ficava conversando, ajudando os outros também, pois quem estava bem sempre ajudava o pessoal, por conta dos medicamentos. Pois tem muita pessoa idosa que não sabe nem ler. Eu sempre estava ajudando (S 15 - Adulto).

A mudança repentina no cotidiano de uma população que uma epidemia grave pode provocar auxilia o surgimento de ações solidárias de maneira coletiva. No caso da pandemia de COVID-19, observou-se a presença de temor, impotência e solidão frente à insegurança que o vírus SARS-CoV2 causava. Isso impulsionou a realização de ações solidárias coletivas de enfrentamento, principalmente para as populações de risco para a doença (PORRECA, 2021).

A solidariedade pode ser entendida pela relação de colaboração mútua entre os seres humanos, opondo-se as atitudes de egoísmo e egocentrismo. Ela possui uma similitude com os termos fraternidade e humanidade, sendo considerada uma dádiva gratuita e estabelecendo conexões entre as pessoas, reduzindo a impessoalidade e promovendo o estado de bem-estar. No campo da sociologia, a solidariedade é definida como um fato social (LEAL; TEIXEIRA, 2017; SANTANA *et al.*, 2021; PORRECA, 2021).

O cenário que a COVID-19 promoveu no mundo demonstrou que a contaminação e o contágio pelo SARS-CoV2 independem de relações sociais, indo além do núcleo familiar/amizade. Além disso, tem feito a sociedade repensar suas ações e colocar em prática atitudes solidárias, sem ideais lucrativos, mas tão somente movimentos solidários com base na compaixão nas relações humanas, sem distinção e com ideal de colaboração mútua. O indivíduo, para realizar uma ação solidária, demonstra que compreende fazer parte de um todo (PORRECA, 2021).

Para entender um pouco sobre a ação solidária, é necessário abordar a ideia de ação social, elaborada por Max Weber em sua Teoria da Ação Social. Para Weber, a solidariedade tem origem na ação social, sendo ela uma ação voltada ao outro, um comportamento humano que interage com o comportamento do outro. Essa ação pode ser impulsionada pelo costume ou pelo hábito, sendo baseada em diferentes crenças (LEAL; TEIXEIRA, 2017).

Para Émile Durkheim, a solidariedade é vista como um “fato social”, que consiste nas formas de agir, de pensar e de sentir que desempenham determinada força sobre os indivíduos, obrigando-os a se adaptar às regras da sociedade onde vivem. Em sua obra *Da Divisão do Trabalho Social* (1983), ele define a solidariedade como uma relação moral (fenômeno moral) que faz com que os indivíduos se reconheçam como membros de uma mesma sociedade (LEAL; TEIXEIRA, 2017; PORRECA, 2021).

Para Marcel Mauss, sobrinho e seguidor de Durkheim, em sua Teoria Multidimensional da Ação, a solidariedade é uma ação baseada no sistema de trocas interpessoais, estabelecendo vínculos e criando rede de relações e pactos de confiança entre os indivíduos. A solidariedade para Mauss está embasada na “tríplice obrigação”: dar, receber e retribuir. Observa-se que a ação solidária impulsiona o dever de retribuição espontânea, sem equivalência (LEAL; TEIXEIRA, 2017; PORRECA, 2021).

A solidariedade, em tempos de pandemia, direcionou as ações altruístas principalmente para pessoas que faziam parte do grupo de risco pela COVID-19, como é o caso dos idosos. A realização dessas ações demonstrou a responsabilidade social e o dever ético de quem exerce ações solidárias (PORRECA, 2021).

Além da realização de atividades físicas e de ações solidárias, a prática religiosa também tem sido apontada em estudos como uma intervenção (SANTOS *et al.*, 2017) e neste estudo foi realizada pelas PPLs.

Nessa busca de aliviar o impacto emocional e de apoio para enfrentar situações difíceis, como é o caso de adoecimento por enfermidade grave, muitas pessoas utilizam a religião como esteio para superar esse momento, o que pode ser chamado de *coping* religioso

(CRE). O CRE é uma estratégia de enfrentamento de problemas com uso de crenças e comportamentos religiosos que promovem um alívio do impacto emocional negativo de situações estressantes. Porém, a utilização do CRE depende muito da situação na qual a pessoa está vivenciando, podendo ser tanto positiva quanto negativa (PANZINI; BANDEIRA, 2007; SILVA *et al.*, 2019; CUNHA *et al.*, 2021a).

O CRE positivo ocorre quando as estratégias utilizadas para o enfrentamento propiciam um efeito benéfico na pessoa, como uma conexão com o divino em busca de proteção e melhoria do sofrimento psicológico. Já o CRE negativo acontece quando as estratégias proporcionam consequências desfavoráveis como fuga e transferir para Deus a solução dos momentos estressores (PANZINI; BANDEIRA, 2007; SILVA *et al.*, 2019).

Silva *et al.* (2019) apresentam, em seu estudo, que a maioria dos participantes da pesquisa utilizaram de estratégias de CRE durante o período de enfermidade que vivenciaram. Isso demonstra que tanto a espiritualidade quanto a religiosidade são consideradas ferramentas que contribuem para encontrar significado e sentido de vida durante o processo de adoecimento, proporcionando uma fonte de apoio e esperança.

Os dados do estudo de Silva *et al.* (2019) corroboram com esse estudo ao demonstrar que a prática da oração em grupo ou individualmente foi utilizada como CRE positivo, sendo isso atribuído pelo reconhecimento das necessidades espirituais e religiosas do indivíduo, quanto auxiliar o processo saúde/doença, proporcionando um manejo do estresse vivenciado.

Nesse contexto, observa-se a realização de atividades religiosas, como o diálogo com o Divino pode contribuir para a reflexão sobre a vida. Pode-se notar que a religião e a fé em Deus ajudaram o enfrentamento do superisolamento das pessoas privadas de liberdade. Parece que a ligação com o Divino lhes proporcionou melhores condições para refletir e avaliar o momento vivenciado naquela ocasião, conforme apontam os relatos a seguir:

Me fez repensar na vida, pra melhor. Minha rotina era eu acordava, escovava os dentes, tomava café, orava, ficava  lendo a bíblia, almoçava, ia para o banho de sol, dormia, lanchava, lia a bíblia. Eu me reservei mais. A leitura da bíblia me ajudou a passar por isso, com certeza. Porque eu aprendi bastante, não sobre questão de religião, mas como pessoa (S - 14).

Essa minha rotina me ajudou a passar por esse período de isolamento. A religião, a fé e ler a bíblia me ajudou também. Familiar não, mas tiveram muitos amigos meus que morreram da COVID, de mais idade. (S - 16).

[...]Eu tenho a bíblia e a lia. Me ajudou. A fé e a religião me ajudaram muito, pois você lê muito a bíblia, fala muito sobre Deus e te ajuda né (S - 20).

Eu gosto de ler muito livro, conversava com os colegas da cela. A religião e a fé me ajudaram sim, pois a gente tem que se apegar a Deus. Não tive nenhum parente que morreu de covid, pois quando eu consegui falar com minha filha, eu perguntei se estava tudo bem lá (S - 30).

Pode-se inferir, com base nos relatos, que a religiosidade proporcionou um suporte emocional que auxiliou o enfrentamento da doença. A religiosidade pode promover bem-estar, redução de sentimentos como angústia e tristeza e níveis de depressão, mas isso quando a religião proporciona um processo de significação para a vida, para o sofrimento e para a morte (VIEIRA; AQUINO, 2016).

Mesmo em tempo pré-pandemia, era possível observar, no cotidiano do Complexo Penitenciário, a realização de cultos, rezas, leituras da bíblia e cânticos entre as pessoas privadas de liberdade durante os banhos de sol, ou mesmo no interior das celas. Contudo, durante o superisolamento, a religião com o Divino foi fortalecida e o tempo dedicado a leitura da bíblia e a orações, parece indicar como uma forma de barganha com Deus. Afinal, segundo Alves (2003:12), “é quando a dor bate à porta e se esgotam os recursos da técnica, que nas pessoas acordam os videntes, os exorcistas, os mágicos, os curadores, os benzedores, os sacerdotes, os profetas e poetas, aquele que reza e suplica, sem saber direito a quem”.

Sendo assim, a doença e a ameaça de morte que ela traz pode beneficiar um apego religioso, favorecendo uma espécie de ligação direta com Deus à procura do restabelecimento de sua saúde como uma forma de barganhar com o Divino o prolongamento de sua vida. A barganha constitui uma estratégia do ser humano para negociar o adiamento da morte ou a solução de algum problema, ofertando à divindade um prêmio “por bom comportamento”, promovendo, assim, esperança e conforto ao indivíduo (SILVA *et al.*, 2012; RIBEIRO *et al.*, 2022).

A experiência do adoecimento acontece de maneira individual, sendo vivenciado de maneiras distintas, levando a mudanças na vida do enfermo. Essas mudanças são decorrentes da enfermidade em questão, como sinais e sintomas da doença, necessidade de adaptação da rotina, além do impacto psicológico ao se observar a fragilidade e finitude da vida, com sentimentos como medo, ansiedade e angústia (LINO *et al.*, 2021).

O adoecer não impacta, apenas, os processos biológicos do corpo, implicando, também, padecimento de ordem psicológica como depressão e ansiedade. O sofrimento advindo do adoecimento impulsiona o indivíduo a buscar medidas de enfrentamento para fortalecimento interior, sendo a religiosidade e a espiritualidade uma das formas de enfrentamento utilizada pelos enfermos e familiares para superação desse processo de saúde e doença. Percebe-se a relação do maior envolvimento com a religião com melhora dos indicadores de bem-estar psicológico, com menos sintomas depressivos (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007; GOMES *et al.*, 2019; KAMADA *et al.*, 2019).

O ser humano é composto pelas dimensões física, psíquica e espiritual, sendo a espiritualidade o que difere o homem dos animais e vegetais. Além disso, o ser humano possui um desejo nato de melhorar-se com o objetivo de alcançar a felicidade e encontrar a quem ama, isso por meio da religiosidade apoiada na fé (NASCIMENTO; CALDAS, 2020).

É necessária ao ser humano a prática de sua espiritualidade, sendo por meio da sua religião ou não, por estar relacionada à qualidade de vida. A espiritualidade é considerada importante para a manutenção do estado de saúde do ser humano, fazendo parte do conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), preconizado no ano de 1998: “saúde é um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social, e não simplesmente a ausência de doença ou de enfermidade” (KAMADA *et al.*, 2019).

Na busca da religiosidade e da espiritualidade, uma das formas encontradas pelo ser humano para alcançar contato com Deus é por meio da oração. Ao realizar essa forma de expressão da fé, o enfermo faz suas súplicas para melhoria da doença que o acomete. Além disso, as orações auxiliam o enfrentamento do período do adoecimento, encontrando forças para superar seus problemas (GOMES *et al.*, 2019; THIENGO *et al.*, 2019; DINIZ *et al.*, 2020).

Outra forma de prática religiosa para a busca da espiritualidade é a leitura da Bíblia ou de textos religiosos, que, em momentos difíceis, auxilia o conforto e alívio do sofrimento, promovendo reflexão acerca do momento atual que a pessoa tem vivenciado (GOMES *et al.*, 2019).

Os cultos ou práticas de orações em grupo, também, são formas de manifestação da fé, venerar a divindade e obter conforto dos sofrimentos vividos, trazendo paz e tranquilidade durante a realização das orações. Essas reuniões são realizadas entre pessoas afins e com a mesma crença religiosa. Reunindo-se em grupo, acredita-se que as chances de alcançar as súplicas realizadas aumentam (GOMES *et al.*, 2019).

O impacto das ações dos cultos e orações em grupo é com relação ao apoio social e à mudança de estilo de vida. O apoio e acolhimento, realizados pelos membros do grupo religioso ao enfermo, auxiliam a mudança de significado da doença que o acomete, modificando seus hábitos de vida. Com isso, o indivíduo passa a seguir estilos de vida mais saudáveis, com base nas concepções religiosas da doutrina à qual o sujeito faz parte (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007; GOMES *et al.*, 2019; KAMADA *et al.*, 2019; THIENGO *et al.*, 2019; DINIZ *et al.*, 2020).

A prática de orações também possui efeitos sobre a saúde das pessoas enfermas, aliviando na redução dos níveis de ansiedade. O alívio da ansiedade ocorre em decorrência



da atenuação das apreensões que a pessoa possui com o adoecimento, desviando o foco dos sintomas que a doença promove no corpo, transferindo a responsabilidade de sua melhora para o Ser Superior. Isso contribui para a redução do estresse no indivíduo, levando a um aumento da quantidade de neurotransmissores, reduzindo a liberação de hormônios que reprimem a contagem de células imunes envolvidas no estresse, com consequente melhoria das vias psiconeuroimunológicas, psiconeuroendócrinas e psicofisiológicas (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007; GOMES *et al.*, 2019; KAMADA *et al.*, 2019; THIENGO *et al.*, 2019).

A prática religiosa interfere no sistema imunológico do ser humano, principalmente em algumas moléculas, como é o caso das citocinas, em especial a interleucina 6. As citocinas são moléculas proteicas que repassam vários sinais de estímulos, modulação e mesmo inibição para as células do sistema imunológico (VARELLA; FORTE, 2001; GUIMARÃES; AVEZUM, 2007; KAMADA *et al.*, 2019; THIENGO *et al.*, 2019).

A interleucina 6 (IL-6) é uma citocina que possui influência em respostas imunes antígeno específicas e reações inflamatórias, sendo um importante mediador da fase aguda da inflamação. Além disso, pode-se observar a ação da IL-6 na glândula hipófise, estimulando a produção do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), proporcionando homeostase entre o sistema imune e o eixo neuroendócrino (VARELLA; FORTE, 2001).

Segundo Guimarães e Avezum (2007), a IL-6 também pode ser encontrada em reações agudas de estresse e depressão. Ao exporem sobre a prática religiosa, os autores relataram que ela esteve associada à menor elevação dos níveis séricos de IL-6 e de redução dos níveis de cortisol urinário dos colaboradores das pesquisas realizadas.

A análise do perfil dos participantes desse estudo assinalou que 41,9% foram constituídos por PPLs que se autodeclararam evangélicos, o que está de acordo com a literatura. No Brasil, o evangélico brasileiro assimilou parte dessa cultura dos protestantes norte-americanos, tornando hábito o cantar os cânticos de louvor. Cantar é uma forma de ter forças para transpor as dificuldades da vida, o sofrimento e a precariedade da existência. Dessa maneira, o fiel sente a presença de Deus em todos os momentos de sua vida (CAMPOS, 2009).

O extrato abaixo destaca esse fato:

(...) A gente passa o tempo cantando, louvando, passava o tempo da mesma forma. A religião ajuda sim, na verdade, a música em si, ela ajuda muito a passar o tempo. Também conversar com os irmãos (S -7).

De acordo com Campos (2009), desde Lutero, Calvino e os irmãos Wesley, o hábito de cantar foi incorporado à vida cotidiana e à liturgia. Assim, cântico faz parte dos ritos diários e dos rituais de comunidades de fé evangélica. Durante o período de pandemia, no Complexo Penitenciário da Papuda, realizaram-se os cânticos e os louvores em uníssono pelas PPLs que as executam, podendo ser escutados a certa distância do local de superisolamento, onde ocorreu. Observou-se um silêncio no restante do bloco, em sinal de devoção ao Divino.

Uma vantagem do canto repetitivo em grupo é que todos podem participar, mesmo quando pensam que não têm habilidades musicais. A experiência de conexão e unidade é uma razão fundamental para o uso do canto em comunidades e religiões tradicionais. Descobertas científicas sobre os participantes de coros constataram que, para a maioria deles, cantar juntos fazia como se sentissem melhor, o que contribuía para elevar o estado de bem-estar mental e emocional (SHELDRAKE, 2021).

Essas impressões subjetivas também são acompanhadas por mudanças fisiológicas mensuráveis. A amostra de salivas colhidas de participantes antes e depois de cantar mostraram elevação significantes da imunoglobulina A (IgA), indicando uma maior atividade do sistema imunológico. Essa forma de imunoglobulina é secretada, externamente, nos fluidos corporais, o que incluiu o muco nos tratos brônquicos, genital e digestório, constituindo uma primeira linha de defesa contra infecções microbiana (SHELDRAKE, 2021).

Estudos com residentes de asilo que cantavam juntos mostraram relações significativas em mensurações padronizadas de estresse e de depressão, em comparação àqueles que não cantavam (SHELDRAKE, 2021).

Observou-se, dessa maneira, no contexto da pandemia de COVID-19, a importância da fé e da religião dentro dos presídios como uma maneira de enfrentamento durante o período do superisolamento, além de ser uma forma de interação social entre as pessoas privadas de liberdade, podendo, por sua vez, auxiliar a promoção da ressocialização deles, juntamente a outras práticas utilizadas, como é o caso do trabalho e do acompanhamento psicossocial.

#### 4.2.1.2 Classe 2 – Sentido Da Vida E Da Morte

Foi possível aprender, nesta classe, que o adoecimento pela COVID-19 e a ameaça de um possível desfecho de morte parece ter propiciado a oportunidade de refletir acerca do significado da vida, autoquestionando suas atitudes e condição de encarcerado. Nessa classe, os verbos de maior destaque foram *mudar, viver, acabar, morrer*, seguidas das palavras *morte, mundo, você, droga, inferno* e a expressão *depois da covid*.

Segundo Morin (1997), a diferença entre o homem e os outros animais é a consciência da morte. A morte para o homem não é um saber inato da espécie. Dessa forma, a concepção dela é adquirida no transcorrer da vida, sendo o homem obrigado a aprender e reaprender a morte todo o tempo.

Importante ressaltar que existe uma distinção entre o conceito de morte e o conceito de morrer. O morrer é considerado um processo que ocorre ao longo da vida, sendo ele vivenciado apenas pelo ser humano que está morrendo, mas podendo ser acompanhado por outra pessoa. Com relação a morte, ela nunca pode ser experienciada, podendo ela ser conceituada como uma condição inerente ao ser humano, a única certeza que se tem, um fenômeno individual e único que leva ao encerramento da vida biológica (ARAÚJO; VIEIRA, 2004).

A morte faz parte do processo de viver do ser humano, sendo ele o único ser que entende que vive em ciclos que vai do nascer ao morrer, usando disso para criar uma ordem e sentido em sua vida. As religiões auxiliam a criação dessa ordem por meio do uso de símbolos como céu e inferno, dando sentido, significado e motivação para viver para os seres humanos (CAMPOS, 2009).

Falar da própria morte é algo pouco visto atualmente, sendo observados comentários a respeito da morte de terceiros, mas nunca em primeira pessoa, pois falar da própria morte é angustiar-se. Nesse sentido, enxerga-se a morte como um acontecimento que é preciso se afastar para evitar a angústia que ela ocasiona (DANTAS *et al.*, 2021).

Em contrapartida, pensar na morte do outro é pensar na possibilidade da própria morte, característica finita que todo ser humano possui. Pensar na própria finitude é pensar no ser humano como autor da própria vida e como viver a cada dia a sua própria existência (DANTAS *et al.*, 2021).

A angústia desperta o ser humano para a morte, ficando ele diante da própria finitude. Ter consciência de sua morte é uma condição fundamental do homem, sendo, em algumas culturas, considerada um castigo ou uma força do mal, causando dor e sofrimento aos entes

que ficam. Porém, quando o ser humano assume a própria morte, demonstra compreender que a real existência do homem é aceitar sua finitude com parte da existência e, a qualquer momento, ele não poderá mais estar presente (SANTOS; MOHR, 2018; VIANA; NÓBREGA, 2019).

Se uma das poucas certezas de que se tem da vida refere-se à finitude desta, faz sentido pensar a existência direcionada “para a morte”, mas não focar a vida no morrer; mas na ciência de que viver implica ciclos com processos finitos. Isso auxilia a pessoa a enfocar o momento presente, valorizando a vida e tornando-se sua melhor versão a cada dia (DANTAS *et al.*, 2021).

Os extratos abaixo abordam a concepção de morte que as pessoas privadas de liberdade possuíam:

Eu sou evangélico, eu acredito assim, que depois que a gente morre só tem o inferno e a sepultura, sabe. A gente só vai ser sepultado e vai esperar o dia do julgamento (S - 5).

A vida é uma benção de Deus, e uma coisa muito importante para o ser humano. A morte, como eu leio na bíblia, é melhor do que a vida. Porque a partir do momento que you morre com Jesus, você vai herdar o reino de Deus e vai passar todos os sofrimentos (S - 15).

Cada religião tem seu conceito sobre a origem da morte e para algumas tradições religiosas do judaísmo, Islamismo e Cristianismo a transgressão de Eva e Adão no Jardim do Paraíso deu origem a ideia de morte. Nessa perspectiva, o casal ao desobedecer à divindade é punido pelo ato de transgressão e rebeldia as Leis Divinas, imprimido a ideia de que a morte é uma punição. Contudo, algumas vertentes do cristianismo conceberam a ideia de salvação para esse pecado herdado, ao atribuir ao filho de Deus a tarefa de assumir o pecado por toda humanidade. Ao morrer na cruz e ressuscitar Jesus Cristo sugeriu o conceito de vida eterna e de salvação com a aceitação do filho de Deus (GUSSI, 2008; CAMPOS, 2009; SILVA, 2011).

Os rituais e dogmas usados pela igreja católica com o intuito de consolar o enlutado foram deixados de lado pelos protestantes com a Reforma de Lutero, trazendo em contrapartida um certo dinamismo e diversidade em alguns pontos da fé, como é o caso do destino da alma dos falecidos (CAMPOS, 2009; SILVA, 2011).

Na religião evangélica, a salvação ocorre pela graça e mediante a fé. Dessa forma, a salvação que o indivíduo almeja se dá pelo relacionamento entre a pessoa e o seu Deus, dependendo das boas obras realizadas durante a vida. Tendo essa relação acertada entre Deus

e o fiel, ele poderá morrer em paz e será recebido por Jesus. A vida pós-morte das pessoas consideradas salvas e fiéis é uma vida eterna feliz nas mansões do paraíso do céu, repleto de maravilhas, local onde habitarão em plena felicidade celestial. Quem não levou uma vida seguindo os princípios de Deus não será salvo e pagará os pecados cometidos no inferno (CAMPOS, 2009; GUSSI, 2008; SILVA, 2011; SILVA, 2020a).

Para os evangélicos, a morte encerra a comunicação com os mortos. A morte biológica extingue a comunicação daquela pessoa, impedindo qualquer outra maneira de interação dos vivos com o morto. O último contato com a pessoa falecida é durante o velório. Essa postura se baseia em uma crença evangélica ao declarar que os mortos não escutam, não falam e não se comunicam com os vivos. As preces e orações não alteram a situação ou o destino da pessoa falecida, sendo esse destino decretado em vida (SILVA, 2011).

O evangélico tem mais facilidade em aceitar a sua morte de acordo com o tamanho da sua fé, pois ele crê que tudo acontece para o seu bem e com um propósito divino, um chamado de Deus ao seu coração. Dessa forma, aceita com alegria a morte, pois é a vontade de Deus (CAMPOS, 2009).

Alguns grupos religiosos que surgiram da raiz protestante norte-americana, como é o caso dos Adventistas do Sétimo Dia e as Testemunhas de Jeová, possuem diferenças quanto à crença na vida pós-morte, em comparação aos demais cristãos e aos evangélicos. Em ambos os grupos já citados, morto permanece “adormecido” no túmulo, aguardando o dia do dito juízo final, momento no qual este será resgatado. Eles acreditam que a ideia da imortalidade da alma é um conceito pagão, pois para eles somente Deus é imortal e a imortalidade é dada por ele para quem quiser (CAMPOS, 2009).

Campos (2009) descreve que as várias culturas no mundo possuem uma variedade e complexidade de visões da morte. Os cristãos, de uma maneira geral, têm, em sua cultura, várias crenças e práticas relativas à morte que foram evoluindo juntamente à humanidade. As narrativas das pessoas privadas de liberdade permitem aprender que suas crenças se ancoram na percepção de que, após a morte, as almas das pessoas são encaminhadas para determinado local que será distinto em decorrência das atitudes durante a sua vida. Nessa linha de pensamento, para eles, o indivíduo pode ser encaminhado para o inferno, caso tenha feito alguma “ação ruim”, ou para o reino de Deus, caso tenha praticado “boas ações” no percurso do viver.

Ao analisar as falas das PPLs, relativas ao significado da vida e da morte após a COVID-19, observou-se como os preceitos religiosos funcionam como pilares para definir o

“real” sentido da vida, ou seja, viver bem para ter uma boa morte, conforme ilustram os extratos que seguem:

A forma de viver é você trabalhar, viver uma vida saudável com a sua família, quem tem religião vai para sua igreja, fazer o bem. Acho que viver, para mim, é fazer o bem e receber o bem. A morte é uma certeza que a gente tem na vida, só isso para mim (S - 5).

A vida é uma dádiva de Deus que ela é dada única e você tem que aproveitar ela. A morte é consequência da vida. A qualquer momento você pode estar indo para ela, para morrer basta estar vivo (S - 13).

(...) Viver para mim é viver com Cristo Jesus, ter minha família, fazer o certo e trabalhar. A morte é morreu acabou. Eu quero estar com Deus. Eu acho que tem o juízo final. Depois da morte, se ele não estiver nos caminhos certos de Deus, ele não vai nem para o céu nem para o inferno (S - 6).

Vieira e Aquino (2016) discorrem que a principal motivação do ser humano é a busca de um significado para a sua vida. O sentido na vida está nas relações que cada ser humano tem com o mundo, havendo diferenciação entre o contexto de cada indivíduo. O contexto do adoecimento por COVID-19 gerou perspectivas de ressignificação de vida para os detentos. A presença recorrente do verbo *mudar*, nas narrativas elencadas abaixo, revela a intenção da pessoa privada de liberdade de se melhorar moralmente, valorizando mais a vida e a relação com o outro.

(...) Depois da COVID eu valorizei mais a vida. Jamais as pessoas serão iguais depois da covid. Nós vamos ter que mudar os nossos hábitos, vamos ter que respeitar mais os outros. Toda vida eu tive respeito pelo próximo e vou continuar tendo (S - 28).

Mudou, pois veio mostrar a igualdade, que todos somos iguais. Nivelou por baixo. Eu era servidor público e, por muitas vezes, eu fui arrogante e a arrogância não te leva a lugar algum (S - 1).

A minha visão, depois da covid é bem diferente, mudou bastante para bem melhor. Já veio mudando, esse desgaste temporal que a gente veio passando, aí vai fazendo com que a gente pense (S - 7).

O desejo de melhorar-se como pessoa e a dúvida quanto ao sentido da vida podem ser estímulos que auxiliem o ser humano na busca do seu autoconhecimento, despertando a sua espiritualidade e a busca ao divino (FEICHAS, 2019).

Além dos relatos supramencionados, referentes ao impacto na forma de ver a vida que o adoecimento pela COVID-19 proporcionou aos entrevistados do estudo, observou-se, também, a presença de relato de que a prática religiosa pode inibir a realização de delitos.

Ribeiro e Minayo (2014) relatam que a função da religião é uma forma de esteio em situações adversas e de auxiliar a ambientação do preso dentro da unidade prisional promovendo a socialização, diminuindo a quantidade de infração das rotinas carcerárias vivenciadas pelas pessoas privadas de liberdade. Dessa forma, a religião colabora para a redução do impacto dos estressores, promovendo mais sentido e coerência de vida, além de ter papel fundamental para o processo de mudança pessoal. No extrato a seguir, observa-se o papel da religião como freio moral para evitar a realização de possíveis ações delituosas:

Até um certo período da minha vida, eu sempre segui a religião direitinho. Porém, em um certo momento, eu me desgarei, fiquei longe. Foi aí que tudo aconteceu. Eu nunca fumei, nunca bebi e nunca roubei. Eu não acho que mudei depois da covid, acho que mantive a minha mesma postura (S - 31).

Infere-se, com base no extrato supramencionado, que, para os entrevistados, a ideia de seguir os preceitos religiosos os protege dos perigos no caso, cometer delito. Com base nisso, pode-se inferir que a crença religiosa os leva ao viver bem, enquanto o abandono dela pode expor aos pecados e o afastamento da religião levou o detento a ter um desvio de conduta, fazendo-o transgredir a lei.

De acordo com Koslowski (2013), religião é um conceito muito amplo e está relacionado com aspectos culturais de cada região do mundo. A religião oferece um auxílio relativo à interpretação da relação entre o mundo terrestre e o mundo divino, além de estabelecer mandamentos negativos e positivos como regras de conduta a serem seguidas pelos que creem em sua doutrina.

Fazendo uma análise sobre religião, Max Weber aborda o tema como fenômeno social e como parte do processo da Ação Social. A religião é considerada por ele um fenômeno social pelo vínculo social e o tipo de poder que ela produz em seus seguidores, gerando um modo de agir em comunidade (CARVALHO FILHO, 2014).

Ao definir a Ação Social, Max Weber considera a natureza da racionalidade da ação, isso significando que uma ação social é considerada racional se o seu resultado estiver embasado nos valores e contexto cultural que a pessoa vive (MORAES; MAESTRO FILHO; DIAS, 2003).

A obra de Max Weber aborda a definição de racionalidade e de racionalismo, e demonstra que há várias formas de racionalismo que variam de acordo com o contexto cultural no qual está inserido. A racionalidade é compreendida como um processo que motiva o indivíduo a realizar suas ações. Já o racionalismo está relacionado à matriz cultural onde a

sociedade e as pessoas estão inseridas, possuindo alguns traços como: busca de controle da natureza, da vida social e da vida subjetiva de cada indivíduo (autocontrole) (GOMES; MAGALHÃES, 2008; WEBER, 2016).

Baseando-se no conceito de racionalidade e racionalismo de Weber, e levando-se em consideração que 41,9% dos participantes se declararam evangélicos, pode-se inferir que a matriz religiosa dos participantes do estudo auxiliou e estimulou a realização de ações de enfrentamento do superisolamento, com o objetivo de controle da vida social e subjetiva das pessoas privadas de liberdade (GOMES; MAGALHÃES, 2008; WEBER, 2016).

Nascimento e Caldas (2020) afirmam que a religiosidade e espiritualidade têm como finalidade dar sentido à vida humana, possibilitando o indivíduo a fazer uma conexão interior, auxiliando a manutenção da saúde psicofísica como também a melhoria dos valores morais, além de auxiliar o enfrentamento em situações de sofrimento.

Freitas (2019) discorre, em seu estudo sobre a eficácia, a consciência religiosa possui para auxiliar o reequilíbrio de pessoas que possuem personalidades desajustadas, podendo, ainda, contribuir com a recuperação de vícios em drogas e alguns distúrbios de saúde mental.

Em religiões cuja base refere-se ao perdão e a um Deus amoroso, há mais propensão de haver ações de reabilitação por parte dos seus seguidores que cometem algum delito. Já nos casos das religiões mais conservadoras e que trazem um Deus ameaçador, há mais foco em ações mais punitivas, tendo menores índices de reabilitação (APPLEGATE *et al.*, 2000).

A religião tem uma grande força de reprodução social e é considerada, pela tradição judaico-cristã, um suporte para enfrentamento de algumas situações de sofrimento e privações em pessoas privadas de liberdade. A presença da religião dentro dos presídios é observada, principalmente, em mudanças importantes nas atitudes de pessoas privadas de liberdade, após envolvimento religioso (MORAES; DALGALARRONDO, 2006).

Assim, como afirmou Junqueira *et al.* (2015), a religião dentro das unidades prisionais tem um papel de controle coercitivo, sendo vista como uma forma de disciplinar as pessoas privadas de liberdade e de realizar o controle social dentro das prisões.

O fato de a pessoa privada de liberdade ter mais contato diário com a religião e não se sentir abandonada por Deus demonstra o papel da religião em relação à saúde mental no cotidiano prisional, sendo relacionada à atenuação dos casos de depressão e ideação suicida, além de auxiliar o ajuste comportamental (RIBEIRO; MINAYO, 2014).

Observou-se que o pensamento de Vieira e Aquino (2016) perpassa o âmbito prisional, à medida que as pessoas privadas de liberdade relataram que a religião auxiliou o



processo de enfrentamento durante o isolamento pós diagnóstico de COVID-19, melhorando a interação dentro da cela com os outros membros e dando sentido de vida.

Freitas (2019) complementa sobre a importância da presença da religião dentro dos presídios, relatando a observação feita pelos agentes penitenciários a respeito da melhora na conduta das PPLs que se dedicam às orações. As pessoas privadas de liberdade que seguem alguma religião dentro do cárcere tendem a ser mais disciplinadas, tranquilos e não desejam cometer faltas disciplinares para não comprometer o cumprimento de suas penas.

Em suma, com base nos discursos dos sujeitos, percebeu-se que a prática da religião dentro do presídio auxiliou os detentos em sua transformação pessoal, beneficiou, em sua ambientação, o contexto carcerário, promoveu mais estabilidade em sua saúde mental e contribuiu para o enfrentamento da COVID-19 durante o período de privação de liberdade. Além disso, a religião é considerada uma das várias áreas e formas de realizar a ressocialização do ser humano. Dessa forma, mesmo o Estado sendo laico, observa-se a necessidade que o Sistema Prisional tem em disponibilizar condições para que as pessoas privadas de liberdade sejam capazes de manifestarem sua fé e consigam, mesmo que em pequena proporção, (re)construir a identidade.

#### 4.2.1.3 Classe 3 – A Morte De Si

Nessa classe 3, os verbos de maior destaque foram *preocupar e flexão morreu*, seguidos das palavras *filho, alguém, lugar, neto, doente, medo de morrer, família e tranquilo*. Isso revela o medo de perder familiares, o que propiciou a emergência do sentimento sobre o tempo perdido na vida, devido ao encarceramento. Esse sentimento pode ter aprofundado a percepção de exclusão.

A partir do momento que o indivíduo passa a fazer parte da massa carcerária de um determinado presídio, observa-se um fenômeno denominado despersonalização, exacerbando, ainda mais, a sensação de exclusão sofrida.

No presente estudo, algumas PPLs evidenciam a perda de suas características pessoais, comparando-as à morte social, ou seja, sem valor para a sociedade. Se tivessem de escolher entre permanecer preso, prefeririam escolher a morte, outro tipo de exclusão:

Tenho uma filha. Para mim, a morte, se eu tivesse que escolher a morte ou ficar preso nesse lugar aqui, eu preferiria a morte, eu creio que a gente vai esperar o julgamento final de Deus. A pessoa que não tem salvação fica aí vagando na terra. Melhorei bastante, no jeito de agir (S - 4).

A ideia de que a pessoa sem salvação “*fica vagando na terra*” remete à visão de morte na mitologia grega. Para os gregos, há um mito sobre o barqueiro do submundo, chamado Caronte. Ele era um deus antigo e imortal, filho de Érebo (escuridão) e de Nyx (a Noite). Sua principal função era transportar, em sua barca fúnebre, estreita, as almas dos mortos desprivilegiados para além do Aqueronte e Estige, dois rios afluentes em Hades, que também era o nome do deus do submundo. Os mortos eram encaminhados até as margens do rio Aqueronte por Hermes e entregues à Caronte, a entidade responsável para fazer esse encaminhamento aos mundos dos mortos. Para que o direcionamento ao descanso eterno fosse realizado, era necessária a prática de rituais funerários adequados (SILVA; ALVES, 2019; SILVA, 2020b; CANDIDO, 2020).

Caronte não levava, em sua embarcação, nenhum mortal vivo e as almas não sepultadas e que não tinha um óbolo (moeda). Essas almas ficavam às margens do rio durante cem anos, estendendo em aceno para a outra margem do rio. Tal fato explica a realização do culto aos mortos e a colocação de uma moeda juntamente ao morto, no valor de um óbolo, para pagar o barqueiro Caronte (SILVA; ALVES, 2019; SILVA, 2020a).

O rito de Caronte significa transição da vida para a morte. Neste, os mortos saem do mundo dos vivos, sendo encaminhados ao Hades, simbolizando, assim, a perda da identidade, além de ser considerado como o único meio para libertação dos problemas e sofrimentos humanos (SILVA, 2020b; CANDIDO, 2020).

Como os gregos acreditavam no rito de passagem de Caronte, atualmente as religiões acreditam na dualidade entre o bem e o mal, como um rito de passagem pós morte.

Nas crenças religiosas das pessoas privadas de liberdade, “o julgamento final de Deus”, relativo aos feitos durante a vida na terra, e a sensação de morte sentida por eles devido ao encarceramento fizeram com que o sentimento de perda ampliasse, consideravelmente, devido à falta de contato com familiares e, sobretudo, de liberdade.

A privação da liberdade leva os detentos a apresentarem alguns distúrbios emocionais ou mentais, como sinais de depressão e ansiedade, tudo isso devido à quebra da rotina das atividades cotidianas, incluindo, também, o constrangimento e as restrições que o sistema proporciona (TAVARES; MENANDRO, 2004).

Ao ser preso, o detento passa por um período de não aceitação da privação de liberdade deferida a ele, culpando a polícia e as esferas da justiça pelo fato de ele estar preso. Após esse período, com a aceitação da sua condição atual, a pessoa privada de liberdade passa a vivenciar todos os problemas que acometem o presídio, que está fortemente ligado à

superlotação, além da luta diária de sobrevivência sem sofrer nenhum arranhão (BARROS, 2020).

Pinheiro *et al.* (2015) e Costa *et al.* (2020) apontam que, quando ocorre de uma pessoa ser privada de sua liberdade, sendo encaminhada para unidades prisionais, há um processo de perda de livre-arbítrio, juntamente com o processo de despersonalização ou exclusão do eu, não possuindo decisão em suas atitudes. Fatos que também são verificados após o superisolamento pós-diagnóstico de COVID-19, gerando um sentido maior de exclusão e de despersonalização.

Uma das demonstrações que mais reprime e violenta um indivíduo na sociedade é a exclusão social, pois promove a ausência de qualquer horizonte de perspectivas, além de impossibilitar que o indivíduo tenha poder de ação e representação. Com relação às pessoas privadas de liberdade, essa exclusão social é potencializada, pois o fato de ser preso é uma forma de oficializar a exclusão da pessoa, como se ele estivesse apagado ou “morto” (TAVARES; MENANDRO, 2004).

A exclusão social que a PPL sofre por ser privada de liberdade se estende a sua família, principalmente quando a sociedade compartilha o descrédito social, gerando discriminação com relação aos seus familiares (DUARTE, 2013; JUNQUEIRA *et al.*, 2015).

Para Bauman (2005), o encarceramento auxilia a segregação social, a cada dia sendo menos evidente a ação de reabilitação da pessoa privada de liberdade para que ela possa retornar ao convívio da sociedade, tendo o presídio a função atual de exclusão e controle, se assemelhando a um depósito de lixo.

Para Tavares e Menandro (2004), o encarceramento leva o detento a agir de forma para poder obter vantagens e evitar receber punições. Com o tempo, a pessoa privada de liberdade faz parte da população carcerária onde está inserido, onde a violência dita as relações, se tornando dependente dela para sobreviver. Assim, perde sua identidade anterior à detenção, entrando em um processo de “mortificação do eu”.

A ideia de perda de liberdade causa uma certa mudança na própria identidade do indivíduo que adentra ao cárcere. Todo o contexto que engloba as rígidas regras e o afastamento de seus familiares e da sua vivência fora do presídio auxilia essa “*mortificação do eu*”, fazendo com que a pessoa privada de liberdade deixe de ser e viver a sua própria individualidade (NASCIMENTO *et al.*, 2015; FREITAS, 2019; CARVALHO *et al.*, 2020).

Conforme Minayo e Ribeiro (2016), Freitas (2019) e Carvalho *et al.* (2020), a “mortificação do eu” da pessoa privada de liberdade ocorre por meio das mudanças de rotinas determinadas dentro de uma unidade prisional, que são diferentes das rotinas externas ao

presídio, e com o impacto das degradações e humilhações sofridas. Isso faz com que a PPL perca sua subjetividade e seu papel social, aprofundando a sensação de distanciamento da sociedade.

Observou-se que a “mortificação do eu” é um sentimento análogo ao distanciamento e o sentimento de perda que há entre as pessoas privadas de liberdade e os familiares, sendo semelhante à pessoa que perde um ente amado, o que promove muita infelicidade para aqueles que ficam (DUARTE, 2013). A associação do cárcere à morte é assinalada por Junqueira *et al.* (2015), mostrando o estado de estresse gerado com a privação de liberdade, principalmente ao se deparar com um sistema com poucas condições de vida e alternativas de recuperação. Dessa forma, a religião dentro do ambiente prisional, em sua maioria evangélica, é uma das poucas formas de mais fácil acesso que auxilia a manutenção da integridade da pessoa dentro do cárcere.

Observou-se que o sentimento de perda de liberdade e o distanciamento da sociedade, sobretudo dos afetos familiares, agravaram a percepção de não pertencimento na situação vivenciada, no contexto do superisolamento. Assim, aciona-se um sentido maior de alijamento e de despersonalização com a imersão em um espaço de dupla exclusão (SANTOS, 2020).

Compreender o contexto prisional é uma das barreiras que as pessoas privadas de liberdade possuem ao vivenciar a situação que se encontram. Barros (2020) discorre que, uma vez, o indivíduo compõe a massa carcerária de uma unidade prisional, percebe-se o seu mergulho nos diversos conflitos internos e externos que influenciam seu convívio nesse novo ambiente. Muitos desses conflitos são compostos pelo fato de não aceitar sua condição de aprisionamento, além das relações entre as próprias pessoas privadas de liberdade e com os policiais penais.

O golpe repentino na mudança de ambiente, devido ao encarceramento, faz com que a pessoa privada de liberdade tenha estímulos diferentes podendo ocasionar um pouco da perda da consciência do mundo fora do presídio. Isso faz com que procure se tornar parte de grupos, apesar de que, de tempos em tempos, algo faça com que ele, mesmo que inconscientemente, reative sua consciência “adormecida” (BRETON, 2020).

Cada pessoa privada de liberdade é diferenciada pela educação que teve e, devido a isso, seu universo sensorial das coisas que o envolve difere um do outro, pois cada um tem uma percepção diferente das coisas e do mundo que o rodeia. Visualizando as palavras de Breton (2020), a formação do indivíduo, enfocando-se a pessoa privada de liberdade, é

construída pela amplitude de toda sua “história pessoal” de vida, por meio de sua situação social e cultural, auxiliando, assim, na formação de sua “percepção sensorial”.

O homem sofre transformações vinculadas durante sua vida de acordo com o meio em que vive, com os significados de palavras, gestos, imagens, ambiências, comunicações e outras coisas que possam interferir na formação de seu caráter e molde sua existência (BRETON, 2020).

Com a redução de ações de reintegração/ressocialização das pessoas privadas de liberdade, o sistema prisional perdeu o crédito de ser um serviço capaz de ressocializar o indivíduo apenado, sendo considerada a cada dia um local de isolamento de pessoas que geram risco à sociedade (BAUMAN, 2005).

A criação de penas mais severas, juntamente à edificação de novos presídios, além do estabelecimento de penas mais longas, são condutas que somente potencializam a ideia de “*remoção do lixo ao invés de reciclar*”. Com base na proporção de adultos reincidentes do presente estudo (54,5%), pode-se inferir que essa conduta não tem sido eficaz, gerando, ainda mais, a exclusão social da pessoa privada de liberdade, pois “*uma vez rejeitado, sempre rejeitado*” (BAUMAN, 2005).

Após o cumprimento da pena e retorno do indivíduo infrator à sociedade, ele passa a ser chamado de ex-presidiário. Porém, esse período sem contato com o corpo social não altera as condições de exclusão sofridas antes de ser privado de liberdade, sendo essas condições mantidas na organização social, mesmo após o cárcere (TAVARES; MENANDRO, 2004).

Como já descrito, a pessoa privada de liberdade se depara com várias condições que o fazem, a cada dia, perder sua personalidade antes do cárcere e modificar seu caráter. Freitas (2019) aponta que, à medida que a PPL vivencia todas essas condições carcerárias, as chances dele se ressocializar passam a ser menores. Para que haja uma transformação do detento, espera-se que o Sistema Penitenciário auxilie a ressocialização, contribuindo para a mudança da mentalidade dos presos, levando-os ao reconhecimento e à necessidade de mudança de vida e de caráter.

Outras palavras bastante recorrentes foram *família (filho e neto)* e o verbo *preocupar*. Elas remetem ao afeto familiar e representam a relação de exclusão dentro do cárcere após o diagnóstico da COVID-19 e outro tipo de exclusão com o mundo exterior. Como se pode observar, a pessoa privada de liberdade revela-se impotente em não conseguir salvaguardar sua família tanto das adversidades sofridas no mundo exterior quanto pela COVID-19. Além disso, o tempo no cárcere é um tempo perdido, no sentido de não poder estar presente na família.

Não tive parente que morreu de COVID. A vida é uma coisa muito preciosa. O tempo que estou perdendo aqui, eu poderia estar com minha família, meus netos. Quando eu cheguei, eles estavam pequenos, agora estão crescidos. Estou perdendo o crescimento deles, e o fato de ficar ao lado deles (S - 25).

Eu ficava pensando na minha família lá fora, comigo aqui estava tranquilo. Eu não gosto de receber visita nesse lugar aqui. Eu nunca gostei que minha família viesse nesse lugar aqui não. (...) Não tive medo, a gente vai na mão de Deus (S - 25).

Eu me considero um milagre, pois tenho muita comorbidade. Para ser sincero, eu não tive medo de morrer, mas eu tive medo de que alguém da minha família morresse (S - 29).

Para Santos *et al.* (2020), a própria condição de encarceramento é determinante social da saúde mental, contribuindo para o surgimento de sintomas e comportamentos relacionados à ansiedade e depressão, além do desenvolvimento de outras psicopatologias. Porém, observa-se, nos excertos, que a preocupação com suas próprias vidas e a saúde dos familiares no contexto da pandemia favoreceu que a ansiedade já existente se potencializasse.

Júnior *et al.* (2020) corroboram essa ideia ao afirmar sobre como o medo de algum familiar se contaminar com o SARS-CoV2, ou mesmo do óbito em decorrência da COVID-19, propicia o surgimento de estados de preocupação e ansiedade nas pessoas.

Ao se deparar com a possibilidade da morte de uma pessoa próxima por meio de uma doença com potencial fatal, o ser humano externaliza uma preocupação com relação à saúde do outro. Porém, o medo da morte alheia encobre o medo da própria morte (SANTOS; MOHR, 2018).

Em contraponto, Han (2020) expõe que o impacto que a morte ocasiona no ser humano está relacionado com o posicionamento subjetivo do “eu”. Quando a morte ocorre com “o outro”, há uma certa sensação de alívio, pois a morte está distante da pessoa, do “eu”. Para ele, a percepção da própria morte é considerada uma catástrofe, promovendo o surgimento de medo, principalmente pela sensação de extinção do passado vivenciado que o óbito gera.

Baseando-se nos extratos, ao refletir sobre o “tempo perdido”, a pessoa privada de liberdade trouxe a memória lembrança de fatos agradáveis compartilhados com seus familiares. A suspensão de visitas exacerbou o sentimento de perda das relações afetivas positivas, associada à atual situação do encarceramento que é, em si, compreendida como a morte social ou “a morte de si”.

O contexto prisional com suas características insalubres e o isolamento causado pela privação de liberdade impacta a vida das pessoas privadas de liberdade, gerando sentimentos

de auto discriminação, desânimo e desvalorização. O ócio dentro dos presídios e a falta de atividades com fins de ressocialização aumentam, ainda mais, a sensação de tempo perdido, saudades da liberdade, e arrependimento do delito cometido (ANDRADE *et al.*, 2018; CORRÊA; FRANCISCO, 2019).

A maioria das pessoas privadas de liberdade dentro de um presídio possui baixa escolaridade e baixa perspectiva de crescimento pessoal, devido ao contexto social no qual estão inseridos. As iniciativas de oferta de atividades laborais e de ensino significam mais chances de êxito na ressocialização. Quanto mais medidas repressivas e menos condições de vida, menor a possibilidade de conscientização e reintegração do apenado (CORRÊA; FRANCISCO, 2019).

No presente contexto, percebeu-se que a maioria das PPLs possuía baixa escolaridade e baixa renda familiar, aspectos que, de acordo com Bauman (2005), auxilia, de maneira negativa, a ressocialização do indivíduo encarcerado, sendo também considerados fatores que podem levar a uma possível reincidência criminal, caso não haja uma ressocialização exitosa.

Para tentar amenizar o sentimento de ansiedade, frustração e ócio, Corrêa e Francisco (2019) abordam, em seu estudo, a importância da promoção do convívio e contato familiar das pessoas privadas de liberdade, por meio das visitas. Esses momentos de visita familiar auxiliam a mudança de visão de vida, proporcionando um pouco de qualidade de vida dentro dos presídios. Durante a pandemia, as visitas foram suspensas fazendo com que a inquietação pelo distanciamento familiar aumentasse a cada dia, trazendo à tona uma potencialização do sentimento de exílio vivenciado.

Em resumo, longe da família e com uma idealização do mundo exterior, a pessoa privada de liberdade sente-se duplamente exilada. Ressalta-se a preocupação com a possibilidade do adoecimento pela COVID-19 de algum membro da família. Outro ponto evidenciado é a “mortificação do eu” experienciada ao fazer parte da massa carcerária, o que promove, ainda mais, a exclusão social em larga escala, podendo ser considerada como uma quase morte do indivíduo.

#### **4.2.2 Eixo 2 – Enfrentamento da doença**

O segundo eixo, denominado **Enfrentamento da Doença**, foi composto por duas classes. A classe 4, **Sintomas Físicos e Emocionais da COVID-19**, correspondeu a 21% do

discurso dos sujeitos, composta por 39 UCEs. A classe 5, **Informações para Manejo da COVID-19**, representou 14% do total das classes criadas, formada por 25 UCEs.

#### 4.2.2.1 Classe 4 – Sintomas Físicos e Emocionais Da Covid-19

Os verbos de maior destaque foram *falta de ar* e *abalado*, seguidos das palavras *sintoma*, *visita*, *angústia*, *notícia*, *sentido*, *ansioso* e *febre*, indicam os sintomas físicos e psicológicos que as pessoas privadas de liberdade mencionaram devido à infecção pelo SARS-CoV2 e desenvolvimento da COVID-19, enfatizando os sintomas físicos e sentimentos experienciadas durante os 14 dias de quarentena.

Mesmo antes do diagnóstico certificado pelo resultado do teste positivo, as PPLs já apresentavam sintomas físicos, tais como falta de ar, cefaleia e tosse. Associado aos sintomas físicos, a doença provocou o surgimento de sentimentos e sensação de ansiedade, depressão e medo. Sendo assim, a confirmação do diagnóstico de COVID-19, associado ao superisolamento, impactou a saúde mental deles. Assim, considerou-se diagnóstico de COVID-19 como uma “sentença de morte”. Aliado a isso, observou-se a presença das palavras *angústia* e *ansioso* em algumas narrativas, conforme demonstrado nos extratos a seguir:

Depois que vi o óbito, abalou meu psicológico, a falta de ar aumentou. Sim, fiquei mais ansioso. Até quando sai do isolamento, procurei vocês de novo para fazer o teste novamente, foi quando o senhor me mandou para o HRAN (S - 13).

Depois que deu o sintoma, fizeram o teste no nariz e deu positivo. Tive covid-19 em maio desse ano. Estou aqui tem dois meses e cinco dias. Eu fiquei só meio preocupado, pois a gente fica sem notícia da família. Só a ansiedade para saber como é que está a família mesmo (S - 16).

Eu não tive praticamente nada de sintomas, eu tive febre, falta de apetite, perdi olfato e perdi paladar. Na realidade, a gente com visita já ficava com distanciamento da família, ansioso e angustiado (S - 29).

Isso quando atacava a falta de ar, a dor de cabeça. Eu ficava com aquela falta de ar assim, ficava angustiado, com ansiedade, aquela vontade de respirar e parecia que faltava o ar mesmo (S - 11).

Os extratos sobre os relatos de sintomas físicos e emocionais ratificam a literatura dos sintomas da COVID-19, como febre, falta de ar, inapetência, anosmia, ageusia, ansiedade e angústia (ISER *et al.*, 2020; MOREIRA, 2021).

Acerca dos sintomas emocionais, há evidências de que eles, também, impactaram a saúde física do indivíduo, causando sintomas psicossomáticos. No caso, as alterações



neuroendócrinas e imunológicas, geradas por estados emocionais negativos (como ansiedade e depressão), afetam a fisiologia de todo o organismo humano, contribuindo, indiretamente, para o desenvolvimento de doenças (CRUZ, 2011). Dessa forma, observou-se que o superisolamento, nas unidades prisionais, impactou, significativamente, a saúde mental, levando à hipótese de que pode ter sido um dos fatores que potencializaram o adoecimento pela COVID-19.

Os extratos supracitados evidenciam os impactos da COVID-19 na saúde mental das pessoas privadas de liberdade, gerando estados de ansiedade e, em alguns casos, ocasionando o sentimento de medo de morrer pela doença. A repercussão que uma pandemia, como é o caso da pandemia de COVID-19, gera na saúde mental da população é muito maior do que se pensa, podendo ser estimado que um terço da população sofra consequências psicológicas e psiquiátricas caso não receba cuidados pertinentes (LIMA, 2020; FARO *et al.*, 2020).

É importante esclarecer que a saúde mental de um indivíduo não está relacionada apenas na ausência de algum transtorno mental, mas envolve também fatores biológicos, psicológicos e sociais. Dentro do ambiente prisional, a saúde mental da pessoa privada de liberdade encontra-se fragilizada por todo o contexto carcerário na qual ela se encontra inserida. Muitos sentimentos são observados durante a institucionalização e contribuem para impactar a saúde mental das pessoas privadas de liberdade, sendo eles: tristeza, solidão, abandono, ansiedade, interrupção das relações familiares (SANTOS *et al.*, 2017).

Santos *et al.* (2017) abordam que a saúde mental das PPLs se encontra mais afetada do que a saúde física, principalmente pelas condições do presídio e do isolamento que a pessoa vivencia. Dessa forma, faz-se necessário o acompanhamento e apoio de um serviço em saúde mental dentro das instituições prisionais para evitar o agravamento desses sintomas.

O período de superisolamento para casos positivos de COVID-19 dentro do Complexo Prisional da Papuda foi estabelecido conforme convenção médica, tendo sido baseados em evidências científicas, à medida que elas foram sendo atualizadas. Com essas atualizações, o período de isolamento sofreu algumas alterações. Inicialmente, estimou-se cerca de 21 dias de isolamento, passando para 14 dias, chegando até aos 07 dias, conforme as diretrizes da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (2022).

Segundo Brooks *et al.* (2020), quanto maior o tempo de isolamento, maiores são os danos psicológicos causados aos enfermos. Para o autor, as pessoas que passaram por período de quarentena maior que 10 dias têm a tendência a apresentar mais sintomas de estresse pós-traumático do que pessoas que passaram menos de 10 dias de quarentena. Recomenda-se uma duração razoável com base em evidências científicas para minimizar os efeitos causados

pelo isolamento. Com base nisso, deduziu-se que o superisolamento de 14 dias possa ter agravado os efeitos psicológicos gerados às pessoas privadas de liberdade infectadas pelo SARS-CoV2 no presente estudo.

Além do período prolongado de isolamento, as condições insalubres dos locais onde o isolamento foi realizado podem ter auxiliado a intensificar ainda mais as reações psicológicas que as pessoas privadas de liberdade tiveram durante o superisolamento vivenciado. Faro *et al.* (2020) indicam que, em uma pandemia, é muito comum a grande vivência de experiências e emoções negativas, que necessitam de apoio psicológico desde o início do problema.

Outro fator que contribuiu para esse impacto na saúde mental durante o período de pandemia refere-se à suspensão das visitas de familiares. Essa medida foi tomada pela Vara de Execuções Penais do Distrito Federal (VEP/DF) enquanto as taxas de transmissão, incidência e óbitos estavam altas, com o objetivo de prevenir o aumento de casos de COVID-19 dentro do presídio e evitar a translocação do SARS-CoV2 para fora do ambiente prisional.

A suspensão das visitas dentro do Complexo da Papuda ocasionou um certo desconforto nos detentos, principalmente em virtude da ausência de notícias dos familiares. Em razão disso, a ansiedade foi um sentimento comum de ser observado neles. Para amenizar esse sentimento autorizou-se que eles enviassem cartas aos familiares. Estudo de Junqueira *et al.* (2015) e Santos *et al.* (2020) abordam a importância de visitas dentro dos presídios.

Dessa maneira, os vínculos afetivos estabelecidos entre as famílias e as pessoas privadas de liberdade sofreram uma certa fragilidade temporária, gerando falta de esperança e ansiedade nos detentos. Os extratos abaixo evidenciam a importância dada às visitas dos familiares:

Com pouco tempo que cheguei aqui, o negócio avançou. Eu senti sintomas por uns 3 dias. Tem muitas pessoas na nossa cela que ficou ruim mesmo. Eu fiquei só uns dois ou três dias ruins, mas graças a Deus eu melhorei. E, realmente, a gente sentiu aquela saudade, pois minha esposa vinha me visitar (S - 24).

Eu tive febre e sintomas semelhantes à sinusite. A gente sente muito por não ter visita. Eu estou com setenta e tantos anos, toda a minha vida eu sempre fui caseiro (S - 31).

Depois que deu o sintoma, fizeram o teste no nariz e deu positivo. Tive COVID em maio desse ano. Estou aqui tem dois meses e cinco dias. Eu fiquei só meio preocupado, pois a gente fica sem notícia da família. Só a ansiedade para saber como é que está a família mesmo (S - 16).

Foi meio ruim para mim, pois a gente ficou sem saber de notícia de lá de fora. Minha irmã vinha me visitar e falava como estava minha família (S - 21)

Eu não tive praticamente nada de sintomas, eu tive febre, falta de apetite, perdi o olfato e perdi o paladar. Na realidade, a gente com visita já ficava com distanciamento da família, ansioso e angustiado (S -29).

No contexto da pandemia de COVID-19, o isolamento social promoveu a suspensão do contato com familiares. Conseqüentemente, a influência da desconexão social ocasionada pelo isolamento social pode estar diretamente relacionada com manifestações de quadro de solidão, depressão e ansiedade (JÚNIOR *et al.*, 2020).

A construção de uma rede de apoio afetivo é de suma importância no processo de adoecimento. A presença dos familiares para criação dessa rede de apoio é necessária, auxiliando a redução do impacto que a doença causa (LINO *et al.*, 2021).

Duarte (2013) corrobora essa afirmativa ao dizer que a suspensão das visitas no complexo prisional impacta, negativamente, a vida das pessoas privadas de liberdade, pois as visitas dos familiares das PPLs, principalmente as mulheres/esposas, proporciona a manutenção do vínculo afetivo, além de fornecer suporte emocional ao companheiro que está em cárcere.

Em tempos de COVID-19, em alguns casos há, também, entre as pessoas privadas de liberdade, a presença do medo, a sensação de abandono pelas condições em que vivem e a falta do contato com familiares pela suspensão das visitas. Isso faz com que se aumente ainda mais o sentimento de saudade, além da sensação de exclusão social e mortificação da sua própria essência (COSTA *et al.*, 2020).

A ausência temporária das visitas dos familiares também trouxe à tona o sentimento de preocupação e saudade da família nas falas dos detentos, evidenciando, ainda mais, a repercussão que a falta das visitas causou neles.

A respeito da questão dos sintomas físicos e emocionais da COVID, incluem-se conflitos como exclusão social, sentimento de abandono por causa da falta da visita dos familiares e, juntamente a tudo isso, o sentimento de saudade e solidão afloraram nos extratos.

Pode-se inferir, que o impacto na saúde mental causado pelo coronavírus foi maior do que o impacto causado na saúde física das pessoas privadas de liberdade, mostrando que não somente a doença propriamente dita exacerba as reações psicológicas, mas também o superisolamento e a ausência de contato com a família. Como o surgimento da COVID-19 foi súbito, a população mundial foi pega de surpresa. Com isso, a presença da incerteza e a sensação de fragilidade nas pessoas frente à doença foi significativa.

Para amenizar o impacto da suspensão das visitas, a VEP/DF autorizou a realização das “visitas virtuais”, que consistia na realização de videochamadas entre as pessoas privadas de liberdade e os familiares, por meio de *tablets* com acesso à *internet*, sendo uma forma de

promover contato social com a família. O uso de tecnologias é abordado por Júnior *et al.* (2020) e Santos *et al.* (2020) em seus estudos ao comentarem sobre a importância que a inclusão digital teve durante o período da pandemia de COVID-19, sendo uma alternativa para as barreiras construídas pelo isolamento social, auxiliando o suporte emocional das pessoas e auxiliando a redução dos quadros de ansiedade.

Por se tratar de encarcerados cuja obtenção de informações da vida fora do presídio foi reduzida, a sensação de fragilidade e incerteza foram mais intensas. Observou-se, assim, a necessidade da existência de um canal de comunicação entre os familiares e as pessoas privadas de liberdade, por meio da equipe de segurança prisional.

#### 4.2.2.2 Classe 5 – Informações para Manejo da Covid-19

Os verbos de maior destaque foram *morrendo, aprender, cuidar, lavar*, seguidos das palavras *doença, informações, COVID, televisão, grave, máscara, saúde, vacina, medo de morrer*. Esses verbos e palavras têm relação com os meios pelos quais as pessoas privadas de liberdade obtiveram as informações acerca do coronavírus, como formas de transmissão, medidas protetivas contra a doença, além de informações acerca da vacinação contra COVID-19.

Desde o início da pandemia, muitas informações foram sendo veiculadas em todo o mundo a respeito do vírus *SARS-CoV2* e dos sintomas que podem surgir com sua infecção. Mas, como o descobrimento desse vírus era recente, a cada período, as informações foram sendo atualizadas para auxiliar o combate à COVID-19. Com isso, o repasse de informações corretas e embasadas em conhecimentos científicos nesse tipo de situação é de suma importância para que não ocorra a realização de ações incorretas e que venham a gerar danos à população.

As pessoas privadas de liberdade, por sua vez, possuem um acesso reduzido às informações do meio externo ao presídio, sendo primordial o repasse de esclarecimentos sobre a doença em surto, além de medidas protetivas e preventivas, conseqüentemente, ajudando a reduzir o surgimento de reações psicológicas.

No âmbito do Complexo Penitenciário da Papuda, os responsáveis pelo repasse de informações acerca da COVID-19 foram as Equipes de Saúde de Atenção Primárias Prisional (eAPP) de cada unidade prisional. Essa estratégia foi adotada visando que a equipe de saúde fosse a referência do repasse de informações corretas e assertivas a respeito da COVID-19.

Faro *et al.* (2020) apontam sobre a comunicação ser uma ferramenta útil em questões de gerir uma emergência sanitária. Dessa forma, orientações de maneira correta e a redução de ambiguidade das informações acerca de uma doença em uma pandemia podem auxiliar a redução da ansiedade e estresse na população.

O objetivo das equipes de saúde do Complexo foi ofertar informações e atendimento de saúde regulares, evitando que a falta de clareza das informações de saúde acerca das ações a serem tomadas se tornassem um fator de estresse, gerando temor e medo no período de superisolamento.

O esclarecimento adequado a respeito do adoecimento promove o entendimento acerca da doença, fazendo com que o enfermo tenha uma melhor adesão ao tratamento que será recomendado. Ressalta-se que apenas o repasse de informações corretas sobre a doença não é suficiente para o enfrentamento da enfermidade, pois cada indivíduo tem a necessidade de criar um conhecimento individualizado para experienciar o processo de adoecimento (LINO *et al.*, 2021).

Nesse sentido, o fornecimento de informações claras e completas garante às pessoas que estão em isolamento ou quarentena a redução do medo e das incertezas quanto à doença, auxiliando o enfrentamento e diminuição do estresse (BROOKS *et al.*, 2020; CARVALHO *et al.*, 2020).

A gente teve as informações sobre a COVID pela equipe de saúde. Aqui no bloco a gente não sai, a não ser aqueles que saem para trabalhar. Tem muitos que não seguem os cuidados. Eu acho que não está tendo problemas mais com a doença, pois aqui não está tendo mais nada, então eu não tenho medo (S - 31).

Sim, ela é transmitida ao conversar sem máscara, pela saliva, por espirro, pelo contato e se você não está higienizando as mãos. Mantém o mesmo conhecimento, após a COVID. Só que o cuidado é maior agora como próximo. A minha esposa quem me passava as informações sobre a doença, ela é da área da saúde (S - 13).

Aprendi muita coisa depois da COVID. Aprendi que sempre tem que lavar as mãos né, se cuidar mais, usar máscara perto dos outros, foi o pessoal da saúde quem me passou essas informações agora. Lá fora eu sabia pela televisão. A doença é grave né, pois qualquer coisa ela pode piorar né, e pode morrer aqui dentro (S - 17).

Os extratos permitiram deduzir que a transmissão de informações corretas e assertivas a respeito da COVID-19, contribuíram com o processo de educação em saúde qualificando de forma positiva as ações implementadas pelas equipes de atenção primária de saúde prisional, colaborando com a redução de número de casos de coronavírus dentro do complexo penitenciário. Esse fato é corroborado nas falas dos participantes do presente estudo que

conseguiram entender a gravidade da pandemia de COVID-19, além de incluir na rotina as atitudes necessárias de proteção contra a doença.

Essas ações encontram respaldo em Pinheiro *et al.* (2015), ao ressaltar a importância das ações de educação em saúde dentro do ambiente prisional com o objetivo de informar sobre a promoção e prevenção de doenças, como é o caso da COVID-19. Destarte, a educação em saúde auxilia a adoção de hábitos saudáveis em saúde, promove autorresponsabilidade da pessoa privada de liberdade quanto ao cuidado da própria saúde, reduz possíveis adoecimentos e melhora um pouco a qualidade de vida dentro do cárcere.

Para a autora, outro ponto que merece ser destacado é a extensão das ações de educação em saúde a todos que fazem parte do sistema penitenciário, o que engloba os policiais penais, os servidores da saúde e outros prestadores de serviços dentro da unidade prisional, favorecendo o reconhecimento da real necessidade dos atendimentos em saúde prestados às pessoas privadas de liberdade. Uma vez que as PPLs possuem uma certa dificuldade de compreender todo o real contexto do adoecimento que passa dentro de uma unidade prisional (PINHEIRO *et al.*, 2015).

Apesar dos muitos relatos já citados na Classe 5, observou-se apenas a descrição dos sintomas sentidos, não correlacionando o vírus *SARS-CoV2* como causador da doença que acometeu as pessoas privadas de liberdade naquele momento. Esse fato pode ser devido à falta de entendimento da informação recebida, provavelmente em função do baixo nível de escolaridade da população carcerária, influenciando a compreensão correta das informações que foram transmitidas.

Observou-se que as PPLs não sabiam com exatidão o que realmente promoveu o adoecimento, apenas sendo relatados os sintomas e algumas formas de transmissão da COVID-19. Ressalta-se que alguns deles chegaram a proferir ideias com características de perseguição ao se referirem sobre a criação da doença de maneira proposital com intuito maldoso. As narrativas abaixo exemplificam o exposto ao relatar que a COVID-19 foi uma doença criada propositalmente:

(...) qualquer um que pega essa doença sente medo. COVID para mim é uma doença que, eu acho, que foi criada de propósito. Sim, eu acho que foi proposital. (...) (S - 5).

Eu estava com medo de morrer de COVID, eu acho que mais pelo fato da asma mesmo. O que eu sabia da doença era o que a gente escutava na rua, que transmite pela pessoa que tosse perto, pessoa que estiver contaminada e tiver contato (S - 16).

Eu sabia poucas coisas, sabia que se pegasse era cem por cento de morrer da COVID. A gente a pega pelo vento né. Aprendi que para passar a mão no rosto tem que lavar antes, usar máscara (S- 10).

Durante a pandemia de coronavírus, muitas informações foram criadas e veiculadas a toda a população mundial. Nessa infodemia que tem se vivido, a divulgação de dados incorretos e conhecimentos falsos a respeito da COVID-19 impactou, diretamente, a saúde humana.

A infodemia é um fenômeno que acontece quando se verifica um aumento significativo na quantidade de informações referentes a um determinado conteúdo, com rápido potencial de propagação. Porém, observa-se que, no meio de tanta informação, há bastante rumores e desinformação, com a existência de dados manipulados e com objetivo duvidoso (OPAS, 2020; MORAES *et al.*, 2021).

A desinformação é o conhecimento falso ou impreciso com objetivo único de enganar. Nesse documento a OPAS, ainda, expõe o potencial de repercussão que a desinformação possui em todos os aspectos da vida, principalmente na saúde mental dos seres humanos, levando à mudança de comportamentos das pessoas e a possibilidade de ocorrer riscos maiores (OPAS, 2020).

Em se tratando do âmbito do Sistema Prisional, pode-se deduzir que muitas das informações sobre a COVID-19 foram repassadas às PPLs de forma não oficial. Essa ação somente reforça mais ainda os possíveis impactos na saúde mental das pessoas privadas de liberdade, aumentando o nível de ansiedade.

Segundo Delgado *et al.* (2021), o impacto na saúde mental que a disseminação de desinformação (também chamada de *Fake News* – notícia falsa em inglês) acarreta às pessoas pode causar pânico, medo, além de reações psicológicas como ansiedade, fobias, depressão, entre outros. O extrato abaixo evidencia o sentimento de medo de morte que uma das pessoas privadas de liberdade possuiu, após ser diagnosticado com COVID-19. Pode-se inferir que ao relatar “saber que a doença era bem perigosa”, o detento demonstrou a ansiedade e o medo que possuía antes de ser diagnosticado:

Eu estava lá embaixo, acho que era no bloco 1. Quando soube que estava com COVID, fiquei bem preocupado, com medo de morrer. Eu já sabia como estava lá fora, que a coisa estava ruim. Fiquei com medo de morrer da covid. Eu sabia que a doença era bem perigosa (S - 20).

Com base na ideia de Delgado *et al.* (2021), pode-se dizer que, sobretudo pelo fato da maioria deles possuir baixa escolaridade, as informações recebidas carecem da avaliação de forma crítica. Sendo assim, provavelmente toda e qualquer informação repassada às pessoas privadas de liberdade tende a ser considerada como verdade absoluta.

Observou-se, também, que, além do impacto na saúde mental, a propagação de notícias falsas sobre a COVID-19 impacta, também, a adesão às medidas preventivas e protetivas de saúde, como é o caso do cumprimento de isolamento adequado, uso de máscaras e higienização das mãos, e necessidade de vacinação contra o SARS-CoV2 (ALENCASTRO; MELO, 2021).

Para combater a desinformação dentro das unidades prisionais do Complexo Prisional da Papuda, as Equipes de Saúde de Atenção Primárias Prisional (eAPP) realizaram mutirões de palestras informativas às pessoas privadas de liberdade acerca da situação de COVID-19 dentro e fora do ambiente prisional. Outros temas abordados nessas palestras foram a necessidade da suspensão temporária das visitas adotada pela VEP/DF, orientações sobre as formas de acesso às unidades de saúde e instruções sobre as medidas protetivas e preventivas para evitar a disseminação de SARS-CoV2. Pode-se inferir que essas ações auxiliaram a redução do número de casos de COVID-19 dentro do complexo prisional, além de melhorar a qualidade de assistência de saúde prestada às PPLs, conforme preconizado pelo PNAISP.



## 5 CONCLUSÃO

O período inicial da pandemia de COVID-19 foi um momento de muita apreensão e incertezas, sobretudo pela ausência de terapêutica eficaz contra o vírus e o grave potencial de morte que as estatísticas acerca da doença demonstravam. O distanciamento e o isolamento social, medidas protetivas preconizadas pelas agências mundiais de saúde comprovaram, a cada dia, o potencial do impacto psicológico nas vidas das pessoas.

A chegada da pandemia no sistema prisional mobilizou os olhares das autoridades sanitárias devido às características do contexto carcerário (como superlotação, insalubridade e lugubridade), que dificultam a implementação de distanciamento social entre outras medidas protetivas.

Os resultados do estudo indicam que, durante o período de superisolamento, as estratégias de Coping foram amplamente utilizadas pelas pessoas privadas de liberdade. Sendo assim as atividades de autocuidados auxiliaram o enfrentamento no novo ambiente, dentre elas a prática de atividades físicas durante o banho de sol, maior atenção na alimentação, a manutenção de boas relações interpessoais com atitudes solidárias entre as PPLs, além das práticas religiosas e de fé, por meio de leitura da Bíblia, orações e cânticos de louvor à Deus ganhou relevância.

Ressalta-se que 41,9% dos participantes deste estudo se declararam evangélicos, sendo essas bases doutrinárias que ancoraram as práticas que, associadas ao novo cenário prisional, propiciaram os autoquestionamentos sobre os comportamentos que os conduziram à condição de encarcerado, considerados como desperdício do tempo de vida. Assim, o sentido da vida foi ressignificado como viver bem para ter acesso a uma boa morte.

Nessa perspectiva, o sentimento de exclusão ganhou relevância, aprofundando a “mortificação do eu”. O encarceramento foi comparado à morte em vida, quando verbalizaram que optariam pela morte, caso pudessem escolher entre permanecer preso ou morrer. Deduz-se, assim, que, na perspectiva dos encarcerados, o cárcere é pior que a morte.

No momento do diagnóstico da COVID-19, os principais sintomas físicos apresentados pelas PPLs foram falta de ar, febre, falta de apetite, anosmia e ageusia corroborados pela literatura. Entretanto, percebeu-se que o impacto na saúde mental foi maior que na saúde física. O relato de estados de ansiedade, angústia, medo de morte, saudade da família e preocupação com a possibilidade de adoecimento dos familiares foram expressos no momento do diagnóstico e durante o período de superisolamento.

Essas reações psicológicas podem ter sido potencializadas, principalmente, em decorrência da suspensão temporária das visitas dos familiares, medida protetiva empregada para evitar o contágio dos detentos e dos familiares. Para amenizar o impacto do afastamento da família durante a suspensão das visitas, a Vara de Execuções Penais do Distrito Federal autorizou a realização das “visitas virtuais” por meio de vídeo chamadas entre as PPLs e seus familiares.

Outro impacto na saúde mental evidenciado pelas pessoas privadas de liberdade foi a ampliação da sensação de exclusão social, vivenciada pelo indivíduo em situação de cárcere. Essa “mortificação do eu” e o afastamento do convívio familiar refletem mais ainda a exclusão sofrida pelas PPLs, sendo ela refletida, também, em sua vida pós-cárcere.

Todavia, as vivências das situações de estresse, intensificadas pelo adoecimento e o superisolamento propiciou que os aspectos religiosos e espirituais favorecessem um canal de conexão interior, que pode funcionar como um recurso de manutenção de saúde, aumentando a resiliência e ressignificação dos eventos desencadeados pela pandemia. Dessa forma, apreendeu-se uma melhor compreensão dos fatos e construção de novas estratégias que deram sentido às vivências decorrentes desse contexto.

Sobre o nível de informações acerca da COVID-19, concluiu-se que os mutirões de palestras informativas realizadas pelas equipes de saúde de atenção primária prisional auxiliaram a melhoria do nível de conhecimento sobre o coronavírus (modo de transmissão, medidas protetivas, riscos com o adoecimento). Além disso, os mutirões impactaram, também, a redução no número de casos da COVID-19 dentro do presídio.

Contudo, evidenciaram-se relatos de desinformação sobre o coronavírus. Pode-se inferir que informações errôneas sobre a doença foram repassadas por profissionais que não compunham o quadro da equipe de saúde das unidades prisionais. Esse dado é importante, pois esse fato pode impactar a adesão ao tratamento e às medidas de proteção contra a COVID-19 ou de outra doença infectocontagiosa.

Como limitações do estudo, pode-se citar a realização do estudo em uma única instituição prisional, o que inviabiliza a possibilidade de comparação da assistência prestada durante o superisolamento. Outra limitação está relacionada ao contexto prisional, pois apesar do esforço para proporcionar um ambiente de confiança para a realização das entrevistas, a presença dos policiais penais escoltando as pessoas privadas de liberdade pode ter inibido uma maior expressividade durante os questionamentos feitos pelo pesquisador.

Como desdobramento do estudo, espera-se que os profissionais das equipes de saúde prisional se sensibilizem sobre a importância da realização de ações de educação em saúde

eficazes, principalmente em contextos pandêmicos, repassando as informações necessárias de maneira clara sobre o problema de saúde em questão, promovendo melhora na qualidade de assistências em saúde e da qualidade de vida das pessoas privadas em liberdade.

Além disso, espera-se, também, que protocolos de assistência em saúde mental às pessoas privadas de liberdade sejam mais bem implementados pelas equipes de saúde prisional, dando suporte psicológico e psiquiátrico em momentos de crises de saúde pública, como a gerada pela COVID-19.

Outras ações podem ser realizadas para auxiliar a prevenção de novas epidemias dentro do contexto prisional, como: a rápida identificação de casos de doenças infectocontagiosas para auxiliar ações mais céleres de controle da doença; a capacitação dos profissionais de saúde das equipes de saúde prisional sobre os agravos que podem acometer as pessoas privadas de liberdade; criação de fluxos para situações de surto de doenças; e busca ativa de sintomático nas celas. Ressalta-se que cada ambiente prisional tem suas especificidades e características, e a implementação dessas ações devem se adequar ao contexto em que a equipe de saúde prisional atua.

## 6 REFERÊNCIAS

ALENCASTRO, Aynoan de Sousa Amaro; MELO, Emanuella Silva Joventino. Reflexões acerca da "infodemia" relacionada à COVID-19. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, p. 1-5, fev. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20210008>. Acesso em: 13 fev. 2022.

ALVES, Rubens. O que é religião. São Paulo: Loyola, 2003.

ANDRADE, Camila Santos et al. ESCRITA DE MEMÓRIAS: um exercício de reflexão sobre a vida. **Revista Prática Docente**, Confresa MT, v. 3, n. 2, p. 445-452, 26 dez. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23926/rpd.2526-2149.2018.v3.n2.p445-452.id247>. Acesso em: 13 abr. 2022.

ARIÈS, Philippe. O homem diante da morte. Tradução de Luiza Ribeiro. São Paulo: Editora UNESP, 2014.

ARAÚJO, Paula Vanêssa Rodrigues de; VIEIRA, Maria Jésia. A questão da morte e do morrer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 3, p. 361-363, jun. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/6bzpjGXkBdsTsD89dGkKSVp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 nov. 2022.

BARROS, Patrícia. Aspectos relevantes sobre pena, execução penal e sistema prisional em tempos de COVID-19. **Revista Direito Diário**, Fortaleza, v. 3, n. 3, p. 56-71, ago. 2020. Disponível em: <https://direitodiario.com.br/wp-content/uploads/2020/08/V3N3A31.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2022.

BAUMAN, Zygmunt. Vidas Desperdiçadas. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2005.

BROOKS, Samantha K. et al. The psychological impact in quarantine and how to reduce it: rapid review of evidence. **The Lancet**. v. 395, p. 912-920, fev. 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8). Acesso em 20 nov. 2021.

CAMPOS, Leonildo Silveira. Chamados à Mansão Eterna: morte, ritos e visão pós-morte no protestantismo tradicional brasileiro. In: SANTOS, Franklin Santana. **A Arte de Morrer - Visões Plurais Volume 2**. São Paulo: Comenius, 2009. p. 110-132.

CANDIDO, Maria Regina. CARONTE E A REPRESENTAÇÃO DA MORTE EM ATENAS NO PERÍODO CLÁSSICO. **Phoînix**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 81-94, 4 dez. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.26770/phoînix.v26.2n05>. Acesso em: 11 abr. 2022.

CARNIERI, Christopher Augusto. Afeto e saudade no discurso identitário de ítalo-brasileiros na Itália. **Revista Ciências da Sociedade**, Santarém-PA, v. 2, n. 3, p. 45-64, 24 ago. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.30810/rcs.v2i3.620>. Acesso em: 13 abr. 2022.

CARVALHO, Sérgio Garófalo de et al. A pandemia no cárcere: intervenções no superisolamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3493-3502, set. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020259.15682020>. Acesso em: 21 jan. 2022.

CARVALHO FILHO, Juarez Lopes de. Religião, educação e economia em Max Weber. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, Porto Alegre, v. 14, n. 3, p. 540-555, 19 set. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15448/1984-7289.2014.3.17107>. Acesso em: 01 ago. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA - CNJ. **Boletim Mensal CNJ de Monitoramento COVID-19**. COVID-19 no Sistema Prisional. 2022 abril. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/sistema-carcerario/covid-19/registros-de-contagios-obitos/>

CORRÊA, Matilde Maria de Magalhães Arena; FRANCISCO, Julio Cesar. Para além do encarceramento de idosas: propostas humanizantes e educativas em presídio brasileiro. **Revista Internacional de Ciências Humanas**, Madrid, v. 8, n. 1, p. 11-21, 18 mar. 2019. Global Knowledge Academics. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37467/gka-revhuman.v8.2004>. Acesso em: 13 abr. 2022.

COSTA, Jaqueline Sérgio da et al. COVID-19 NO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO: da indiferença como política à política de morte. **Psicologia & Sociedade**, Recife, v. 32, p. 1-19, jul. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32240218>. Acesso em: 22 jan. 2022.

CRISPIM, Juliane de Almeida *et al.* Impacto e tendência da COVID-19 no sistema penitenciário do Brasil: um estudo ecológico. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 1, p. 169-178, jan. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020261.38442020>. Acesso em: 03 mar. 2022.

CRUZ, Marina Zuanazzi. **PSICOSSOMÁTICA NA SAÚDE COLETIVA**: um enfoque biopsicossocial. 2011. 103 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2011. Disponível em: [https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/98410/cruz\\_mz\\_me\\_botfm.pdf?sequence=1](https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/98410/cruz_mz_me_botfm.pdf?sequence=1). Acesso em: 10 jul. 2022. CUI, Jie; LI, Fang; SHI, Zheng-Li. Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. **Nature Reviews Microbiology**, [S.L.], v. 17, n. 3, p. 181-192, 10 dez. 2018. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41579-018-0118-9>. Acesso em: 01 jul. 2020.

CUNHA, Laura Beatriz et al. Estratégias de Enfrentamento (Coping) da Equipe de Enfermagem durante a pandemia de COVID-19 no Brasil: uma revisão integrativa de literatura. **Cuidarte Enfermagem**, Catanduva, v. 2, n. 15, p. 263-273, dez. 2021a. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2021v2/p.263-273.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2022.

CUNHA, Carlos Eduardo Ximenes da et al. Isolamento social e ansiedade durante a pandemia da COVID-19: uma análise psicossocial. **Brazilian Journal Of Health Review**, São José dos Pinhais, v. 4, n. 2, p. 9022-9032, 20 abr. 2021b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv4n2-409>. Acesso em: 08 abr. 2022.

DANTAS, Jurema Barros et al. Entre a morte e a experiência da finitude: histórias e diálogos com o contemporâneo. **Revista do NUFEN**, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 41-55, abr. 2021. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-25912021000100004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912021000100004). Acesso em: 11 abr. 2022.

DIAS, Viviane Maria de Carvalho Hessel *et al.* Orientações sobre diagnóstico, tratamento e isolamento de pacientes com COVID-19. **Journal Of Infection Control**, [S. L.], v. 2, n. 9, p. 1-20, jun. 2020a. Disponível em: [http://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2020/05/Journal\\_Infection\\_Control.pdf](http://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2020/05/Journal_Infection_Control.pdf). Acesso em: 30 ago. 2020.

DIAS, Viviane Maria de Carvalho Hessel *et al.* Testes sorológicos para COVID-19: interpretação e aplicações práticas. **Journal Of Infection Control**, [S. L.], v. 9, n. 2, p. 1-12, jun. 2020b. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Ricardo\\_Cohen/publication/343084804\\_Serological\\_tests\\_for\\_COVID-19\\_Interpretation\\_and\\_practical\\_applications/links/5f16275592851c1eff22189c/Serological-tests-for-COVID-19-Interpretation-and-practical-applications.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Ricardo_Cohen/publication/343084804_Serological_tests_for_COVID-19_Interpretation_and_practical_applications/links/5f16275592851c1eff22189c/Serological-tests-for-COVID-19-Interpretation-and-practical-applications.pdf). Acesso em: 12 set. 2020.

DINIZ, Adriane Pinto et al. Espiritualidade e Religiosidade como práticas de enfrentamento ao uso abusivo de drogas. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 9, n. 1, p. 88-102, 2 mar. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rps.v9i1.2467>. Acesso em: 12 abr. 2022.

DISTRITO FEDERAL. SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA. (org.). **Painel COVID-19 no Distrito Federal**. 2020a. Disponível em: [https://covid19.ssp.df.gov.br/extensions/covid19/covid19.html#/>](https://covid19.ssp.df.gov.br/extensions/covid19/covid19.html#/). Acesso em: 11 nov. 2020.

\_\_\_\_\_. SEAPE – SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA. **SEAPE**. 2020b. Disponível em: [http://seape.df.gov.br/a-sesipe/>](http://seape.df.gov.br/a-sesipe/). Acesso em: 04jul. 2020.

\_\_\_\_\_. SEAPE – SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA. **CDP**. 2020c. Disponível em: [http://seape.df.gov.br/cdp/>](http://seape.df.gov.br/cdp/). Acesso em: 04 jul. 2020.

\_\_\_\_\_. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. **Nota Técnica N.º 1/2020, Versão 3 – 17/06/2020 - SES/SAIS/CAT-COVID-19**. Diretrizes de Apoio Clínico e Organizacional para qualificação do enfrentamento das necessidades de saúde no contexto da epidemia por COVID-19 no âmbito da Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF. 2020d. Disponível em: [http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/01/NOTA\\_TECNICA\\_COVID\\_APS\\_V3\\_versao\\_17062020\\_SUMARIO.pdf](http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/01/NOTA_TECNICA_COVID_APS_V3_versao_17062020_SUMARIO.pdf). Acesso em: 31 ago. 2020.

DUARTE, Thais Lemos. Sentimentos no cárcere: análise das narrativas de mulheres de presos sobre o amor. **RBSE - Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, [S.I.], v. 12, n. 34, p.191-218, abril 2013.

ESTELLITA, Maria Clara Ayres *et al.* Análise do coronavírus SARS-CoV-2 / COVID-19

no cenário atual da pandemia mundial: revisão de literatura. **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 3, n. 3, p. 7058-7072, jun. 2020. Brazilian Journal of Health Review. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n3-237>. Acesso em: 01 jul. 2020.

FALAVIGNA, Maicon *et al.* Guidelines for the pharmacological treatment of COVID-19. The task force/consensus guideline of the Brazilian Association of Intensive Care Medicine, the Brazilian Society of Infectious Diseases and the Brazilian Society of Pulmonology and Tisiology. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 166-196, maio 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20200039>. Acesso em: 12 nov. 2020.

FARO, André *et al.* COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, Campinas, v. 37, n. 1, p. 1-14, jun. 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>. Acesso em: 08 nov. 2020.

FEICHAS, Heloisa. Espiritualidade crítica: desenvolvendo alguns conceitos para uma educação musical humanizadora. **Ensino e Pesquisa em Artes: Experiências no Âmbito do Profartes**, Goiânia, p. 39-49, jan. 2019.

FERNANDES, Cario Júlio Cesar dos Santos (ed.). Devemos abordar todos os pacientes com COVID-19 da mesma forma? **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 1-2, jul. 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v46n4/pt\\_1806-3713-jbpneu-46-04-e20200218.pdf](https://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v46n4/pt_1806-3713-jbpneu-46-04-e20200218.pdf). Acesso em: 31 ago. 2020.

FERNANDES, Márcia Astrês Fernandes et al. Adoecimento mental e as relações com o trabalho: estudo com trabalhadores portadores de transtorno mental. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, Teresina, v. 16, n. 3, p. 277-286, mar. 2018. EDITORA SCIENTIFIC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5327/z1679443520180110>. Acesso em: 04 jan. 2022.

FREITAS, Marleide Marlene de. Religião nos presídios: contribuição na transformação da conduta do detento. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, São Paulo, v. 11, n. 06, p. 47-53, 3 jul. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/ciencia-da-religiao/religiao-nos-presidios>. Acesso em: 05 fev. 2022.

FORTUNA, Daniele Ribeiro. DIÁRIOS DA SAUDADE: sentimentos e emoções na escrita de Ruth Bueno. *Revista do Curso de Letras da Uniabeu*, Nilópolis, v. 12, n. 2, p. 310-324, dez. 2021. Disponível em: <https://revista.uniabeu.edu.br/index.php/RE/article/view/4243>. Acesso em: 13 abr. 2022.

GARUTTI, Selson; OLIVEIRA, Rita de Cássia da Silva. A Assistência Religiosa Prisional pelo Estado do Conhecimento. **Rever - Revista de Estudos da Religião**, [S.L.], v. 18, n. 3, p. 187-215, 25 dez. 2018. Pontifical Catholic University of Sao Paulo (PUC-SP). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23925/1677-1222.2018vol18i3a12>. Acesso em: 16 mar. 2022.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Ufrgs, 2009. 120 p. (Educação a Distância). Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em: 28 de jun. 2020.

GOIS, Swyanne Macêdo *et al.* Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1235-1246, dez. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n5/1235-1246/pt>. Acesso em: 05 set. 2020.

GOMES, José Vitor Lemes; MAGALHÃES, Raul Francisco. MAX WEBER E A RACIONALIDADE: religião, política e ciência. *Teoria e Cultura*, Juiz de Fora, v. 3, n. 1/2, p. 79-92, dez. 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/TeoriaeCultura/article/view/12128/6360>. Acesso em: 27 jul. 2022.

GOMES, Maiara Vitor *et al.* “Waiting for a miracle”: spirituality/religiosity in coping with sickle cell disease. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 72, n. 6, p. 1554-1561, dez. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0635>. Acesso em: 12 abr. 2022.

GOUVEA-REIS, Fernando A. *et al.* COVID-19 Outbreak in a Large Penitentiary Complex, April–June 2020, Brazil. **Emerging Infectious Diseases**, [S.L.], v. 27, n. 3, p. 924-927, mar. 2021a. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3201/eid2703.204079>. Acesso em: 07 out. 2021.

GOUVEA-REIS, Fernando A. *et al.* SARS-CoV-2 among inmates aged over 60 during a COVID-19 outbreak in a penitentiary complex in Brazil: positive health outcomes despite high prevalence. **International Journal Of Infectious Diseases**, [S.L.], v. 110, p. 25-27, out. 2021b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2021.03.080>. Acesso em: 04 nov. 2021.

GRUPO ACIN - IETS. **CONSENSO COLOMBIANO DE ATENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2/COVID-19 EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD**: Consenso Colombiano para recomendaciones de atención COVID19. 3 ed. Bogotá: Revista de La Asociación Colombiana de Infectología, 2020. 45 p. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22354/in.v24i3.851>. Acesso em: 03 set. 2020.

GUIMARÃES, Hélio Penna; AVEZUM, Álvaro. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Archives Of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 88-94, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-60832007000700012>. Acesso em: 12 abr. 2022.

GUIMARÃES, Henrique Coimbra *et al.* A Promoção da saúde dos portadores de HIV/AIDS em situação prisional aplicado ao modelo de nola pender: estudo qualitativo. In: Atas do 6º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa; 2017 jul 12-14; Salamanca: CIAIQ; 2017. p. 421-30.

GÜNTHER, Hartmut. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [s.l.], v. 22, n. 2, p.201-209, ago. 2006.



FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-37722006000200010>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n2/a10v22n2.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2020.

GUSSI, Maria Aparecida. **Representação Social de Ministro Religiosos Cristãos sobre a Doença Mental**. 2008. 173 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2008. Disponível em: [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/3672/1/2008\\_MariaAparecidaGussi.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/3672/1/2008_MariaAparecidaGussi.pdf). Acesso em: 25 nov. 2022.

GUSMÃO, Maria Aparecida de Jesus Xavier *et al.* Na detenção ou na liberdade: onde eu encontro minha saúde? **Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo**, [S.L.], v. 21, n. 2, p. 1-9, 4 dez. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11144/javeriana.ie21-2.dloe>. Acesso em: 08 set. 2020.

HAN, Byung-Chul. **Morte e Alteridade**. Petrópolis: Editora Vozes, 2020. 413 p. Tradução: Lucas Machado.

ISER, Betine Pinto Moehlecke *et al.* Definição de caso suspeito da COVID-19: uma revisão narrativa dos sinais e sintomas mais frequentes entre os casos confirmados. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 3, p. 1-11, jun. 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000300018>. Acesso em: 02 jul. 2020.

JUNQUEIRA, Maria Hercília Rodrigues *et al.* A percepção de familiares de ex-apanados sobre a experiência do cárcere e do processo de inclusão social. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 74-99, 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41589/28858>. Acesso em: 02 jan. 2022.

KAMADA, Márcio *et al.* O papel da espiritualidade no enfrentamento da doença de Alzheimer. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 21-24, jun. 2019. Disponível em: <https://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/443>. Acesso em: 12 abr. 2022.

LAGE, Victória Christina Campos. O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE DA MULHER PRIVATIVA DE LIBERDADE EM TEMPOS DE COVID-19. **Revista Acadêmica de Direito da Unigranrio**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 1-19, mar. 2020. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rdugr/article/view/6322/3167>. Acesso em: 18 nov. 2020.

LEAL, Cristian Oliveira Benevides Sanches; TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza. Solidariedade: uma perspectiva inovadora na gestão e organização das ações de vigilância sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3161-3172, out. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172210.18022017>. Acesso em: 10 abr. 2022.

LIMA, Rossano Cabral. Distanciamento e isolamento sociais pela COVID-19 no Brasil: impactos na saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 1-10, 28 abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300214>. Acesso em: 13 nov. 2021.

LINO, Thaís Breternitz et al. O adoecimento crônico e o tratamento pelo olhar do adolescente: considerações com base em uma história de vida. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 29, n. 1, p. 1-16, jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO2128>. Acesso em: 08 abr. 2022.

MACHADO, A.e.B.; SOUZA, A.P.R.; SOUZA, M.C. Sistema Penitenciário Brasileiro – Origem, Atualidade e Exemplos Funcionais. **Revista do Curso de Direito**, [S.L.], v. 10, n. 10, p. 201-212, 31 dez. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1094/rcd.v10n10p201-212>. Acesso em: 04 maio 2021.

MARIA, Maira Luana dos Santos de; COSTA, Rosângela Fátima da. ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM DETENTOS. **Unifunc Ciências da Saúde e Biológicas**, Santa Fé do Sul, Sp, v. 3, n. 6, p. 1-11, 21 dez. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.24980/ucsb.v3i6.4093>. Acesso em: 08 abr. 2022.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Técnicas de Pesquisa. In: **Fundamento de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas S.a., 2003. Cap. 9. p. 174-214.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, abr. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>. Acesso em: 07 jul. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

MORAES, Edgar Nunes de *et al.* COVID-19 nas instituições de longa permanência para idosos: estratégias de rastreamento laboratorial e prevenção da propagação da doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 9, p. 3445-3458, jun. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020259.20382020>. Acesso em: 10 nov. 2020.

MORAES, Lúcio Flávio Renault de; MAESTRO FILHO, Antonio del; DIAS, Devanir Vieira. O paradigma weberiano da ação social: um ensaio sobre a compreensão do sentido, a criação de tipos ideais e suas aplicações na teoria organizacional. *Revista de Administração Contemporânea*, Maringá, v. 7, n. 2, p. 57-71, jun. 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-6552003000200004>. Acesso em: 28 jul. 2022.

MOREIRA, Rafael da Silveira. Análises de classes latentes dos sintomas relacionados à COVID-19 no Brasil: resultados da pnad-covid19. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p. 14-14, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00238420>. Acesso em: 20 maio 2022.

NASCIMENTO JÚNIOR, Francisco Edimar do et al. ANSIEDADE EM IDOSOS EM TEMPOS DE ISOLAMENTO SOCIAL NO BRASIL (COVID-19). **Revista Brasileira de Análise do Comportamento**, Belém, v. 16, n. 1, p. 50-56, 6 ago. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18542/rebac.v16i1.9097>. Acesso em: 07 abr. 2022.

NASCIMENTO, Ananda Kenney da Cunha; CALDAS, Marcus Túlio. Dimensão Espiritual e Psicologia: a busca pela inteireza. **Phenomenological Studies - Revista da Abordagem**

**Gestáltica**, Goiânia, v. 26, n. 1, p. 74-89, jan. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18065/rag.2020v26n1.7>. Acesso em: 09 abr. 2022.

NASCIMENTO, Yanna Cristina Moraes Lira et al. O adoecimento mental: percepções sobre a identidade da pessoa que sofre. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 19, n. 54, p. 479-490, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0194>. Acesso em: 05 jan. 2022.

NAVES, Janeth de Oliveira Silva et al. Utilização de Métodos Qualitativos e Quantitativos para Investigação da Assistência Farmacêutica. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, [S.I.], v. 04, n. 02, p.2175-2188, jan. 2013. Disponível em: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=UTILIZA%C3%87%C3%83O+DE+M%C3%89TODOS+QUALITATIVOS+E+QUANTITATIVOS+PARAINVESTIGA%C3%87%C3%83O+DA+ASSIST%C3%8ANCIA+FARMAC%C3%8AUTICA+%28APPLICATION+OFQUALITATIVE+AND+QUANTITATIVE+METHODS+TO+INVESTIGATEPHARMACEUTI>. Acesso em: 28 jun. 2020.

OLIVEIRA, Cassiara Boeno Borges de *et al.* Experiências de adoecimento por condições crônicas transmissíveis: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 510-520, jun. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017159587>. Acesso em: 31 ago. 2020.

OLIVEIRA, Isabela Romeu Lorenzon de *et al.* COVID-19 no sistema penitenciário brasileiro: um desafio à saúde pública. **Global Academic Nursing Journal**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 1-6, abr. 2021a. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200116>. Acesso em: 30 jan. 2022.

OLIVEIRA, Pedro Igor Daldegan de; ANDERSON, Maria Inez Padula. Envelhecimento, finitude e morte. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2195-2206, 23 jun. 2020. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2195](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2195). Acesso em: 04 ago. 2020.

ORNELL, Felipe *et al.* “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. **Brazilian Journal Of Psychiatry**, [S.L.], v. 42, n. 3, p. 232-235, jun. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>. Acesso em: 18 set. 2020.

OUR WORLD IN DATA (org.). **Coronavirus (COVID-19) Vaccinations**. 2022. Disponível em: [https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=OWID\\_WRL](https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=OWID_WRL). Acesso em: 15 ago. 2022.

PANZINI, Raquel Gehrke; BANDEIRA, Denise Ruschel. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Archives Of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 34, p. 126-135, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-60832007000700016>. Acesso em: 06 ago. 2022.

PASCARELLA, Giuseppe *et al.* COVID-19 diagnosis and management: a comprehensive review. **JournalOfInternal Medicine**, Rome, v. 288, n. 2, p. 192-206, 13 maio 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/joim.13091>. Acesso em: 31 ago. 2020.

PINHEIRO, Marília Cléssia et al. Health profile of freedom-deprived men in the prison system. **Investigación y Educación En Enfermería**, Colombia, v. 33, n. 2, 15 jun. 2015. Universidad de Antioquia. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v33n2a09>. Acesso em: 04 jan. 2022.

POPE, Catherine; MAYS, Nicolas. **Pesquisa qualitativa na atenção a saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

PORRECA, Wladimir. ENFRENTAR COM SOLIDARIEDADE À COVID-19. **Archivos de Medicina (Manizales)**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 285-299, jan-jun. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.30554/archmed.21.1.4000.2021>. Acesso em: 09 abr. 2022.

PRINCE, Martin et al. World Alzheimer Report 2015: The global impact of dementia - An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. Londres: Alzheimer'sDiseaseInternational, 2015. 87 p. Disponível em: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2020.

PY, Ligia; OLIVEIRA, José Francisco P. Envelhecimento e morte. In: INCONTRI, Dora; SANTOS, Franklin Santana. **A arte de morrer**: visões plurais. [S.I.]: Comenius, 2007. p. 172-178.

REIS, Cristine Gabrielle da Costa dos et al. Repercussões profissionais e cotidianas do adoecimento em pacientes do sexo masculino com câncer avançado. **Revista Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora - MG, v. 12, n. 1, p. 1-11, 26 abr. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.24879/2018001200100315>. Acesso em: 15 abr. 2022.

RIBEIRO, Mariana dos Santos *et al.* Coping strategies used by the elderly regarding aging and death: an integrative review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 869-877, dez. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.170083>. Acesso em: 01 jul. 2020.

RIBEIRO, Priscilla Keron Schultz *et al.* Diferentes processos de luto e o luto não reconhecido: formas de elaboração e estratégias dentro da psicologia da saúde e da terapia cognitivo-comportamental / different grief processes and unrecognized grief. **Brazilian Journal Of Development**, Curitiba, v. 8, n. 4, p. 30599-30614, 25 abr. 2022. South Florida Publishing LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv8n4-508>. Acesso em: 08 maio 2022.

RODRIGUES, José Carlos. **Tabu da Morte**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

SÁNCHEZ, Alexandra *et al.* COVID-19 nas prisões: um desafio impossível para a saúde pública? **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 36, n. 5, p. 1-5, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00083520>. Acesso em: 15 set. 2020.

SANTANA, Juliana et al. Ética e solidariedade: uma lição da pandemia. **Griot: Revista de Filosofia**, Amargosa, v. 21, n. 3, p. 283-297, 28 out. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.31977/grirfi.v21i3.2457>. Acesso em: 10 abr. 2022.

SANTOS, Gabriel da Cruz et al. COVID-19 NAS PRISÕES: efeitos da pandemia sobre a saúde mental de mulheres privadas de liberdade. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador,

v. 34, n. 1, p. 1-11, 26 out. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v34.38235>. Acesso em: 08 abr. 2022.

SANTOS, Lorena Verally Rodrigues dos. O SUPERISOLAMENTO NO CÁRCERE AO PRIVADO DE LIBERDADE EM MEIO À PANDEMIA DO COVID-19 NO ESTADO DE PERNAMBUCO. **Editora Pucrs**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 1-10, jan. 2020. Disponível em: <https://editora.pucrs.br/edipucrs/acessolivre/anais/congresso-internacional-de-ciencias-criminais/assets/edicoes/2020/arquivos/267.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2022.

SANTOS, Luiz Antonio de Castro; FARIA, Lina; PATIÑO, Rafael Andrés. O envelhecer e a morte: leituras contemporâneas de psicologia social. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Belo Horizonte, v. 35, n. 2, p. 1-15, 16 maio 2018. Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20947/S0102-3098a0040>. Acesso em: 04 ago. 2020.

SANTOS, Máira Mendes dos et al. Fatores associados à depressão em homens e mulheres presos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 1-14, jan. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720190051>. Acesso em: 08 abr. 2022.

SANTOS, Márcia Vieira dos et al. MENTAL HEALTH OF INCARCERATED WOMEN IN THE STATE OF RIO DE JANEIRO. **Texto & Contexto - Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 1-10, 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017005980015>. Acesso em: 08 abr. 2022.

SANTOS, Márcia Vieira dos *et al.* The physical health of women deprived of their freedom in a prison in the state of Rio de Janeiro. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 1-7, jan. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170033>. Acesso em: 11 nov. 2020.

SANTOS, Renato dos; MOHR, Allan Martins. A (de)vida angústia de morte: considerações a partir da filosofia e da psicanálise. **Revista Natureza Humana**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 169-187, jul. 2018. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-24302018000100011](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302018000100011). Acesso em: 10 abr. 2022.

SCHMIDT, Beatriz *et al.* Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos de Psicologia (Campinas)**, Campinas, v. 37, n. 1, p. 1-26, abr. 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>. Acesso em: 01 jul. 2020.

SERPA, Faradiba Sarquis *et al.* Vacinas COVID-19 e imunobiológicos. **Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 126-134, mar. 2021. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Eduardo-Costa-F-Silva/publication/353851734\\_Vacinas\\_COVID-19\\_e\\_imunobiologicos/links/6115820d1ca20f6f861b5228/Vacinas-COVID-19-e-imunobiologicos.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Eduardo-Costa-F-Silva/publication/353851734_Vacinas_COVID-19_e_imunobiologicos/links/6115820d1ca20f6f861b5228/Vacinas-COVID-19-e-imunobiologicos.pdf). Acesso em: 07 jul. 2022.

SHELDRAKE, Rupert. **A Ciência da Prática Espiritual**: experiências transformadoras, seus efeitos e eficácia em nosso corpo, no cérebro e na saúde. São Paulo: Editora Pensamento Cultrix, 2021. 320 p. Tradução: Jeferson Luiz Camargo.

SILVA, Alan Camargo; LÜDORF, Sílvia Maria Agatti. GENNEP, A. V. Os ritos de passagem. 2. ed., Trad. Mariano Ferreira. Petrópolis: vozes, 2011. **Pensar A Prática**, Goiânia, v. 15, n. 4, p. 1108-1113, 31 dez. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/rpp.v15i4.19501>. Acesso em: 13 abr. 2022.

SILVA, Carine dos Reis *et al.* RELIGIÃO E MORTE: qual a relação existente? **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 1, n. 1, p. 130-141, 3 dez. 2012. Escola Bahiana de Medicina e Saude Publica. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v1i1.49>. Acesso em: 08 maio 2022

SILVA, Andreia Vicente da. Caronte e a noiva morta: o período de liminaridade dos ritos de passagem. **Revista Diálogos Mediterrânicos**, [s. l], v. 1, n. 18, p. 157-175, jul. 2020a. Disponível em: <https://www.dialogosmediterrânicos.com.br/index.php/RevistaDM/article/view/370/439>. Acesso em: 11 abr. 2022.

\_\_\_\_\_. Os 'ritos possíveis' de morte em tempos de coronavírus. **Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 1-12, jul. 2020b. Disponível em: <https://www.reflexpandemia.org/texto-50>. Acesso em: 12 abr. 2022.

SILVA, Andréia Vicente da. Rituais Interacionais: o enterro evangélico. **Intratextos**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 1-16, jan. 2011. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/intratextos/article/viewFile/1626/1295>. Acesso em: 12 abr. 2022.

SILVA, Thaína Martins da; ALVES, Lídia Maria Nazaré. A REPRESENTAÇÃO DA LOUCURA, MORTE E LUTO NO CONTO “A TERCEIRA MARGEM DO RIO” DE JOÃO GUIMARÃES ROSA. **Anais do Seminário Científico do Unifacig**, Munhaçu-MG, v. 5, n. 1, p. 1-7, nov. 2019. Disponível em: <http://pensaracademico.facig.edu.br/index.php/semariocientifico/article/view/1292>. Acesso em: 11 abr. 2022.

SILVA, Gabriela Cruz Noronha; REIS, Dáfili Cristina dos; MIRANDA, Talita Prado Simão; MELO, Ruan Nilton Rodrigues; COUTINHO, Mariana Aparecida Pereira; PASCHOAL, Gabriela dos Santos; CHAVES, Érika de Cássia Lopes. Religious/spiritual coping and spiritual distress in people with cancer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 6, p. 1534-1540, dez. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0585>. Acesso em: 06 ago. 2022.

SILVA, Adriana Ilha da et al. Prevalência de infecção por COVID-19 no sistema prisional no Espírito Santo/Brasil: pessoas privadas de liberdade e trabalhadores da justiça. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 24, p. 1-12, set. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720210053>. Acesso em: 18 jan. 2022

**SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (Rio de Janeiro) (Org.). OMS divulga metas para 2019; desafios impactam a vida de idosos.** 2019. Disponível em: <https://sbgg.org.br/oms-divulga-metas-para-2019-desafios-impactam-a-vida-de-idosos/>. Acesso em: 20jul. 2020.

TEIXEIRA, Jane Blanco et al. Doença de Alzheimer: estudo da mortalidade no Brasil, 2000-2009. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p.1-12, abr. 2015. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/28487/2/Doen%C3%A7a%20de%20Alzheimer-%20estudo%20da%20mortalidade%20no%20Brasil%2c%202000-2009.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2020.

TEIXEIRA, Maria Clara Leal; HENNINGTON, Élide Azevedo. Pessoas vivendo com HTLV: sentidos da enfermidade, experiência do adoecimento e suas relações com o trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 6049-6057, dez. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320212612.15362021>. Acesso em: 07 abr. 2022.

THIENGO, Priscila Cristina da Silva et al. ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 24, n. 1, p. 1-12, 7 mar. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.58692>. Acesso em: 12 abr. 2022.

VARELLA, Pedro P. V.; FORTE, Wilma C. Neves. Citocinas: revisão. **Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 146-154, jan. 2001. Disponível em: <http://www.sbai.org.br/revistas/Vol244/citocinas.htm>. Acesso em: 12 abr. 2022.

VIANA, Ana Cláudia Albano; NÓBREGA, Terezinha Petrucia da. Conversas sobre Morte e Dança: os fios tramados por thanatos e terpsícore. **Revista Brasileira de Estudos da Presença**, Porto Alegre, v. 9, n. 4, p. 1-19, abr. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2237-266083414>. Acesso em: 10 abr. 2022.

VIEIRA, Danielly Costa Roque; AQUINO, Thiago Antonio Avellar de. Vitalidade subjetiva, sentido na vida e religiosidade em idosos: um estudo correlacional. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 483-494, jun. 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5137/513754278005.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2022.

WANG, Cuiyan *et al.* Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, [S.L.], v. 17, n. 5, p. 1-25, 6 mar. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17051729>. Acesso em: 07 dez. 2020.

WEBER, Max. **Max Weber**: religião, valores, teoria do conhecimento. Uberlândia: Editora da Universidade Federal de Uberlândia - Edufu, 2016. 256 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention. **Interim guidance**, mar. 2020a. Disponível em: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/434026/Preparedness-prevention-and-control-of-COVID-19-in-prisons.pdf?ua=1](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/434026/Preparedness-prevention-and-control-of-COVID-19-in-prisons.pdf?ua=1). Acesso em: 04 ago. 2020.

\_\_\_\_\_. WHO CoronavirusDisease (COVID-19) Dashboard, 2020b. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 11 nov. 2020.

\_\_\_\_\_. WHO Q&A: Older people and COVID-19, 2020c. Disponível em:

<https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-on-on-covid-19-for-older-people>. Accesso em: 01set. 2020.



## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

**Questionário socioeconômico**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Identificação do Participante (iniciais):

Data de Nascimento:

Cidade e Estado de nascimento:

Escolaridade:

Estado Civil:

Solteiro ()Casado ()União Estável ()Divorciado ()Viúvo ()

Renda aproximada da família:

 Menor que 01 Salário-Mínimo Entre 01 a 04 Salários-Mínimos Entre 04 a 08 Salários-Mínimos Acima de 08 Salários-Mínimos

Quantas pessoas trabalham em sua família?

Quem é responsável pelo sustento da família?

Quantas pessoas moram em sua casa? Qual o parentesco delas?

Religião:

Tempo de Reclusão:

Primeiro crime ou reincidente?

Comorbidades: Não () Sim (), qual: \_\_\_\_\_

Data do diagnóstico de Coronavírus:

Teve sintomas? Se sim, quais?

## APÊNDICE B – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

### **Roteiro semiestruturado**

1. Durante esse período de pandemia, com suspensão das visitas e de outras atividades dentro do presídio, o que você sentiu em relação a isso?
2. Como você se sentiu quando soube que estava com a Covid-19? O que você sabia sobre a doença? O que você sabe agora? Quem lhe informou?
3. Quais sintoma você apresentava?
4. Nesse momento, como você vê a doença?
5. Como você se sentiu quando soube que deveria ficar isolado? Exploração de sentimentos pessoais, familiares? Coletivos?
6. Qual era a sua rotina no período de isolamento?
7. O que te ajudou a superar esse período de isolamento? Fé e Religião? Outros?
8. Você teve medo de morrer? Sim? Não? Me fale sobre os seus sentimentos sobre essa possibilidade
9. Na sua família teve algum parente que morreu pela Covid-19?
10. Qual a sua percepção sobre a vida e a morte?
11. Houve alguma mudança no seu comportamento, sentimento, visão de mundo após a doença?

**ANEXOS**

## ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

*Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE*

Eu, \_\_\_\_\_, estou de acordo com minha participação na pesquisa “**Vivências de homens privados de liberdade, pós testagem positiva para COVID-19**”, sob a responsabilidade do pesquisador **Raphael Neiva Praça Adjuto**. O projeto **terá como base a realização de entrevistas** com o objetivo de **conhecer as vivências de homens privados de liberdade submetidos a isolamento social pós-diagnóstico de COVID-19**.

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 pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

Estou ciente que:

- 1) o pesquisador **Raphael Neiva Praça Adjuto**, explicou a mim, o que será realizado no estudo. A pesquisa acontecerá em três momentos diferentes descritos a seguir:
  - a) 1º Momento: seleção dos internos que se enquadrarem aos critérios de inclusão. Após o esclarecimento sobre a pesquisa e a concordância da participação do interno por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).
  - b) 2º Momento: aplicação do questionário socioeconômico com o intuito de caracterizar o perfil dos participantes do presente estudo.
  - c) 3º Momento: realização de entrevista com roteiro semiestruturado em sala apropriada para proporcionar um ambiente acolhedor, com mesa, cadeiras, presença de agente prisional para escolta do interno. Cada entrevista será gravada em áudio para posterior transcrição pelo pesquisador para análise das impressões e dos aspectos relevantes do discurso do participante.
- 2) Estou ciente de que não receberei recompensa ou auxílio financeiro pela minha participação.

**3) Lembramos que esse estudo será realizado em conjunto ao tratamento médico já estipulado, não possuindo, em hipótese alguma, o intuito de substituir o tratamento médico prescrito.**

Os riscos decorrentes da sua participação na pesquisa são **a não aceitação da realização do estudo por parte dos possíveis participantes e o afloramento dos sentimentos relacionados ao adoecimento e finitude. Para minimizar esses riscos, será agendado acompanhamento psicológico na unidade de saúde prisional do CDP, para os participantes que sentirem necessidade de atendimento referente ao conteúdo da entrevista realizada para o estudo.** Se o senhor aceitar participar, contribuirá para **auxiliar a compreensão sobre a percepção sobre o adoecer frente a diagnósticos de doenças com grande potencial de letalidade, como é o caso da COVID-19, além de contribuir e ampliar o rol de estratégias de enfrentamento em situações semelhantes para a equipe de saúde dentro do sistema prisional.**

Na unidade de saúde onde os participantes da pesquisa estarão para a realização da entrevista, haverá uma sala de consultório com pouca interferência de ruídos externos tendo cadeiras, mesa, janelas, iluminação, porta e piso íntegros. Cada consultório possui acessibilidade adequada para os participantes do estudo, havendo rampas de acesso, quando preciso, reduzindo, assim, possíveis riscos de quedas entre outros danos decorrentes dele.

O Senhor pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que traga constrangimento a você, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o senhor. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o senhor deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Todas as despesas que o senhor e seu acompanhante tiverem, relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa), serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na *Universidade de Brasília – UnB* podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o Senhor tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: **Raphael Neiva Praça Adjuto**, na **Universidade de Brasília – UnB – Campus Universitário Darcy Ribeiro – Faculdade de Ciências de Saúde – Departamento de Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf)**, pelo telefone **(61) 3107-1753**.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do *e-mail* [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br) ou [cepfsunb@gmail.com](mailto:cepfsunb@gmail.com), horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Além disso, como a Secretaria de Estado de Saúde é coparticipante desta pesquisa, este projeto também foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 2017 1145 ramal 6878 ou e-mail: [comitedeetica.secretaria@gmail.com](mailto:comitedeetica.secretaria@gmail.com).

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

---

Nome e assinatura do Participante da Pesquisa

---

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## ANEXO B – TERMO DE CESSÃO DE USO DE VOZ PARA FINS CIENTÍFICOS E ACADÊMICOS



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

### TERMO DE CESSÃO DE USO DE VOZ PARA FINS CIENTÍFICOS E ACADÊMICOS

Protocolo de Pesquisa, CAAE 41953120.6.0000.0030, CEP/FS-UnB, aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021.

Por meio deste termo, o senhor \_\_\_\_\_, portador do CPF nº \_\_\_\_\_, participante do estudo “Vivências de Homens Privados de Liberdade, após Testagem Positiva para Covid-19”, de forma livre e esclarecida, cede o direito de uso de voz adquirida durante entrevista realizada em sua participação no presente estudo, e autoriza o pesquisador, **Raphael Neiva Praça Adjuto**, CPF nº 020.680.371-06, Matrícula 190083085, mestrando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem pela Universidade de Brasília – UnB, responsável pelo trabalho a:

(a) utilizar e veicular a voz obtida durante sua participação no presente estudo com o objetivo de conhecer as vivências de homens privados de liberdade submetidos a isolamento social pós-diagnóstico de COVID-19, da dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, para fim de obtenção de grau acadêmico (e/ou divulgação científica), sem qualquer limitação de número de inserções e reproduções, desde que essenciais para os objetivos do estudo, garantida a ocultação de identidade (mantendo-se a confidencialidade e a privacidade das informações);

(b) veicular a voz acima referida na versão final do trabalho acadêmico, que será obrigatoriamente disponibilizado na página web da biblioteca (repositório) da Universidade de Brasília – UnB, ou seja, na internet, assim tornando-as públicas;

(c) utilizar a voz na produção de quaisquer materiais acadêmicos, inclusive aulas e apresentações em congressos e eventos científicos, por meio oral (conferências) ou impresso (pôsteres ou painéis);

(d) utilizar a voz para a publicação de artigos científicos em meio impresso e/ou eletrônico para fins de divulgação, sem limitação de número de inserções e reproduções;

(e) no caso da voz, executar livremente a edição e montagem do trecho, realizando cortes e correções necessárias, assim como de gravações, sem alterar a sua veracidade, utilizando-as exclusivamente para os fins previstos neste termo e responsabilizando-se pela guarda e pela utilização da obra final produzida.

O participante declara que está ciente que não haverá pagamento financeiro de qualquer natureza neste ou em qualquer momento pela cessão da voz, e que está ciente que

\_\_\_\_\_  
Rubrica Participante do Estudo

\_\_\_\_\_  
Rubrica Pesquisador Responsável

Página 1/2





Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

pode retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma, salvo os materiais científicos já publicados.

É vedado ao pesquisador utilizar a voz para fins comerciais ou com objetivos diversos da pesquisa proposta, sob pena de responsabilização nos termos da legislação brasileira. O pesquisador declara que o presente estudo/pesquisa será norteado pelos normativos éticos vigentes no Brasil.

Concordando com o termo, o participante de pesquisa e o pesquisador assinam o presente termo em 2 (duas) vias iguais, devendo permanecer uma em posse do pesquisador responsável e outra com o participante.

---

**Local e data**

---

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL**  
**CPF:**

---

**PARTICIPANTE DO ESTUDO**  
**CPF:**

## ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNB

UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Vivências de Homens Privados de Liberdade, após Testagem Positiva para Covid-19

**Pesquisador:** Raphael Neiva Praça Adjuto

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 41953120.6.0000.0030

**Instituição Proponente:** Programa de Pós Graduação em Enfermagem - Mestrado - Universidade de

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.572.159

#### Apresentação do Projeto:

Conforme documento "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1677182.pdf" postado em 13/02/2021:

"Desenho:

Sera realizada uma pesquisa exploratoria e descritiva, com abordagem qualitativa, em uma unidade prisional masculina. Os participantes serao distribuidos em dois grupos compostos adultos e idosos. Na coleta de dados serao utilizados dois instrumentos: questionario socioeconomico e roteiro de entrevista semiestruturado que abordara questoes acerca das vivencias apos diagnostico positivo de COVID-19. Os principios eticos preconizados pela Resolucao no 510/2016 do Conselho Nacional de Saude serao cumpridos."

"Resumo:

Objetivo: Conhecer as vivencias de homens privados de liberdade submetidos a isolamento social pos-diagnostico de coronavirus (COVID-19). Metodo a ser utilizado: sera realizada uma pesquisa exploratoria e descritiva, com abordagem qualitativa, em uma unidade prisional masculina. Os participantes serao distribuidos em dois grupos compostos adultos e idosos. Na coleta de dados serao utilizados dois instrumentos: questionario socioeconomico e roteiro de entrevista semiestruturado que abordara questoes acerca das vivencias apos diagnostico positivo de COVID-19. Os principios eticos preconizados pela Resolucao no 510/2016 do Conselho Nacional de Saude

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900

**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.572.159

serão cumpridos."

"Introdução:

Em dezembro de 2019, em Wuhan na China, ocorreu o primeiro caso diagnosticado de uma nova doença que se disseminaria em escala mundial no ano de 2020, o novo coronavírus. O vírus também chamado Sars-Cov2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) ou COVID-19 (Coronavirus Disease 2019), se disseminou rapidamente pelo mundo, colocando a Organização Mundial de Saúde (OMS) em alerta que a declarou como uma pandemia em março de 2020 (SCHMIDT et al., 2020). O novo coronavírus é o último de um total de sete subtipos de vírus da família Coronaviridae, que recebe esse nome devido ao fato de os vírus se assemelharem morfológicamente a uma coroa. Os vírus dessa família causam infecções de trato respiratório e intestinal em humanos e animais (ESTELLITA et al., 2020; CUI; LI; SHI, 2018). Os sintomas clássicos da Sars-Cov2 são respiratórios são: dispnéia, cansaço, tosse e febre, podendo em muitos casos se agravar e levar a quadros de insuficiência respiratória, anosmia, ageusia, cefaleia, dor de garganta, diarreia, náusea e vômitos, falência renal e morte, em pessoas diagnosticadas com a doença (WHO, 2020a; ISER et al., 2020). A forma de transmissão da COVID-19 se faz por meio de gotículas que contenham o vírus produzidas durante espirros, tosses e ao falar. O período de incubação do Sars-Cov2 varia em média entre 5,2 a 12,5 dias, podendo a carga viral entrar em queda entre o 9º e 14º dia de doença, com exceção dos casos em pacientes críticos (WHO, 2020a; DIAS et al., 2020). Na tentativa de evitar o contágio do coronavírus é recomendada a prevenção pela higienização das mãos com água e sabão ou solução alcoólica a 70%, uso de máscaras de proteção, além de medidas de isolamento e distanciamento social (WHO, 2020a). O Sars-Cov2 pode infectar a todos os indivíduos, porém constituem o grupo de risco para desenvolvimento da forma grave da doença os idosos e pessoas com comorbidades, como é o caso da diabetes, cardiopatas, doenças renais crônicas e pessoas acometidas por câncer e/ou doenças imunossupressoras (ESTELLITA et al., 2020; WHO, 2020c). Esse grupo, caso diagnosticado pela COVID-19, pode apresentar febre e sintomas respiratórios mais tardiamente do que o restante dos indivíduos, mostrando a necessidade de monitoramento e atenção maior (DIAS et al., 2020). As medidas preventivas devem ser seguidas por toda a população independente de fazer parte ou não do grupo de risco, uma vez que os que não fazem parte desse grupo podem ser infectados pelo vírus, desenvolver a doença e/ou transmiti-lo para pessoas do grupo de risco, atuando assim, como um vetor (ESTELLITA et al., 2020; WHO, 2020a). A COVID-19 pode se apresentar das seguintes formas: assintomática, doença leve a moderada, doença grave e doença crítica. A forma assintomática

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsub@gmail.com

UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.572.159

ocorre quando um indivíduo é infectado, mas não desenvolve sintomas da doença e seu diagnóstico é feito após teste sorológico (DIAS et al., 2020a; GRUPO ACIN E IETS, 2020). A forma leve a moderada da doença, mais predominante da doença caracteriza-se por presença de síndrome gripal ou pneumonia leve, não sendo necessário o uso de oxigenoterapia ou internação hospitalar. Essa forma possui baixa letalidade em torno de 0,1% em pessoas jovens e sem comorbidades. Porém, em pessoas que fazem parte do grupo de risco, tem sido observado a chance aumentada de desenvolvimento da forma grave da doença (DIAS et al., 2020a; GRUPO ACIN E IETS, 2020). A forma grave da doença apresenta sinais e sintomas como taquidispnéia, hipoxemia (Saturação de Oxigênio <93% em ar ambiente) e presença de febre e/ou infecção respiratória. Já na forma crítica, há o agravamento da insuficiência respiratória, com a necessidade do paciente ser acoplado à ventilação mecânica para melhoria do quadro de hipoxemia (síndrome respiratória aguda grave – SRAG) e/ou quadro de choque séptico. A recuperação dos pacientes pode variar conforme a forma clínica da doença: nos casos leves, até duas semanas e, nos casos graves, de três a seis semanas (DIAS et al., 2020a). Até o presente momento, não há uma terapia particularmente eficaz contra a COVID-19, sendo realizado o tratamento das complicações ou sintomas com o uso de medicações antibacterianas, ventilação mecânica, profilaxia de tromboembolismo venoso, entre outros fármacos com ação de redução da ação anti-inflamatória e de redução da patologia vascular pulmonar. O uso de cloroquina/ hidroxicloroquina, medicações com ação antiviral e corticoides possuem nível de evidência científica baixa, não sendo recomendado o seu uso. Ainda há necessidade de muitas pesquisas para obter uma terapia específica para o tratamento da doença (PASCARELLA et al., 2020; FERNANDES, 2020; FALAVIGNA et al., 2020). Conforme a atualização no site da OMS (WHO, 2020b), no dia 06 de dezembro de 2020, três países possuíam os maiores números de casos confirmados de Sars-Cov2, respectivamente: Estados Unidos, Índia e Brasil. O número total de casos confirmados pela COVID-19 em todo o mundo era de 65.870.030 casos, sendo 605.211 casos novos da doença e contabilizando 1.523.583 óbitos. Na mesma data, o Brasil possuía 6.533.968 casos confirmados, 46.884 casos novos e 175.964 óbitos. Na data do dia 06 de dezembro de 2020, o Distrito Federal contabilizava 233.731 casos confirmados da COVID-19, 7.007 casos ativos da doença e 3.985 óbitos. As Regiões Administrativas que possuíam os maiores números de casos confirmados pela doença eram Ceilândia (26.648 casos), Plano Piloto (19.940 casos) e Taguatinga (19.208 casos) (DISTRITO FEDERAL, 2020).

1.1. COVID - 19 no contexto prisional O sistema prisional brasileiro tem enfrentado problemas já amplamente conhecidos, a exemplo da superlotação, lugubridade, precariedade da estrutura física, marginalização social, baixo nível econômico, entre outros, o que

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.572.159

favorece a disseminação de doenças infectocontagiosas e o aumento do risco de adoecimento dentro do presídio (GUIMARAES et al, 2017; GOIS et al., 2012). A falta de assistência à saúde no sistema prisional brasileiro constitui um grande problema, o que contribui para não apenas com a disseminação de doenças, mas também com agravamento dos quadros morbidos. Isso ocorre, pois o reeducando está impossibilitado de procurar atendimento de saúde no âmbito prisional por meios próprios, devido ao contexto de privação de liberdade (LAGE, 2020). A superlotação dos presídios contribui para que as pessoas privadas de liberdade (PPL) fiquem prejudicadas quanto à possibilidade de realização do distanciamento social, medida de prevenção contra a COVID-19, resultando em um alto risco de transmissão do Sars-Cov2 (WHO, 2020a). A associação dessas características aos fatores de risco para a transmissão e evolução para formas graves e fatais de COVID-19 (por exemplo, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, doenças cardiovasculares, HIV, etc) representam fatores de risco elevado para morbimortalidade para coronavírus (SANTOS et al., 2017; SANCHEZ et al., 2020). No âmbito do sistema penitenciário do Distrito Federal, até 06 de dezembro de 2020 foram contabilizados 1932 casos confirmados de COVID-19 e 04 óbitos. Dos casos confirmados, 1.895 eram de homens (98,1%), sendo 143 destes (7,6%) de internos acima de 60 anos de idade (DISTRITO FEDERAL, 2020). Na tentativa de minimizar os riscos de contágio, da COVID-19 no ambiente prisional, uma das estratégias adotadas é a prevenção da importação do vírus para dentro do presídio por agentes penitenciários, visitantes ou chegada de novos internos. No caso da admissão dos novos internos, o risco pode ser minimizado pela destinação dos recém-chegados a novo espaço dentro do sistema prisional, e pela realização de triagem para verificação de febre e sintomas respiratórios, além das demais doenças infectocontagiosas (WHO, 2020a; SANCHEZ et al., 2020). Além disso, deve haver um local específico para isolamento de internos que apresentarem sintomas compatíveis com COVID-19 ou forem diagnosticados com a doença, a fim de receber assistência de saúde adequada e monitoramento dos casos (WHO, 2020a; SANCHEZ et al., 2020). Todas as medidas mencionadas objetivam identificar precocemente os indivíduos portadores de coronavírus impedindo uma possível transmissão virotica com o intuito de interromper o ciclo de transmissão local do SARS-CoV2 (MORAES et al; 2020). Estudos apontam que as sequelas ocasionadas pela pandemia de Covid-19 são maiores do que a quantidade de óbitos notificados. A população em geral está vivenciando uma carga elevada de experiências e emoções negativas, o que pode ocasionar transtornos de ansiedade e do pânico, depressão, comportamento suicida, medo, raiva e insônia, sendo necessário o acompanhamento psicológico adequado, manutenção das redes de apoio social de cada indivíduo e acesso às informações importantes sobre o que está ocorrendo (FARO et

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.572.159

al., 2020). Além disso, as medidas necessárias para a contenção e prevenção da COVID-19, como o caso do isolamento social, da quarentena e do distanciamento social, são consideradas estressores, pois proporcionam o afastamento dos indivíduos, como o caso de famílias e amigos, e geram a incerteza de quanto tempo essa distância perdurará. No ambiente prisional, esse cenário parece não ser diferente. Nesse contexto, pode-se dizer que a percepção do risco à saúde e de morte gerado pela COVID-19 dentro das unidades prisionais, associada às restrições de movimentação e de outras atividades laborais e educativas, além da suspensão das visitas dos familiares e advogados são fatores que agravam as tensões e impactam no âmbito emocional das PPL, aumentando a sensação de isolamento, insegurança e ansiedade, provocando preocupações referentes à sua saúde e de seus familiares. Durante esse período de pandemia, os reeducandos não tiveram formas alternativas de comunicação com o ambiente externo, ficando assim, privados de notícias dos seus familiares (SANCHEZ et al., 2020; BARROS; BARROS, 2020). Nesse contexto, pergunta-se: como tem sido vivenciado os sentimentos de preocupação do risco de própria exposição ao Sars-Cov2? O medo de infecção e de morrer em decorrência da doença? O medo da morte de familiares? Esses e outros sentimentos podem apresentar-se capazes de elevar o estresse e a insegurança frente à COVID-19 no ambiente prisional? É importante conhecer as vivências de pessoas privadas de liberdade frente à pandemia de COVID-19. Por se tratar de uma experiência recente com grande potencial letal e tendência de crescimento de número de casos diagnosticados. Devido, às características do ambiente prisional não favorecerem a realização das medidas preventivas preconizadas, faz-se necessária conhecer os sentimentos, crenças, valores, perspectivas de vida presente e futura de pessoas privadas de liberdade, a fim de reduzir as iniquidades, favorecer o planejamento e melhoria da assistência de saúde prestada no contexto prisional. Frente ao exposto, este estudo busca compreender as vivências entre homens privados de liberdade submetidos à isolamento social pós-diagnóstico de COVID-19."

**"Hipótese:**

Espera-se a partir desse estudo, contribuir para ampliar o conhecimento acerca dos efeitos físicos, emocionais, sociais e espirituais da COVID-19 entre homens adultos e idosos privados de liberdade. Favorecer o planejamento e a abordagem da equipe de saúde frente a uma doença de grande capacidade de contágio dentro do âmbito do sistema prisional. Entende-se ser necessária uma metodologia de organização do serviço capaz de reduzir iniquidades e melhorar a assistência de saúde prestada a pessoas privadas de liberdade. Sabe-se que os riscos de sofrimento psíquico como depressão, ansiedade, estresse que pode desencadear agressividade podem ser fazer

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.572.159

presentes nas pessoas após a positivação do teste para COVID-19 e isolamento social (WANG et al., 2020). Dessa forma, a hipótese desse estudo é que as vivências após o diagnóstico de COVID-19 e ou isolamento são distintas entre adultos e idosos, causando maior impacto na saúde mental entre os idosos, com possibilidade de desencadear transtornos depressivo, de ansiedade e/ou estresse, requerendo planejamento especial dos cuidados em saúde durante o processo de isolamento. Além disso, entende-se que uma melhor compreensão das vivências dos participantes possa contribuir com as orientações dadas aos reeducandos não contaminados auxiliando na desmistificação acerca da doença, para evitar represálias por parte daqueles com pessoas que forem diagnosticadas com coronavírus (SANCHEZ et al., 2020)."

**"Metodologia Proposta:**

Para alcançar os objetivos do estudo, será realizada uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, sendo os participantes da pesquisa distribuídos em dois grupos (adultos e idosos). Uma pesquisa exploratória e descritiva é um tipo de pesquisa empírica com o intuito de retratar por completo um fenômeno, podendo isso ser feito de maneira quantitativa e/ou qualitativa (MARCONI; LAKATOS, 2003). A pesquisa com abordagem qualitativa se firma no campo da subjetividade, dos significados, dos sentidos e do simbolismo, estudando relações complexas em detrimento do uso de variáveis para explicá-las. O objeto da abordagem qualitativa se expressa no nível dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores. Dessa forma, os pesquisadores estudam os fenômenos em seus cenários naturais, não se preocupando com os números e sim, com o aprofundamento da compreensão e interpretação do objeto em questão de um grupo social (POPE; MAYS, 2005; GUNTHER, 2006; GERHARDT; SILVEIRA, 2009). Na coleta de dados deste tipo de pesquisa, o interesse está na interpretação do que os próprios participantes sabem sobre a atual situação, e espera-se capturar a perspectiva do participante, com ênfase na sua subjetividade. Os dados coletados podem ser utilizados de diversos modos, mas existe um foco comum sobre a fala, o discurso e a ação, em vez de números ou aspectos descritivos. Esses elementos transmitem as representações de indivíduos e grupos em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (NAVES et al., 2013).

4.1 População a ser estudada A população do estudo será composta por internos do sexo masculino privados de liberdade que cumprem pena no Centro de Detenção Provisória I (CDP I). A fim de reunir o universo dos participantes, será utilizado o método de amostragem intencional e por conveniência e a quantidade de participantes se dará com base no critério de saturação amostral. Segundo Minayo (2017), a saturação amostral ocorre quando a coleta de novos dados de um trabalho de campo não

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.572.159

traz novas informações para o objeto da pesquisa.4.2 Critérios de inclusão e exclusão dos participantes da pesquisa• Critérios de inclusãoInternos com 18 anos ou mais, diagnosticados com COVID- 19, submetidos a isolamento social após testagem positiva para Covid-19• Critério de ExclusãoInterno diagnosticado com COVID-19 com doença considerada ativa (presença de sintomas e menos de 14 dias de isolamento) e/ou durante isolamento social.4.3 Local de realização da pesquisaO cenário do estudo será o Centro de Detenção Provisória I, uma das unidades de custódia do Complexo Prisional da Papuda, Distrito Federal. Essa unidade foi selecionada, pois, além de possuir blocos de adultos, conta também com um bloco destinado a idosos, separado dos demais blocos carcerários e exclusivo para população idosa e vulnerável de todo o complexo penitenciário.4.4 Procedimentos e InstrumentosSerão utilizados dois instrumentos para coleta de dados: questionário socioeconômico (Anexo A) e um roteiro de entrevista (Anexo B). Com o intuito de verificar a aplicabilidade e necessidade de adequação dos dois instrumentos esta prevista uma fase de teste simples em três internos que se enquadrem aos critérios de inclusão do estudo. Essas entrevistas não farão parte dos resultados do estudo.4.4.1. Questionário SocioeconômicoEste questionário será composto por questões que compreendem: idade, cidade e estado de nascimento, escolaridade, estado civil, religião, tempo de reclusão, data do diagnóstico de COVID-19, dados de condição social de subsistência da família, número de membros da família nuclear e extensa.4.4.2. Roteiro semiestruturadoO roteiro tem a de responder aos objetivos do estudo e deve ser composto por questões que possuam flexibilidade para obtenção de assuntos relevantes trazidos pelo entrevistado (MINAYO, 2014).O roteiro será composto por questões que auxiliem na resposta dos objetivos do estudo e inclui perguntas sobre as"

"Critério de Inclusão:

Internos com 18 anos ou mais, diagnosticados com COVID-19 (após testagem positiva), com término do prazo do período de isolamento social preconizado (14 dias) e serem considerados casos recuperados da doença.

Critério de Exclusão:

Interno diagnosticado com COVID-19 com doença considerada ativa (presença de sintomas e menos de 14 dias de isolamento) e/ou durante isolamento social."

"Metodologia de Análise de Dados:

As entrevistas gravadas serão transcritas para análise lexical de seu conteúdo por meio do

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.572.159

software ALCESTE (Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte). Esse software detecta a informação essencial de um texto contabilizando as palavras ou estruturas mais significativas contidas nele. Após essa quantificação feita pelo software ALCESTE, será realizada uma análise do conteúdo que, segundo Gerhardt e Silveira (2009), obtém dados que auxiliam na inferência de assuntos relacionados aos estados de formação e receptividade das mensagens em análise. Tudo isso ocorre sistematicamente, iniciando-se por leitura das falas dos participantes do estudo, após sua transcrição, e terminando com a correlação entre as estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados), além de serem consideradas as variáveis contexto cultural e elaboração da mensagem."

"Desfecho Primário:

Espera-se como desfecho primário que a análise das vivências dos reeducandos frente a pandemia de COVID-19, possa contribuir em ações futuras para uma melhor abordagem em situações semelhantes do processo de saúde/doença da Covid-19."

"Tamanho da Amostra no Brasil: 10"

"Haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários, dados demográficos, etc)? Sim"

"Detalhamento:

No 1º Momento da Coleta de Dados: seleção através do prontuário eletrônico, dos internos que se enquadram nos critérios de inclusão. Após, os reeducandos serão encaminhados para a sala designada para a realização das entrevistas, onde haverá o esclarecimento sobre a pesquisa. Em seguida a concordância da participação do interno por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), será realizada uma conversa sobre a sua vida para proporcionar um rapport entre o pesquisador e o participante."

Informe o número de indivíduos abordados pessoalmente, recrutados, ou que sofreram algum tipo de intervenção neste centro de pesquisa: 10"

**Objetivo da Pesquisa:**

Conforme documento "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1677182.pdf" postado em 13/02/2021:

"Objetivo Primário:

<b>Endereço:</b> Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro	
<b>Bairro:</b> Asa Norte	<b>CEP:</b> 70.910-900
<b>UF:</b> DF	<b>Município:</b> BRASÍLIA
<b>Telefone:</b> (61)3107-1947	<b>E-mail:</b> cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.572.159

Conhecer as vivencias de homens privados de liberdade submetidos a isolamento social pos-diagnostico de COVID-19.

**Objetivo Secundario:**

Aprender o nivel de informacao sobre a doenca, modos de transmissao, prevencao, sequelas e riscos de morrer; Conhecer as experiencias acerca do diagnostico, o isolamento social, a finitude apos testagem positiva; Descrever os principais sintomas fisicos apresentados; Comparar as semelhancas e diferencas entre as vivencias entre homens adultos e idosos;"

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Conforme documento "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1677182.pdf" postado em 13/02/2021:

**"Riscos:**

Considera-se que os riscos da participacao dos usuarios nesta pesquisa sao de ambito emocional e psicologico. As possiveis dificuldades e riscos potenciais que poderao interferir na execucao do projeto sao a nao aceitacao da realizacao do estudo por parte dos possiveis participantes e o afloramento dos sentimentos relacionados ao adoecimento. Para minimizar esses riscos, havera acompanhamento psicologico na unidade de saude prisional do CDP, caso os participantes manifestem a necessidade de atendimento. Sera garantida confidencialidade e a privacidade, a protecao da imagem e a nao estigmatizacao, assegurando a nao utilizacao das informacoes em prejuizo dos reeducandos, uma vez que os instrumentos nao serao identificados com nomes e registros, alem do sigilo dos dados e informacoes que serao guardados por um periodo de 5 anos. Sera assumida a responsabilidade de dar assistencia integral as complicacoes e danos decorrentes dos riscos previstos. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente da participacao na pesquisa, o participante sera indenizado, obedecendo-se as disposicoes legais vigentes no Brasil.

**Benefícios:**

Os beneficios do estudo versam sobre o auxilio na compreensao sobre a vivencia frente a diagnosticos de doencas com grande potencial de letalidade, como e o caso da COVID-19. Espera-se tambem com esta pesquisa levantar dados que identifiquem as fragilidades apresentadas nos servicos de saude prisional bem como, os fatores que contribuem para o surgimento dessas fragilidades. Munidos destes dados, obteremos uma compreensao situacional que contribuira e ampliara o rol de estrategias de enfrentamento em situacoes semelhantes para a equipe de saude dentro do sistema prisional, melhorando a qualidade da assistencia prestada aos reeducandos."

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.572.159

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de projeto de mestrado acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGENF/UnB, que será orientado pela Profa. Dra. Moema da Silva Borges e executado pelo mestrando Raphael Neiva Praca Adjuto, que é o Pesquisador Responsável.

O orçamento, de financiamento próprio, prevê gastos no valor total de R\$ 1.587,80 com itens de papelaria e transporte para o pesquisador.

O cronograma prevê a etapa de coleta de dados junto aos participantes a partir de março de 2021.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentos acrescentados ao processo e analisados para a emissão deste parecer:

1. Informações Básicas do Projeto: "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1677182.pdf" postado em 13/02/2021
2. Carta de respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado No. 4.537.162: "CARTA\_RESPOSTA\_PENDENCIAS\_PLATAFORMA\_BRASIL\_PARECER\_4537162.pdf" postado em 13/02/2021.
3. Parecer Consubstanciado No. 4.537.162: "PB\_PARECER\_CONSUBSTANCIADO\_CEP\_4537162.pdf" postado em 13/02/2021.
4. Modelo de Termo de cessão de uso de imagem e/ou voz para fins científicos e acadêmicos: "ANEXO\_D\_TERMO\_DE\_CESSAO\_DE\_USO\_DE\_VOZ\_PARA\_FINS\_CIENTIFICOS\_E\_ACADEMICOS.pdf" postado em 13/02/2021.
5. Projeto Detalhado ATUALIZADO: "Vivencias\_de\_Homens\_Privados\_de\_Liberdade\_apos\_Testagem\_Positiva\_para\_Covid\_19.pdf" postado em 13/02/2021.

**Recomendações:**

Não se aplicam.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado No. 4.537.162:

1. No projeto detalhado, página 12, consta que: "Cada entrevista será gravada em áudio para posterior transcrição e análise das impressões e dos aspectos relevantes do discurso do participante." Solicita-se que seja anexado o Modelo de TERMO DE CESSAO DE USO DE IMAGEM E/OU SOM DE VOZ PARA FINS CIENTIFICOS E ACADEMICOS, disponível em <http://fs.unb.br/documentos-modelos>.

RESPOSTA: Feito TERMO DE CESSAO DE USO DE SOM DE VOZ PARA FINS CIENTIFICOS E

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
UF: DF Município: BRASÍLIA  
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: [cepfsunb@gmail.com](mailto:cepfsunb@gmail.com)

UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.572.159

ACADEMICOS, conforme solicitacao do parecer.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Solicita-se a insercao do SES/DF como Centro Coparticipante da pesquisa para que este projeto possa ser apreciado no CEP-FEPECS apos aprovacao neste CEP, uma vez que envolve a coleta de dados em unidade do SES/DF.

RESPOSTA: Realizada insercao da SES/DF como Centro Coparticipante no sistema da Plataforma Brasil, conforme solicitacao do parecer. As unidades basicas de saude alocadas dentro do Complexo Prisional da Papuda, sao gerenciadas pela Diretoria Regional de Atencao Primaria a Saude da Regiao Leste, pertencente a Secretaria de Saude do Distrito Federal – DIRAPS - SES/DF.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3. Solicita-se apresentacao de documentacao do judiciario e/ou presidio, autorizando a realizacao da pesquisa na unidade prisional. Os responsaveis pelo Centro de Detencao Provisoria devem estar cientes e de acordo com a realizacao da pesquisa.

RESPOSTA: A Portaria No 8 de 25 de Outubro de 2016 da Vara de Execucoes Penais do Distrito Federal – VEP/DF, em seu capitulo VI “Das Pesquisas Academicas”, Art. 23, Paragrafo Unico traz o seguinte texto: “Paragrafo unico. Os pedidos que tenham por objeto a realizacao de pesquisa na area de saude deverao ser instruidos com parecer do Comite de Etica da Faculdade de Educacao em Ciencias da Saude – FECS/DF e manifestacao previa da Gerencia de Saude Prisional da Secretaria de Saude do Distrito Federal.”. Conforme determinacao da juiza de direito, Leila Cury, na portaria acima citada, a autorizacao para a realizacao de pesquisa em ambiente prisional so pode ser deferida, apos aprovacao do projeto de pesquisa pelo Comite de Etica em Pesquisa.

A manifestacao previa da Gerencia de Saude Prisional da SES/DF a que se refere o Paragrafo Unico citado acima, encontra-se no “Termo de Concordancia de Instituicao Co-participante”, com a ciencia da Giselle Sodre de Souza Santos – Gerente de Servicos de Atencao Primaria na Prisional – SES/DF e do Wallace dos Santos – Diretor de Atencao Primaria da Regiao Leste do Distrito Federal – SES/DF.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4. Solicita-se analise de riscos quanto a quebra de sigilo pela exposicao sem autorizacao previa daquele que encontra-se contaminado e a realizacao de entrevista com pessoas que estao em isolamento. Informar como se espera minimizar os riscos.

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.572.159

RESPOSTA: Projeto Detalhado de Pesquisa, Pagina 10, Subitem 4.2 (Critérios de inclusão e exclusão dos participantes da pesquisa). "Critérios de inclusão: Internos com 18 anos ou mais, diagnosticados com COVID-19 (apos testagem positiva), com termino do prazo do periodo de isolamento social preconizado (14 dias) e serem considerados casos recuperados da doenca. Critério de Exclusao: Interno diagnosticado com COVID-19 com doenca considerada ativa (presenca de sintomas e menos de 14 dias de isolamento) e/ou durante isolamento social."

Projeto Detalhado de Pesquisa, Item 6 (RISCOS E BENEFÍCIOS ENVOLVIDOS NA EXECUÇÃO DA PESQUISA), Pagina 12 (ultimo paragrafo) e 13 (segundo paragrafo). "Outro possivel risco da participacao desta pesquisa e o de transmissao/contaminacao por COVID-19 tanto para os participantes quanto para o pesquisador e equipe da unidade de saude. Para minimizar esse risco, serao seguidas as medidas de prevencao para coronavirus que incluem uso de mascaras de protecao, distanciamento social de 2 metros de distancia, ambiente arejado, higienizacao das maos e superficies de contato (cadeira e outros mobiliarios) com solucao alcoolica a 70%, antes e apos a realizacao de cada entrevista. Outra medida para minimizar o risco em questao sera a inclusao de participantes que cumpriram o isolamento social preconizado e sao considerados casos recuperados da COVID-19.

Existe ainda o possivel risco advindo da quebra de sigilo pela exposicao sem autorizacao previa daquele que teve diagnostico de COVID-19. Para minimizar esse risco, alem da realizacao das entrevistas apos o aceite do TCLE por parte do participante da pesquisa, sera garantida confidencialidade e a privacidade, a protecao da imagem e a nao estigmatizacao, assegurando a nao utilizacao das informacoes em prejuizo dos reeducandos, uma vez que os instrumentos nao serao identificados com nomes e registros, alem do sigilo dos dados e informacoes que serao guardados por um periodo de 5 anos. Sera assumida a responsabilidade de dar assistencia integral as complicacoes e danos decorrentes dos riscos previstos. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente da participacao na pesquisa, o participante sera indenizado, obedecendo-se as disposicoes legais vigentes no Brasil."

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Todas as pendências foram atendidas.

Não há óbices éticos para a realização do presente protocolo de pesquisa.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Conforme Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, e Resolução CNS 510/2016, Art. 28, inc. V, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 4.572.159

projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

A realização das atividades do projeto na instituição coparticipante está condicionada à aprovação pelo CEP responsável, o CEP-FEPECS.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1677182.pdf	13/02/2021 02:43:08		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_PENDENCIAS_PLATAFORMA_BRASIL_PARECER_4537162.pdf	13/02/2021 02:36:49	Raphael Neiva Praça Adjuto	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_4537162.pdf	13/02/2021 02:34:46	Raphael Neiva Praça Adjuto	Aceito
Outros	ANEXO_D_TERMO_DE_CESSAO_DE_USO_DE_VOZ_PARA_FINS_CIENTIFICOS_E_ACADEMICOS.pdf	13/02/2021 02:30:40	Raphael Neiva Praça Adjuto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Vivencias_de_Homens_Privados_de_Liberdade_apos_Testagem_Positiva_para_Covid_19.pdf	13/02/2021 02:30:10	Raphael Neiva Praça Adjuto	Aceito
Outros	Anexo_B_roteiro_semiestruturado.pdf	08/01/2021 09:54:10	Raphael Neiva Praça Adjuto	Aceito
Outros	Anexo_A_Questionario_Socioeconomico.pdf	08/01/2021 09:53:57	Raphael Neiva Praça Adjuto	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONCORDANCIA_DE_INSTITUICAO_COPARTICIPANTE_ESPECIFICO_PARA_SES_DF.pdf	08/01/2021 09:50:35	Raphael Neiva Praça Adjuto	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONCORDANCIA_DE_INSTITUICAO_COPARTICIPANTE_ESPECIFICO_PARA_SES_DF.doc	08/01/2021 09:50:25	Raphael Neiva Praça Adjuto	Aceito
Outros	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_DE_PROJETO_AO_CEP.docx	08/01/2021 09:49:15	Raphael Neiva Praça Adjuto	Aceito
Outros	TERMO_DE_RESPONSABILIDADE_E_COMPROMISSO_DO_PESQUISADOR_RESPONSAVEL.doc	08/01/2021 09:41:27	Raphael Neiva Praça Adjuto	Aceito
Outros	TERMO_DE_RESPONSABILIDADE_E_COMPROMISSO_DO_PESQUISADOR_RESPONSAVEL.pdf	08/01/2021 09:41:15	Raphael Neiva Praça Adjuto	Aceito
Outros	Termo_de_Concordancia_Instituicao_PropONENTE_Faculdade_de_Saude_UNB.doc	08/01/2021 09:37:57	Raphael Neiva Praça Adjuto	Aceito
Outros	Termo_de_Concordancia_Instituicao_PropONENTE_Faculdade_de_Saude_UNB.pdf	08/01/2021 09:37:36	Raphael Neiva Praça Adjuto	Aceito

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.572.159

TCLE / Temos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo_C_Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido.pdf	08/01/2021 09:34:18	Raphael Neiva Praça Adjuto	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_DE_ATIVIDADES.pdf	08/01/2021 09:33:09	Raphael Neiva Praça Adjuto	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_DE_PROJETO_AO_CEP.pdf	23/12/2020 17:17:11	Raphael Neiva Praça Adjuto	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	23/12/2020 00:42:33	Raphael Neiva Praça Adjuto	Aceito
Outros	Curriulo_Lattes_Moema_da_Silva_Borges.pdf	23/12/2020 00:39:49	Raphael Neiva Praça Adjuto	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Raphael_Neiva_Praça Adjuto.pdf	23/12/2020 00:38:42	Raphael Neiva Praça Adjuto	Aceito
Orçamento	Financiamento_Orcamento.pdf	23/12/2020 00:31:05	Raphael Neiva Praça Adjuto	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

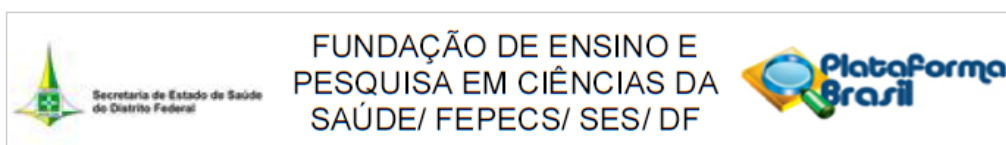
BRASILIA, 03 de Março de 2021

---

**Assinado por:**  
**Marie Togashi**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

## ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – FEPECS/SES/DF



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Vivências de Homens Privados de Liberdade, após Testagem Positiva para Covid-19

**Pesquisador:** Raphael Neiva Praça Adjuto

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 41953120.6.3001.5553

**Instituição Proponente:** DIRAPS DA REGIÃO DE SAÚDE LESTE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.615.453

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de projeto de pesquisa para conclusão de mestrado em enfermagem pela UNB, por meio de pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa a ser realizada em uma unidade prisional masculina para conhecer as vivências de homens privados de liberdade submetidos a isolamento social pós-diagnóstico de coronavírus (COVID-19, por meio de dois instrumentos de pesquisa: questionário socioeconômico e entrevista semiestruturada.

**Objetivo da Pesquisa:**

**"Objetivo Primário:**

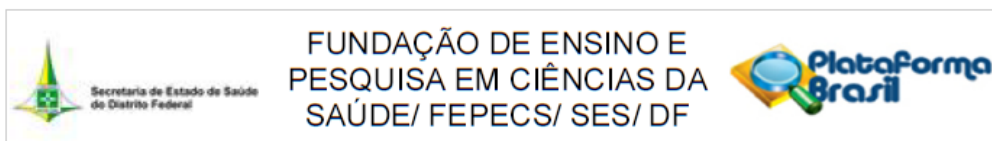
Conhecer as vivências de homens privados de liberdade submetidos a isolamento social pós-diagnóstico de COVID-19.

**Objetivo Secundário:**

Aprender o nível de informação sobre a doença, modos de transmissão, prevenção, sequelas e riscos de morrer; Conhecer as experiências acerca do diagnóstico, o isolamento social, a finitude após testagem positiva; Descrever os principais sintomas físicos apresentados; Comparar as semelhanças e diferenças entre as vivências entre homens adultos e idosos;"

**Endereço:** SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-907  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br





Continuação do Parecer: 4.615.453

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### **"Riscos:**

Considera-se que os riscos da participação dos usuários nesta pesquisa são de âmbito emocional e psicológico. As possíveis dificuldades e riscos potenciais que poderão interferir na execução do projeto são a não aceitação da realização do estudo por parte dos possíveis participantes e o afloramento dos sentimentos relacionados ao adoecimento. Para minimizar esses riscos, haverá acompanhamento psicológico na unidade de saúde

prisional do CDP, caso os participantes manifestem a necessidade de atendimento. Será garantida confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, assegurando a não utilização das informações em prejuízo dos reeducandos, uma vez que os instrumentos não serão identificados com nomes e registros, além do sigilo dos dados e informações que serão guardados por um período de 5 anos. Será assumida a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente da participação na pesquisa, o participante será indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

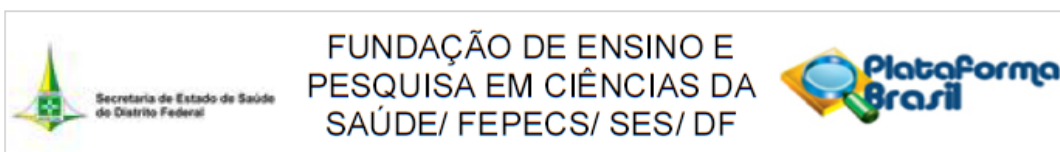
##### **Benefícios:**

Os benefícios do estudo versam sobre o auxílio na compreensão sobre a vivência frente à diagnósticos de doenças com grande potencial de letalidade, como é o caso da COVID-19. Espera-se também com esta pesquisa levantar dados que identifiquem as fragilidades apresentadas nos serviços de saúde prisional bem como, os fatores que contribuem para o surgimento dessas fragilidades. Munidos destes dados, obteremos uma compreensão situacional que contribuirá e ampliará o rol de estratégias de enfrentamento em situações semelhantes para a equipe de saúde dentro do sistema prisional, melhorando a qualidade da assistência prestada aos reeducandos."

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, sendo os participantes da pesquisa distribuídos em dois grupos (adultos e idosos). População a ser estudada será composta por internos do sexo masculino privados de liberdade que cumprem pena no Centro de Detenção Provisória I (CDP I) - uma das unidades de custódia do Complexo Prisional da Papuda. A fim de reunir o universo dos participantes, será utilizado o método de amostragem intencional e por conveniência e a quantidade de participantes se dará com base no critério de saturação amostral. Na coleta de dados serão utilizados dois instrumentos: questionário socioeconômico e roteiro de entrevista semiestruturado que abordará questões acerca das vivências após diagnóstico positivo de COVID-19.

**Endereço:** SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-907  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br



Continuação do Parecer: 4.615.453

Foram apresentados critérios de inclusão e exclusão.

Foi apresentado o cronograma com início da coleta de dados prevista pra março/2021.

Planilha orçamentária com custeio próprio.

Apresentou TCLE

Apresentou o roteiro semiestruturado

Apresentou o questionário socioeconômico

Apresentou o roteiro semiestruturado

No termo de concordância a diretora informa: estar ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante referente ao resguardo da segurança e bem - estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termo de Concordância de Instituição Co-participante com a ciência da Giselle Sodré de Souza Santos – Gerente de Serviços de Aten o Primária na Prisional – SES/DF e do Wallace dos Santos – Diretor de Aten o Primária da Região Leste do Distrito Federal – SES/DF e do pesquisador.

TCLE

Currículo do pesquisador e da assistente

Termo de concordância institucional proponente UNB

Termo de cessão de uso de voz

#### Recomenda es:

—

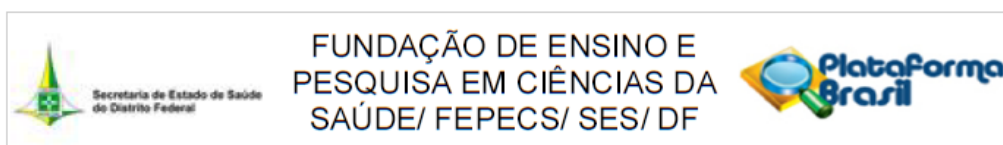
#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequa es:

Projeto aprovado.

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto da pesquisa, conforme Resolu o CNS/MS n  466 de 2012.

**Endereço:** SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-907  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br



Continuação do Parecer: 4.615.453

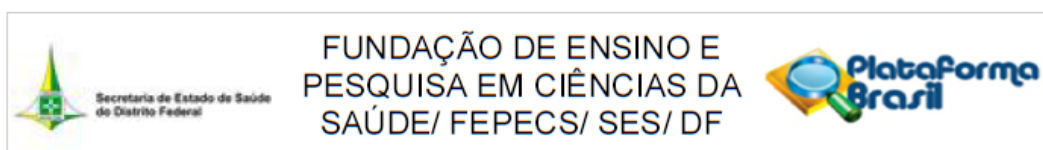
Considerando a pandemia (COVID-19), reiteramos que sejam obedecidas as orientações vigentes do Governo do Distrito Federal (quanto à limitação de acessos, isolamentos sociais e circulações desnecessárias em ambientes que possam gerar riscos ao pesquisador e aos participantes da pesquisa).

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	CARTA_RESPOSTA_PENDENCIAS_P_LATAFORMA_BRASIL_PARECER_4537162.pdf	13/02/2021 02:36:49	Raphael Neiva Praça Adjuto	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_4537162.pdf	13/02/2021 02:34:46	Raphael Neiva Praça Adjuto	Aceito
Outros	ANEXO_D_TERMOS_DE_CESSAO_DE_USO_DE_VOZ_PARA_FINS_CIENTIFICOS_E_ACADEMICOS.pdf	13/02/2021 02:30:40	Raphael Neiva Praça Adjuto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Vivencias_de_Homens_Privados_de_Liberdade_apos_Testagem_Positiva_para_Covid_19.pdf	13/02/2021 02:30:10	Raphael Neiva Praça Adjuto	Aceito
Outros	Anexo_B_roteiro_semiestruturado.pdf	08/01/2021 09:54:10	Raphael Neiva Praça Adjuto	Aceito
Outros	Anexo_A_Questionario_Socioeconomico.pdf	08/01/2021 09:53:57	Raphael Neiva Praça Adjuto	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONCORDANCIA_DE_INSTITUICAO_COPARTICIPANTE_ESPECIFICO_PARA_SES_DF.pdf	08/01/2021 09:50:35	Raphael Neiva Praça Adjuto	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONCORDANCIA_DE_INSTITUICAO_COPARTICIPANTE_ESPECIFICO_PARA_SES_DF.doc	08/01/2021 09:50:25	Raphael Neiva Praça Adjuto	Aceito
Outros	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_DE_PROJETO_AO_CEP.docx	08/01/2021 09:49:15	Raphael Neiva Praça Adjuto	Aceito
Outros	TERMO_DE_RESPONSABILIDADE_E_COMPROMISSO_DO_PESQUISADOR_RESPONSAVEL.doc	08/01/2021 09:41:27	Raphael Neiva Praça Adjuto	Aceito
Outros	TERMO_DE_RESPONSABILIDADE_E_COMPROMISSO_DO_PESQUISADOR_RESPONSAVEL.pdf	08/01/2021 09:41:15	Raphael Neiva Praça Adjuto	Aceito
Outros	Termo_de_Concordancia_Instituicao_Proposcente_Faculdade_de_Saude_UN	08/01/2021 09:37:57	Raphael Neiva Praça Adjuto	Aceito

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP  
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-907  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)2017-1145 E-mail: cep@fepecs.edu.br



Continuação do Parecer: 4.615.453

Outros	B.doc	08/01/2021 09:37:57	Raphael Neiva Praça Adjuto	Aceito
Outros	Termo_de_Concordancia_Instituicao_Propositor_Faculdade_de_Saude_UNB.pdf	08/01/2021 09:37:36	Raphael Neiva Praça Adjuto	Aceito
TCLE / Temos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo_C_Temo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido.pdf	08/01/2021 09:34:18	Raphael Neiva Praça Adjuto	Aceito
Outros	Curriulo_Lattes_Moema_da_Silva_Borges.pdf	23/12/2020 00:39:49	Raphael Neiva Praça Adjuto	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Raphael_Neiva_Praça_Adjuto.pdf	23/12/2020 00:38:42	Raphael Neiva Praça Adjuto	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 26 de Março de 2021

---

**Assinado por:**  
**Laiza Magalhães de Araújo**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-907  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)2017-1145 **E-mail:** oep@fepecs.edu.br

## ANEXO E – AUTORIZAÇÃO VEP/DF

SEEU - Processo: 0401871-51.2021.8.07.0015 - Assinado digitalmente por LEILA CURY:310981  
 [12.1] CONCEDIDO O PEDIDO - Decisão em 08/06/2021

PODER JUDICIÁRIO DO DISTRITO FEDERAL  
 CIRCUNSCRIÇÃO JUDICIÁRIA DE BRASÍLIA  
 VARA DE EXECUÇÕES PENAS DO DISTRITO FEDERAL - SEEU  
 FÓRUM PROFESSOR JÚLIO FABBRINI MIRABETE, SRTVS - QD. 701 - LOTE 8R, . - BLOCO N, 2º ANDAR, SALA 205 -  
 BRASÍLIA/DF - CEP: 70.340-000 - Fone: 6131031511 - E-mail: vep@tjdf.jus.br

**Autos nº. 0401871-51.2021.8.07.0015**

Processo: 0401871-51.2021.8.07.0015  
 Classe Processual: Pedido de Providências  
 Assunto Principal: Execução Penal e de Medidas Alternativas  
 Data da Infração: Data da infração não informada  
 Polo Ativo(s): • Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios  
 Polo Passivo(s): • Pesquisa Vivências de Homens Privados de Liberdade após Testagem Positiva para Covid-19

Trata-se de pedido de autorização de pesquisa acadêmica formulado por RAPHAEL NEIVA PRAÇA ADJUTO, Enfermeiro da Família e Comunidade da UBS 14 de São Sebastião (CDPI).

O pedido foi regularmente instruído, conforme previsto na Portaria 8/2016 deste Juízo, com declaração da Instituição de Ensino (UnB), autorização do Comitê de Ética, projeto de pesquisa e detalhamento da metodologia.

Os autos seguiram com vista à EPEN, que se manifestou pelo deferimento do pleito (Mov 10.1).

Em face da importância da pesquisa e da necessidade de vencer o lapso temporal desde a formulação do pedido, segue decisão sem prévia manifestação do Ministério Público.

Relatei. DECIDO.

**O requerente integra a equipe de saúde da UBS 14, instalada no CDP I, cujos componentes estão participando ativamente das ações em saúde para prevenção e tratamento da COVID-19.**

O protocolo de biossegurança instituído no Distrito Federal vem colaborando para o adequado acompanhamento e controle dos efeitos dessa complexa pandemia entre a população carcerária. Nesse contexto, pesquisas científicas baseadas na observação, experimentação, análise e classificação de dados e informações configuram importante instrumento para orientar ações do poder público e dos particular diante de emergências em saúde dessa natureza.

A pesquisa será realizada em sede de Mestrado do Curso de Pós-Graduação da Universidade de Brasília e tem como tema VIVÊNCIAS DE HOMENS PRIVADOS DE LIBERDADE, APÓS TESTAGEM POSITIVA PARA COVID-19, a ser realizada no CDP I, com pessoas do sexo masculino, privadas de liberdade, respeitada a quarentena de 14 (catorze) dias posteriores à confirmação do resultado.

Além do mais, metodologia empregada é de realização de entrevistas consentidas, com assinatura prévia de termo de consentimento livre e esclarecido, ficando a cargo do pesquisador a responsabilidade por manter sob sigilo os dados que identifiquem o paciente participante da pesquisa.

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006, resolução do Projudi, do TJPR/OE  
 Validação deste em <https://seu.pje.jus.br/seu/> - Identificador: P.082M 9FZRL 7LWNT YX59Y



SEEU - Processo: 0401871-51.2021.8.07.0015 - Assinado digitalmente por LEILA CURY:310981  
[12.1] CONCEDIDO O PEDIDO - Decisão em 08/06/2021

Não obstante o pedido se refira ao CDP I, em data recente, proferi decisão autorizando a transferência de todos os presos provisórios para as novas instalações em que estão agora sediados o CDP I e o CDP II, sendo que o CDP II é a unidade destinada à quarentena de novos presos e convalescença de contaminados pela COVID-19.

Por todo o exposto, **AUTORIZO** o pesquisador RAPHAEL NEIVA PRAÇA ADJUTO, Enfermeiro da Família e Comunidade da UBS 14 de São Sebastião (CDP I), a entrevistar pessoas presas no CDP I e/ou no CDP II, devendo o cronograma ser acordado entre as direções daquelas unidades prisionais e o pesquisador.

As Direções das unidades prisionais deverão ser previamente informadas dos nomes dos participantes da pesquisa, a fim de que cópia do termo de consentimento livre e esclarecido seja juntada aos respectivos prontuários.

Autorizo a utilização de equipamento de gravação de áudio pelo pesquisador, em razão da metodologia de pesquisa por ele indicada, vedando a coleta de imagem dos participantes.

Cientifique-se o requerente eletronicamente.

Remetam os autos ao CDP I e CDP II para ciência e cumprimento.

Cientifique-se o Ministério Público.

Nada mais havendo, archive-se.

BRASÍLIA, 08 de junho de 2021.

*Leila Cury*

*Juíza de Direito*

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006, resolução do Projudi, do TJPR/OE  
Validação deste em <https://seeu.pje.jus.br/seeu/> - Identificador: P082M9FZRL7LWNTYX59Y



SEEU - Processo: 0401871-51.2021.8.07.0015 - Assinado digitalmente por LEILA CURY:310981  
[24.1] CONCEDIDO O PEDIDO - Decisão em 17/06/2021

---

PODER JUDICIÁRIO DO DISTRITO FEDERAL  
CIRCUNSCRIÇÃO JUDICIÁRIA DE BRASÍLIA  
VARA DE EXECUÇÕES PENAIS DO DISTRITO FEDERAL - SEEU  
FÓRUM PROFESSOR JÚLIO FABBRINI MIRABETE, SRTVS - QD. 701 - LOTE 8R , . - BLOCO N, 2º ANDAR, SALA 205 -  
BRASÍLIA/DF - CEP: 70.340-000 - Fone: 6131031511 - E-mail: vep@tjdf.jus.br

---

**Autos nº. 0401871-51.2021.8.07.0015**

---

Processo: 0401871-51.2021.8.07.0015  
Classe Processual: Pedido de Providências  
Assunto Principal: Execução Penal e de Medidas Alternativas  
Data da Infração: Data da infração não informada  
Polo Ativo(s): • Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios  
Polo Passivo(s): • Pesquisa Vivências de Homens Privados de Liberdade após Testagem Positiva para Covid-19

---

Considerando a recente alteração na distribuição e localização das unidades prisionais dentro do Complexo Penitenciário da Papuda, e em complemento à decisão de Mov. 12.1, **DEFIRO** o pedido formulado ao Mov. 18.1, para autorizar a realização da pesquisa proposta pelo servidor Raphael Neiva Praça Adjuto no âmbito do Bloco 5 do CIR.

Comuniquem ao Requerente, bem como à SEAPE e à Direção do CIR.

Deem ciência ao Ministério Público.

Após, não havendo novos requerimentos, arquivem o feito, com as cautelas de praxe.

**CONFIRO FORÇA DE OFÍCIO À PRESENTE DECISÃO.**

BRASÍLIA, 17 de junho de 2021.

*Leila Cury*

*Juíza de Direito*

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006, resolução do Projudi, do TJPRIOE  
Validação deste em <https://seeu.pje.jus.br/seeu/> - Identificador: P1V9H 4KWPP JADY AVEWD

