



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIAS E SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
CURSO DE MEDICINA

Vinícius Kenji Koura

Fatores de risco cardiometabólico e conhecimento sobre hipertensão e diabetes entre pessoas privadas de liberdade em uma penitenciária do Sul de Santa Catarina: estudo transversal

Araranguá

2026

Vinícius Kenji Koura

Fatores de risco cardiometabólico e conhecimento sobre hipertensão e diabetes entre pessoas privadas de liberdade em uma penitenciária do Sul de Santa Catarina: estudo transversal

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Medicina do Centro de Ciências, Tecnologias e Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Profa. Dra. Anapaula Martins Mendes

Araranguá

2026

Koura, Vinícius Kenji

Fatores de risco cardiometabólico e conhecimento sobre hipertensão e diabetes entre pessoas privadas de liberdade em uma penitenciária do Sul de Santa Catarina : estudo transversal / Vinícius Kenji Koura ; orientadora, Anapaula Martins Mendes, 2026.

86 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Araranguá, Graduação em Medicina, Araranguá, 2026.

Inclui referências.

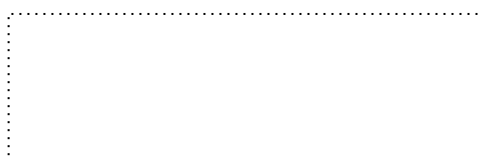
1. Medicina. 2. Pessoas privadas de liberdade. 3. Doenças crônicas não transmissíveis. 4. Hipertensão arterial sistêmica. 5. Diabetes mellitus. I. Mendes, Anapaula Martins. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Medicina. III. Título.

Vinícius Kenji Koura

Fatores de risco cardiometabólico e conhecimento sobre hipertensão e diabetes entre pessoas privadas de liberdade em uma penitenciária do Sul de Santa Catarina: estudo transversal

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de Bacharel em Medicina e aprovado em sua forma final pelo Curso de Graduação em Medicina do Centro de Ciências, Tecnologias e Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina

Araranguá, 17 de junho de 2026.

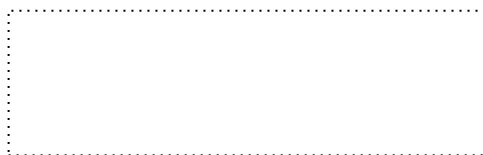


Profa. Tamiris Dal Bó Martinello, Dra.
Coordenação do Curso

Banca examinadora



Profa. Anapaula Martins Mendes, Dra.
Orientadora



Profa. Franciely Vanessa Costa, Ma.
Instituição UFSC



Prof. Lucas Thiago Borges, Me.
Instituição UFSC

Araranguá, 2026.

Aos meus pais e familiares, pelo amor e incentivo; aos meus professores e colegas, pela parceria e ensinamentos ao longo desta caminhada.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. Anapaula Martins Mendes, expresso minha sincera gratidão pela orientação, dedicação e confiança ao longo do desenvolvimento deste trabalho. Sua condução foi essencial para a realização deste estudo.

Aos membros da banca examinadora, Profa. Ma. Franciely Vanessa Costa e Prof. Me. Lucas Thiago Borges, agradeço pela disponibilidade e pelas valiosas contribuições que enriqueceram este trabalho.

Aos meus pais, Ademaki Hiroyoshi Koura e Ilda Yasue Kaya Koura, deixo meu mais profundo agradecimento por todo o apoio, incentivo e pelos sacrifícios realizados ao longo da minha trajetória. Vocês são a base de tudo.

Ao meu irmão, Eduardo Hideki Koura, agradeço pelo companheirismo e apoio constante.

Estendo minha gratidão a toda a minha família, incluindo aqueles que já partiram, especialmente meus avós, cujos ensinamentos e valores permanecem presentes em minha caminhada.

Por fim, agradeço aos amigos que estiveram ao meu lado durante essa jornada, tornando o percurso mais leve e significativo.

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis representam importante desafio de saúde pública, especialmente em populações vulneráveis, como as pessoas privadas de liberdade. Este estudo teve como objetivo descrever o perfil de risco cardiometabólico, o risco de desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2, o risco cardiovascular estimado em 10 anos e o nível de conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus entre pessoas privadas de liberdade da Penitenciária Sul de Santa Catarina. Trata-se de um estudo observacional, transversal, de abordagem quantitativa e caráter descritivo-analítico, realizado com 278 participantes do sexo masculino. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas presenciais, questionário estruturado e aferição de medidas antropométricas, pressóricas e glicêmicas. Foram utilizados o FINDRISC, os Gráficos de Risco Cardiovascular da Organização Mundial da Saúde de 2019, o escore cardiovascular geral não laboratorial de D'Agostino et al. (2008), o HK-LS e o DKN-A. A mediana de idade foi de 35,0 anos e a mediana do tempo de reclusão foi de 36,0 meses. Observou-se excesso de peso em 55,8% dos participantes, diagnóstico prévio autorreferido de hipertensão arterial sistêmica em 14,0% e de diabetes mellitus em 4,0%. Entre os participantes sem diagnóstico prévio de diabetes mellitus, 61,6% apresentaram baixo risco pelo FINDRISC. Quanto ao conhecimento em saúde, 57,6% apresentaram alto conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica pelo HK-LS, enquanto 61,5% apresentaram conhecimento insatisfatório sobre diabetes mellitus pelo DKN-A. A escolaridade associou-se significativamente ao conhecimento sobre diabetes mellitus. Também houve associação significativa entre as categorias de risco cardiovascular estimadas pelos instrumentos da OMS 2019 e de D'Agostino et al. (2008). Conclui-se que a população estudada apresentou fatores de risco cardiometabólico relevantes e lacunas importantes no conhecimento sobre diabetes mellitus, reforçando a necessidade de estratégias de vigilância, rastreamento e educação em saúde no sistema prisional.

Palavras-chave: Pessoas privadas de liberdade; Doenças crônicas não transmissíveis; Hipertensão arterial sistêmica; Diabetes mellitus; Risco cardiovascular.

ABSTRACT

Chronic noncommunicable diseases represent an important public health challenge, especially among vulnerable populations, such as people deprived of liberty. This study aimed to describe the cardiometabolic risk profile, the risk of developing type 2 diabetes mellitus, the estimated 10-year cardiovascular risk, and the level of knowledge about systemic arterial hypertension and diabetes mellitus among people deprived of liberty at the Southern Penitentiary of Santa Catarina. This was an observational, cross-sectional, quantitative, descriptive-analytical study conducted with 278 male participants. Data were obtained through face-to-face interviews, a structured questionnaire, and measurement of anthropometric, blood pressure, and capillary blood glucose parameters. The FINDRISC, the 2019 World Health Organization Cardiovascular Disease Risk Charts, the non-laboratory general cardiovascular risk score proposed by D'Agostino et al. (2008), the HK-LS, and the DKN-A were used. The median age was 35.0 years, and the median time of incarceration was 36.0 months. Excess weight was observed in 55.8% of participants, while 14.0% reported a previous diagnosis of systemic arterial hypertension and 4.0% reported a previous diagnosis of diabetes mellitus. Among participants without a previous diagnosis of diabetes mellitus, 61.6% had low risk according to FINDRISC. Regarding health knowledge, 57.6% showed high knowledge about systemic arterial hypertension according to the HK-LS, whereas 61.5% showed insufficient knowledge about diabetes mellitus according to the DKN-A. Educational level was significantly associated with knowledge about diabetes mellitus. A significant association was also observed between the cardiovascular risk categories estimated by the 2019 WHO charts and the score proposed by D'Agostino et al. (2008). It is concluded that the studied population presented relevant cardiometabolic risk factors and important gaps in knowledge about diabetes mellitus, reinforcing the need for surveillance, screening, and health education strategies in the prison system.

Keywords: People deprived of liberty; Chronic noncommunicable diseases; Systemic arterial hypertension; Diabetes mellitus; Cardiovascular risk.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa de localização da Penitenciária Sul, visão satélite, 2025.	22
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição, por faixa etária, do número de pessoas privadas de liberdade na Penitenciária Sul, Santa Catarina, no ano de 2025.....	23
Tabela 2 – Lista quantitativa de profissionais de saúde que atendem na Penitenciária Sul, por categoria, março de 2025.....	23
Tabela 1 do artigo – Características sociodemográficas e contextuais de pessoas privadas de liberdade em uma penitenciária do sul de Santa Catarina, 2026.....	33
Tabela 2 do artigo – Características clínicas, comportamentais, antropométricas, pressóricas e glicêmicas de pessoas privadas de liberdade em uma penitenciária do sul de Santa Catarina, 2026.....	35
Tabela 3 do artigo – Escores de risco cardiometabólico, risco cardiovascular e conhecimento em saúde de pessoas privadas de liberdade em uma penitenciária do sul de Santa Catarina, 2026.....	37
Tabela 4 do artigo – Associações entre conhecimento em saúde e variáveis selecionadas em pessoas privadas de liberdade em uma penitenciária do sul de Santa Catarina, 2026.....	39
Tabela 5 do artigo – Comparação entre categorias de risco cardiovascular estimadas pela OMS 2019 e por D’Agostino et al. em pessoas privadas de liberdade, 2026.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CA – Circunferência Abdominal

CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DKN-A – Diabetes Knowledge Scale – versão A

DM – Diabetes Mellitus

ESP – Equipe de Saúde Prisional

FINDRISC – Finnish Diabetes Risk Score

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HDL – High-Density Lipoprotein

HK-LS – Hypertension Knowledge-Level Scale

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC – Índice de Massa Corporal

IPEN – Sistema de Identificação e Administração Penal

Jamovi – software estatístico de código aberto

OMS – Organização Mundial da Saúde

OMS CVD Risk – Gráficos de Risco de Doenças Cardiovasculares da Organização Mundial da Saúde

PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

PPL – Pessoas Privadas de Liberdade

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

Vigitel – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 OBJETIVOS.....	15
1.1.1 OBJETIVO GERAL.....	15
1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) NO BRASIL E NO MUNDO ...	16
2.2 IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO SOBRE HAS E DM.....	17
2.3 A SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE	17
2.4 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PPL	18
2.5 AVALIAÇÃO DE FATORES DE RISCO E CONHECIMENTO EM SAÚDE	19
2.6 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO UTILIZADOS	20
3 MÉTODOS.....	22
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO E FONTE DE DADOS	22
3.2 LOCAL DE ESTUDO	22
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	23
3.4 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	24
3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO	26
3.5.1 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CONTEXTUAIS.....	26
3.5.2 VARIÁVEIS CLÍNICAS, FAMILIARES E COMPORTAMENTAIS.....	26
3.5.3 VARIÁVEIS ANTROPOMÉTRICAS, PRESSÓRICAS E GLICÊMICAS.....	26
3.5.4 VARIÁVEIS DERIVADAS DOS ESCORES DE RISCO	26
3.5.5 VARIÁVEIS DE CONHECIMENTO EM SAÚDE.....	27
3.6 ANÁLISE DE DADOS.....	27
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	28
4 RESULTADOS.....	30
5 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS DO TRABALHO.....	45
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO UNIFICADO DE COLETA DE DADOS.....	49
ANEXO A – QUESTIONÁRIO FINDRISC.....	60
ANEXO B – GRÁFICOS DE RISCO CARDIOVASCULAR DA OMS (2019) PARA A AMÉRICA LATINA TROPICAL (MODELO NÃO LABORATORIAL).....	61
ANEXO C – ESCORE CARDIOVASCULAR GERAL NÃO LABORATORIAL DE D’AGOSTINO ET AL. (2008).....	62
ANEXO D – ESCALA HK-LS	64
ANEXO E – ESCALA DKN-A	65

ANEXO F – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA....	67
ANEXO G – NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS DA REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA	73

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM), representam um dos maiores desafios de saúde pública no Brasil e no mundo¹⁻⁵. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, essas enfermidades são responsáveis por cerca de 70% das mortes globais⁶. No Brasil, configuram a principal causa de mortalidade⁷, com destaque para a HAS e o DM devido à sua alta prevalência^{2,8-11} e significativa carga de morbimortalidade^{2,10-13}. Por se tratar de condições crônicas, exigem acompanhamento contínuo e acesso regular aos serviços de saúde^{5,11}, sendo o controle diretamente influenciado pelo conhecimento dos indivíduos sobre sua condição, pela adesão terapêutica e pelas práticas de autocuidado⁵.

Entre os grupos mais suscetíveis ao agravamento dessas doenças estão as Pessoas Privadas de Liberdade (PPL), cuja vulnerabilidade se acentua pelas condições socioeconômicas, pelo histórico de dificuldade de acesso à atenção à saúde e pela exposição a fatores de risco antes e durante o encarceramento^{14,15}. O ambiente prisional brasileiro impõe barreiras significativas à garantia do cuidado em saúde^{14,16}, apresentando alta prevalência de doenças crônicas¹⁶ e dificuldades persistentes de acesso e oferta de serviços^{15,17}. Historicamente, o acesso pleno à saúde nessa população não tem sido efetivado¹⁸.

Para enfrentar esse cenário, foi instituída, em 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)^{19,20}. Alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), essa política prevê a garantia do cuidado integral, com base nos princípios da integralidade e equidade^{16,21}, estabelecendo que os serviços de atenção básica devem ser ofertados dentro das unidades penais, por equipes de saúde prisionais ou por unidades básicas de saúde de referência^{20,22}.

Apesar dos avanços institucionais, ainda há carência de dados sobre a frequência de fatores de risco cardiometabólico, o risco cardiovascular estimado, o risco de desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2 e o nível de conhecimento das PPL sobre HAS e DM^{7,15,17}. Pesquisas apontam que essas enfermidades podem estar subdiagnosticadas e subtratadas no sistema prisional¹⁵, e que ações de educação em saúde são frequentemente ausentes ou insuficientes⁷. É comum que indivíduos com diagnóstico de hipertensão ou diabetes apresentem conhecimento limitado sobre sua condição, sobre medidas de autocuidado e sobre a prevenção de complicações^{1,13}. Evidências indicam que esse conhecimento influencia diretamente a adesão terapêutica, a adoção de comportamentos saudáveis e o controle das doenças crônicas^{4,5}.

Compreender o nível de conhecimento sobre HAS e DM, assim como identificar os principais fatores de risco entre as PPL^{7,23}, pode subsidiar estratégias educativas mais direcionadas e fortalecer as ações de vigilância em saúde^{5,20}. Tal investigação também pode apoiar a consolidação de políticas públicas voltadas à saúde prisional^{5,18}, alinhadas ao compromisso do SUS com a equidade¹⁸ e aos objetivos da PNAISP^{20,21}.

Nesse contexto, a utilização de instrumentos padronizados permite caracterizar diferentes dimensões do risco cardiometabólico e do conhecimento em saúde. O FINDRISC possibilita estimar o risco de desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2¹². Os Gráficos de Risco Cardiovascular da Organização Mundial da Saúde de 2019 permitem estimar o risco cardiovascular em 10 anos por meio de modelo não laboratorial, aplicável a contextos em que exames bioquímicos não estão disponíveis³². De forma complementar, o escore cardiovascular

geral não laboratorial de D'Agostino et al. (2008), derivado do Framingham Heart Study, permite estimar o risco cardiovascular global em 10 anos com base em variáveis clínicas e antropométricas, sem necessidade de colesterol total ou HDL³⁴. Já os instrumentos HK-LS³¹ e DKN-A³³ permitem avaliar, respectivamente, o conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

Dessa forma, este estudo busca preencher lacunas do conhecimento sobre a ocorrência de doenças crônicas, seus fatores de risco¹⁵ e o nível de conhecimento das pessoas privadas de liberdade sobre HAS e DM, com base na análise dos riscos cardiovasculares e metabólicos dessa população¹⁷. A investigação foi realizada com uso de instrumentos padronizados, possibilitando a obtenção de dados confiáveis e aplicáveis à realidade prisional.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GERAL

Investigar o perfil de risco cardiometabólico, o risco de desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2, o risco cardiovascular estimado em 10 anos e o nível de conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus entre pessoas privadas de liberdade da Penitenciária Sul de Santa Catarina.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico, antropométrico e comportamental das pessoas privadas de liberdade avaliadas;
- Descrever a frequência de fatores de risco cardiometabólico modificáveis e não modificáveis, incluindo excesso de peso, alterações pressóricas, tabagismo, sedentarismo, histórico familiar e diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus;
- Estimar o risco de desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2 por meio do FINDRISC¹²;
- Estimar o risco cardiovascular em 10 anos por meio dos Gráficos de Risco Cardiovascular da Organização Mundial da Saúde de 2019³² e do escore cardiovascular geral não laboratorial de D'Agostino et al. (2008)³⁴;
- Mensurar o nível de conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus por meio dos instrumentos HK-LS³¹ e DKN-A³³;
- Analisar a associação entre o nível de conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus e variáveis sociodemográficas, clínicas e cardiometabólicas selecionadas, incluindo escolaridade, diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica, diagnóstico prévio de diabetes mellitus, classificação da pressão arterial sistólica e classificação do risco de desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2 pelo FINDRISC;
- Comparar a distribuição dos participantes segundo as categorias de risco cardiovascular obtidas pelos Gráficos de Risco Cardiovascular da Organização Mundial da Saúde de 2019³² e pelo escore cardiovascular geral não laboratorial de D'Agostino et al. (2008)³⁴.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) NO BRASIL E NO MUNDO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam um dos maiores desafios da saúde pública global⁵. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), essas doenças são responsáveis por uma alta proporção das mortes no mundo^{6,15}, com estimativas variando entre 59% em 2000⁵ e cerca de 70% em 2019⁶. As DCNT também causam um número significativo de mortes prematuras², estimadas em aproximadamente um terço do total de óbitos por essas doenças entre pessoas com menos de 60 anos em 2008⁷, e em 41,8% das mortes prematuras, entre 30 e 69 anos, no Brasil em 2019⁶.

Dentre as principais DCNT, destacam-se as doenças cardiovasculares, o diabetes mellitus (DM), as doenças respiratórias crônicas e os cânceres^{3,7}. No Brasil, o cenário segue a tendência mundial⁶. As DCNT são a principal causa de mortalidade no país, sendo responsáveis por 72,4% do total de óbitos em 2009, após ajustes e correções⁷. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus são condições de elevada prevalência e impacto social, representando importantes problemas de saúde pública e gerando elevados encargos sociais^{1,24}. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 indicaram que 26,4% da população adulta brasileira referiu diagnóstico médico de hipertensão arterial², e 7,7% relataram diagnóstico de diabetes². O Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) também monitora regularmente esses fatores⁶.

Diversos fatores têm contribuído para o aumento da carga dessas doenças, incluindo o envelhecimento populacional, a urbanização acelerada, mudanças nos padrões alimentares, sedentarismo, uso de tabaco e consumo de álcool⁵. Além disso, determinantes sociais, como pobreza, baixa escolaridade e acesso desigual aos serviços de saúde, aumentam a suscetibilidade dos indivíduos às DCNT^{2,5}. Esses fatores interagem de forma complexa, tornando as DCNT não apenas um problema clínico, mas também social e político, exigindo o aprimoramento das práticas de atenção à saúde e o planejamento de ações intersetoriais⁵.

Particularmente no contexto de populações vulneráveis, como as pessoas privadas de liberdade (PPL)^{25,26}, as DCNT assumem contornos ainda mais preocupantes¹⁸. As condições de confinamento amplificam o risco de adoecimento²⁵, e a vulnerabilidade dessa população é consideravelmente superior à da sociedade em geral⁷.

Apesar da escassez de dados nacionais robustos sobre a ocorrência de DCNT e seus fatores de risco no sistema prisional brasileiro¹⁵, estudos regionais revelam prevalências preocupantes. Um estudo realizado em uma penitenciária masculina em 2019 apontou prevalência de 24,8% para hipertensão arterial e 2,5% para diabetes¹⁵; outro estudo, realizado em uma unidade prisional diferente, encontrou prevalência de 37% para hipertensão e 21% para diabetes¹¹. A dificuldade de acesso aos serviços de saúde, associada às longas penas e ao ambiente insalubre, favorece o desenvolvimento e o agravamento dessas doenças, levantando hipóteses de subdiagnóstico e manejo inadequado das DCNT em ambientes prisionais¹⁵.

Desafios específicos, como escassez de exames laboratoriais, medicamentos e profissionais capacitados, além da necessidade de organização para aplicação de insulina e monitoramento glicêmico, dificultam o diagnóstico precoce e o tratamento adequado do diabetes nas prisões¹⁵. Isso reforça a necessidade de estratégias de busca ativa e garantia de

acesso ao tratamento eficaz¹¹, além de indicar a urgência de melhorias na vigilância epidemiológica e no planejamento de ações preventivas e de controle¹⁵.

2.2 IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO SOBRE HAS E DM

A educação em saúde é uma das principais estratégias para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)², pois auxilia na prevenção de agravos e no desenvolvimento do autocuidado²⁰. Para que a pessoa cuide de si apropriadamente, é necessário ter conhecimento sobre o tratamento e os cuidados necessários, o que é fundamental para a manutenção da qualidade de vida²⁰.

O conhecimento do indivíduo sobre sua própria condição de saúde influencia a adesão às informações e orientações fornecidas pelos profissionais de saúde e a cooperação com o regime terapêutico⁴. O conhecimento é considerado um dos preditores mais relevantes para a adesão ao tratamento, o controle clínico e a prevenção de complicações²⁰. Indivíduos informados são mais propensos a mudar positivamente a forma como cuidam de si e a adotar comportamentos saudáveis⁵. Essas atitudes refletem-se diretamente em melhores desfechos clínicos, como maior controle dos níveis pressóricos e glicêmicos, além de menor incidência de complicações associadas^{20,27}.

No entanto, importantes lacunas no conhecimento persistem mesmo entre indivíduos diagnosticados com HAS e DM, especialmente entre aqueles com baixa escolaridade e difícil acesso aos serviços de saúde^{1,13}. Essa falta de conhecimento e a dificuldade de compreensão comprometem tanto o autocuidado quanto a adesão terapêutica, além de dificultar o reconhecimento precoce de sintomas e sinais de alerta, o que pode atrasar a busca por atendimento^{1,5,24}.

A falta de compreensão sobre as próprias condições de saúde também está associada à pior qualidade de vida, maior uso de serviços de urgência e aumento da morbimortalidade evitável⁵. Assim, ações educativas voltadas ao fortalecimento do conhecimento sobre HAS e DM tornam-se fundamentais não apenas no contexto ambulatorial tradicional²⁰, mas também em espaços como o sistema prisional, onde a carência de educação em saúde⁷ e o acesso à informação e ao cuidado são ainda mais restritos²⁵.

2.3 A SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE

A população privada de liberdade (PPL) constitui um grupo particularmente vulnerável em relação ao acesso, à continuidade e à qualidade do cuidado em saúde²⁶. O ambiente prisional é propício ao desenvolvimento e ao agravamento de doenças crônicas devido a uma série de fatores²⁵. Entre esses fatores estão a superlotação das celas, a alimentação precária e insuficiente, a carência de espaços adequados para a prática de atividades físicas, a exposição constante ao estresse e as dificuldades no acesso regular aos serviços e equipes de saúde^{7,25}. As condições de confinamento tornam-se, assim, determinantes para o comprometimento do bem-estar físico e psíquico¹⁸.

Estudos indicam uma elevada prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no sistema prisional, representando um importante desafio para a saúde pública¹⁵.

Entre as DCNT mais frequentes nesse contexto estão a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM)². Pesquisas apontam prevalências significativas dessas condições, como 24,8% para HAS e 2,5% para DM em uma amostra analisada, além de alta ocorrência de dislipidemia, excesso de peso e síndrome metabólica¹⁵. Apesar desses achados, observa-se uma lacuna na literatura e a hipótese de que as DCNT sejam subdiagnosticadas e, por isso, inadequadamente manejadas no ambiente prisional¹⁵.

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde, associada ao cumprimento de longas penas e ao ambiente insalubre, favorece tanto o surgimento quanto o agravamento dessas doenças e de seus fatores de risco¹⁵. Essas limitações estruturais comprometem o acesso e a continuidade do cuidado em saúde, dificultando a vigilância adequada e a implementação de ações efetivas de promoção e prevenção^{17,25}.

Além das barreiras estruturais e de acesso, existe uma evidente fragilidade no conhecimento da PPL sobre suas próprias condições de saúde^{1,7}. Essa limitação interfere diretamente no autocuidado e no manejo das doenças ao longo do tempo⁵. Muitas pessoas privadas de liberdade, mesmo com diagnóstico de HAS ou DM, desconhecem fatores de risco, sinais de descompensação, como causas e manejo da hipoglicemia⁹, e medidas terapêuticas necessárias^{1,24}.

Esse cenário é agravado por determinantes estruturais e sociais que ampliam a vulnerabilidade da PPL²¹, como baixa escolaridade, nível socioeconômico reduzido, exclusão social prévia ao encarceramento e marginalização^{21,26}. A falta de conhecimento e a dificuldade de compreensão sobre as doenças crônicas são particularmente persistentes entre os indivíduos com menor grau de escolaridade²⁴.

Garantir o direito à saúde da PPL exige mais do que ações assistenciais pontuais: é necessário o desenvolvimento de políticas públicas específicas e investimentos em educação em saúde^{18,19}. Esta, por sua vez, é considerada uma das estratégias mais relevantes para o enfrentamento das DCNT, com potencial para reduzir o manejo clínico inadequado²⁸. A educação em saúde é essencial para promover maior adesão ao tratamento, qualificar o autocuidado e permitir que os pacientes compreendam seu diagnóstico, os riscos da não adesão e a importância das práticas de cuidado contínuo²⁴. No entanto, o sistema prisional apresenta diversos fatores limitantes para a prevenção e o tratamento do diabetes mellitus⁷, o que torna a garantia do direito à saúde nesse ambiente um desafio concreto da saúde pública¹⁵. Nesse sentido, são necessários recursos e esforços voltados à efetivação de um cuidado integral, longitudinal e equânime às pessoas privadas de liberdade¹⁵.

2.4 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PPL

Diante dos desafios mencionados, destaca-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, como marco importante na garantia do direito à saúde dessa população no Brasil²¹. A PNAISP estabelece que os indivíduos privados de liberdade devem ser atendidos conforme os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo a universalidade, a equidade e a integralidade, garantindo-lhes acesso ao cuidado integral, contínuo e humanizado nos serviços de saúde^{20,21}.

Entre as diretrizes da PNAISP, destacam-se a organização da atenção básica nas unidades prisionais, a vigilância em saúde, a continuidade do cuidado, o acesso a redes de referência, especialmente à Rede de Atenção à Saúde (RAS), e a promoção da saúde com ênfase em ações preventivas e na educação em saúde^{20,21}. A política propõe que a atenção básica seja ofertada por meio das Equipes de Saúde Prisional (ESP), podendo também ser realizada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do território onde está localizada a unidade prisional, conforme a organização local e a pactuação existente²¹.

Apesar de sua relevância normativa, a efetiva implementação da PNAISP enfrenta inúmeros desafios¹⁷. Entre eles, destacam-se a escassez de profissionais de saúde nas unidades²⁵, a desarticulação entre os setores da justiça e da saúde²¹, a prevalência de um modelo de atenção sob ótica flexneriana²¹, a precariedade ou inexistência de atenção especializada, especialmente em saúde mental¹⁷, e a dificuldade na organização de sistemas de informação em saúde voltados à população penitenciária¹⁸. Além disso, aspectos estruturais do sistema prisional, como a superlotação e as limitações físicas das unidades, comprometem o acesso regular à atenção à saúde²⁵.

Ainda assim, a PNAISP representa uma importante ferramenta para a promoção da equidade em saúde, buscando reduzir desigualdades e garantir o acesso aos direitos sociais das pessoas privadas de liberdade²¹. A consolidação dessa política depende da articulação intersetorial entre saúde e justiça, do envolvimento de gestores públicos, equipes de saúde, sistema de justiça e instituições de ensino e pesquisa^{18,20}. É igualmente fundamental o fortalecimento da participação e do controle social, bem como a qualificação dos trabalhadores para a gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações, visando à humanização da atenção à saúde no sistema prisional^{20,25}.

2.5 AVALIAÇÃO DE FATORES DE RISCO E CONHECIMENTO EM SAÚDE

A identificação e análise de fatores de risco são etapas fundamentais para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)², especialmente em populações vulneráveis, como as pessoas privadas de liberdade (PPL)¹⁴. Em ambientes prisionais, diversos fatores individuais, comportamentais e estruturais contribuem para o aumento da vulnerabilidade ao desenvolvimento de condições como hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM) e doenças cardiovasculares^{11,29}.

Entre os principais fatores de risco modificáveis destacam-se sedentarismo, alimentação inadequada, tabagismo, consumo de álcool, estresse crônico e excesso de peso corporal². Esses fatores podem ser agravados no ambiente prisional, onde as condições de confinamento e a precariedade das instalações dificultam a adoção de hábitos de vida saudáveis^{7,17}. A ausência de espaços adequados para atividade física, a oferta limitada de alimentos frescos e saudáveis e o acesso restrito a informações e serviços de saúde contribuem diretamente para esse cenário¹⁶.

Fatores não modificáveis, como idade e histórico familiar, também devem ser considerados na avaliação da vulnerabilidade às DCNT³. Embora o tempo de reclusão não seja estritamente um fator não modificável do ponto de vista biológico, a duração da pena pode influenciar a exposição prolongada a um ambiente que favorece o desenvolvimento e o agravamento de doenças, sendo, portanto, um elemento relevante nesse contexto¹⁵. O acúmulo

de múltiplos fatores de risco, aliado à ausência de acompanhamento clínico contínuo, amplia significativamente o risco cardiovascular e metabólico nessa população^{3,11}.

Além dos aspectos clínicos e comportamentais, condições sociais como baixa escolaridade e exclusão social prévia ao encarceramento influenciam negativamente a compreensão sobre a própria saúde e dificultam o reconhecimento dos fatores de risco^{1,5,7}. A carência de estratégias de educação em saúde, aliada à fragmentação ou desarticulação dos serviços de saúde, agrava ainda mais a situação da saúde prisional^{11,15,25}.

Nesse sentido, a avaliação combinada de fatores de risco, estimativas de risco cardiometabólico e conhecimento em saúde pode contribuir para reconhecer grupos de maior vulnerabilidade, orientar ações preventivas e subsidiar intervenções educativas mais direcionadas no contexto prisional^{4,5,20}.

2.6 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO UTILIZADOS

Para a adequada identificação de fatores de risco e análise do conhecimento em saúde entre pessoas privadas de liberdade (PPL), a utilização de instrumentos padronizados é fundamental^{4,9}. Em ambientes prisionais, a alta prevalência de fatores de risco e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) associa-se a desafios específicos para a atenção à saúde¹⁵. Questões estruturais e a carência de ações de educação em saúde comprometem o conhecimento das pessoas privadas de liberdade sobre suas condições de saúde, como o diabetes⁷. A baixa escolaridade, por exemplo, tem sido relacionada ao conhecimento insuficiente e a atitudes negativas em relação ao autocuidado em pessoas com diabetes, além de interferir na adesão ao tratamento anti-hipertensivo^{9,23}.

A escolha dos instrumentos utilizados neste estudo considerou sua validade científica, aplicabilidade prática e adequação ao contexto prisional. Instrumentos padronizados favorecem a organização da coleta de dados, permitem comparações entre populações e conferem maior confiabilidade às análises epidemiológicas^{12,30}.

O risco de desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2 foi avaliado por meio do FINDRISC (Finnish Diabetes Risk Score), um questionário amplamente utilizado em estudos populacionais e considerado um dos mais aplicados para predição de DM2¹². Ele contempla variáveis como idade, índice de massa corporal (IMC), circunferência abdominal (CA), histórico familiar de diabetes, prática de atividade física, consumo de vegetais e uso de medicamentos para controle da pressão arterial¹². O escore final varia de 0 a 26 pontos e classifica o risco em cinco categorias, de baixo a muito alto. Trata-se de um instrumento não invasivo, simples e de fácil aplicação¹².

Para a avaliação do risco cardiovascular em 10 anos, foram utilizados dois instrumentos não laboratoriais. O primeiro corresponde aos Gráficos de Risco Cardiovascular da Organização Mundial da Saúde de 2019, em sua versão não laboratorial para a região da América Latina Tropical, que inclui o Brasil³². Esse modelo permite estimar o risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais a partir de variáveis clínicas e comportamentais de fácil obtenção, como idade, sexo, tabagismo, pressão arterial sistólica e índice de massa corporal³². Por dispensar exames bioquímicos, sua aplicação é especialmente útil em contextos nos quais há limitação de acesso a exames laboratoriais, como pode ocorrer no ambiente prisional^{15,32}.

O segundo instrumento utilizado foi o escore cardiovascular geral de D'Agostino et al. (2008), derivado do Framingham Heart Study, em sua versão não laboratorial³⁴. Esse modelo estima o risco cardiovascular global em 10 anos a partir de variáveis como idade, índice de massa corporal, pressão arterial sistólica, uso de tratamento anti-hipertensivo, tabagismo e presença de diabetes mellitus³⁴. Diferentemente das versões laboratoriais de escores cardiovasculares, esse modelo não utiliza colesterol total ou HDL, o que favorece sua aplicação em estudos de campo nos quais a coleta laboratorial não está disponível ou não é operacionalmente viável³⁴.

Além da avaliação dos riscos clínicos, foi analisado o nível de conhecimento da PPL sobre doenças crônicas, dada a importância desse fator para o autocuidado, a adesão ao tratamento e a prevenção de complicações^{1,9}. A baixa escolaridade, como já evidenciado, está associada a menor compreensão sobre as condições de saúde^{4,9}. Assim, o uso de instrumentos validados contribui para a padronização e confiabilidade da coleta, além de possibilitar comparações entre diferentes contextos populacionais^{9,31}.

Para avaliar o conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica, foi utilizado o HK-LS (Hypertension Knowledge-Level Scale). Desenvolvido para mensurar o conhecimento de adultos sobre HAS, possui versão traduzida e validada para o português brasileiro, com testes de validade de construto e critério confirmados^{4,31}. O questionário é composto por 22 afirmativas, organizadas em subdimensões como definição, tratamento médico, adesão medicamentosa, estilo de vida, dieta e complicações^{4,31}. Pesquisas indicam que indivíduos com diagnóstico de HAS tendem a apresentar maior conhecimento sobre a condição⁴. Além disso, esse conhecimento pode influenciar a adesão terapêutica e os desfechos clínicos, sendo relevante na avaliação de necessidades educativas⁴.

Para mensurar o conhecimento sobre diabetes mellitus, foi utilizada a DKN-A (Diabetes Knowledge Scale – versão A). Esse instrumento, validado no Brasil, possui 15 itens de múltipla escolha que abordam fisiologia básica, hipoglicemia, grupos alimentares, manejo do diabetes em intercorrências e princípios gerais de cuidado^{9,33}. Estudos com pessoas com diabetes identificaram níveis insuficientes de conhecimento, especialmente em tópicos como cetonúria e manejo da hipoglicemia⁹. A aplicação da DKN-A permite mensurar o nível de conhecimento e compreender o grau de compreensão da doença por parte dos indivíduos^{9,33}.

Diante da elevada prevalência de DCNT e da carência de educação em saúde no ambiente prisional¹⁵, a utilização combinada desses instrumentos busca não apenas mensurar riscos e conhecimento⁴, mas também subsidiar intervenções educativas mais eficazes^{4,31}, promovendo o autocuidado e reduzindo a ocorrência de complicações. Os instrumentos completos utilizados na coleta de dados encontram-se disponibilizados nos apêndices e anexos deste trabalho.

3 MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO E FONTE DE DADOS

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa e caráter descritivo-analítico, realizado com pessoas privadas de liberdade da Penitenciária Sul de Santa Catarina, no município de Criciúma/SC.

Foram utilizados dados primários, obtidos por meio da aplicação de questionários estruturados e aferição de medidas antropométricas, pressóricas e glicêmicas. O estudo teve como finalidade descrever o perfil sociodemográfico, clínico, comportamental e cardiometabólico dos participantes, bem como estimar o risco de desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2, o risco cardiovascular em 10 anos e o nível de conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM).

A coleta de dados contemplou variáveis sociodemográficas, contextuais, clínicas, comportamentais, antropométricas, pressóricas, glicêmicas e escores padronizados de risco e conhecimento em saúde. Foram utilizados o FINDRISC para estimativa do risco de desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2; os Gráficos de Risco Cardiovascular da Organização Mundial da Saúde de 2019, em sua versão não laboratorial para América Latina Tropical; o escore cardiovascular geral não laboratorial de D'Agostino et al. (2008); o HK-LS para avaliação do conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica; e o DKN-A para avaliação do conhecimento sobre diabetes mellitus.

A amostra foi do tipo não probabilística, por conveniência, composta por pessoas privadas de liberdade elegíveis e disponíveis no período de coleta, que aceitaram participar do estudo mediante assinatura ou aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado na Penitenciária Sul de Santa Catarina, localizada na Rua José Marinho Teixeira, nº 5005, bairro São Domingos/Vila Maria, no município de Criciúma/SC. A unidade prisional foi inaugurada em 2008 e integra o sistema prisional catarinense.

Figura 1 – Mapa de localização da Penitenciária Sul, visão satélite, 2025.



Fonte: <https://mapcarta.com/pt/W440972093/Mapa>. Acesso em: 24 mar. 2025.

A unidade possui capacidade para pouco mais de 700 pessoas privadas de liberdade e, em março de 2025, abrigava 975 indivíduos, distribuídos em diferentes faixas etárias, conforme apresentado na Tabela 1. A Penitenciária Sul é composta por seis galerias e, no processo de triagem, há separação dos indivíduos identificados como pertencentes a grupos faccionados. No local, majoritariamente, encontram-se pessoas do sexo masculino em cumprimento de pena em regime fechado ou semiaberto.

Tabela 1 – Distribuição, por faixa etária, do número de pessoas privadas de liberdade na Penitenciária Sul, Santa Catarina, no ano de 2025.

Faixa etária	N
<20 anos	0
20-29 anos	304
30-39 anos	372
40-49 anos	180
50-59 anos	82
60 anos ou mais	37
Total	975

Fonte: IPEN – Sistema de Identificação e Administração Penal. Unidade 8065 – Criciúma – Penitenciária Sul. Março de 2025.

O setor de saúde compõe um dos serviços oferecidos na Penitenciária Sul e contava, em março de 2025, com sete profissionais, conforme apresentado na Tabela 2. As ações desenvolvidas incluem atendimentos de urgência e emergência, demandas espontâneas relacionadas a queixas de saúde das pessoas privadas de liberdade, acompanhamento de tratamentos medicamentosos, atendimentos psicológicos e odontológicos, além do encaminhamento para a Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quando há necessidade de atenção especializada ou de maior complexidade.

Tabela 2 – Lista quantitativa de profissionais de saúde que atendem na Penitenciária Sul, por categoria, março de 2025.

Categoria profissional	N
Enfermeiro (40H)	02
Médico (20H)	01
Técnico em Enfermagem (40H)	01
Psicólogo (40H)	01
Farmacêutico (40H)	01
Dentista (20H)	01
Total	07

Fonte: IPEN – Sistema de Identificação e Administração Penal. Unidade 8065 – Criciúma – Penitenciária Sul. Março de 2025.

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi composta por pessoas privadas de liberdade do sexo masculino, em cumprimento de pena privativa de liberdade na Penitenciária Sul de Santa Catarina, no município de Criciúma/SC.

Foram considerados elegíveis para participação os indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, em condições físicas e cognitivas de compreender e responder aos instrumentos aplicados, que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa mediante assinatura ou aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos indivíduos que apresentaram limitações cognitivas, comportamentais ou clínicas que impossibilitassem a compreensão e resposta aos instrumentos aplicados; que estivessem em situação de isolamento disciplinar ou em regime incompatível com a realização da entrevista no momento da coleta; ou que recusassem participar da pesquisa.

A amostra foi não probabilística, por conveniência, composta pelos indivíduos elegíveis e disponíveis no período de coleta, seguindo as normativas de segurança estabelecidas no local. Foram incluídos participantes com e sem diagnóstico prévio autorreferido de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, permitindo a análise do risco cardiometabólico e do conhecimento em saúde em ambos os grupos.

Para estimar o tamanho mínimo da amostra, considerou-se a população finita de 975 pessoas privadas de liberdade na unidade prisional, conforme dados do IPEN referentes a março de 2025, nível de confiança de 95%, margem de erro de 5% e proporção esperada de 50%, adotada por representar a situação de maior variabilidade para estudos de prevalência. Com esses parâmetros, estimou-se uma amostra mínima de aproximadamente 276 participantes. A amostra final do estudo foi composta por 278 participantes, número superior ao mínimo estimado.

3.4 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais presenciais, conduzidas pelos pesquisadores, com aplicação de questionário estruturado em formulário eletrônico elaborado na plataforma KoboToolbox. A plataforma foi utilizada em modo compatível com coleta offline, considerando as restrições de acesso à internet no ambiente prisional. Posteriormente, os dados foram exportados em formato de planilha eletrônica para conferência, limpeza e codificação das variáveis.

A aplicação ocorreu em espaço reservado, no setor saúde, da Penitenciária Sul de Santa Catarina, buscando garantir privacidade, sigilo e respeito à autonomia dos participantes. A participação foi voluntária, sem qualquer forma de compensação financeira ou benefício direto.

O questionário foi organizado em blocos temáticos. O primeiro bloco contemplou dados sociodemográficos e contextuais, incluindo idade, estado conjugal, escolaridade, situação de estudo, cor/raça, tempo de reclusão, situação de trabalho anterior à reclusão e acesso prévio a convênio ou atendimento de saúde.

O segundo bloco contemplou histórico clínico e hábitos de vida, incluindo diagnóstico prévio autorreferido de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, uso regular de medicamentos para pressão alta e diabetes, histórico familiar de hipertensão, histórico familiar de diabetes, histórico familiar de infarto ou acidente vascular cerebral precoce, tabagismo, tempo desde cessação do tabagismo, quantidade de cigarros por dia e consumo de bebidas alcoólicas antes da reclusão.

O terceiro bloco contemplou avaliação antropométrica, pressórica e glicêmica. Foram registrados peso corporal, altura, circunferência abdominal, pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica e glicemia capilar. O índice de massa corporal (IMC) foi calculado pela divisão do peso, em quilogramas, pela altura, em metros, ao quadrado. A circunferência abdominal foi medida em acordo com as orientações das diretrizes do Ministério da Saúde. A glicemia capilar foi registrada considerando a informação sobre ingestão de alimentos ou bebidas, exceto água, nas duas horas anteriores à coleta.

O risco de desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2 foi estimado por meio do FINDRISC (Finnish Diabetes Risk Score), que considera variáveis como idade, IMC, circunferência abdominal, prática de atividade física, consumo de frutas e vegetais, uso de medicamentos anti-hipertensivos, histórico de glicemia elevada e histórico familiar de diabetes. Por se tratar de um instrumento destinado à estimativa do risco futuro de desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2, o FINDRISC foi analisado apenas entre participantes sem diagnóstico prévio autorreferido de diabetes mellitus. Participantes com diagnóstico prévio autorreferido de diabetes mellitus ou com resposta desconhecida para essa variável foram considerados não aplicáveis na análise principal desse escore. O escore total foi classificado conforme as categorias padronizadas do instrumento.

Para a avaliação do risco cardiovascular em 10 anos, foram utilizados dois instrumentos não laboratoriais. O primeiro correspondeu aos Gráficos de Risco Cardiovascular da Organização Mundial da Saúde de 2019, na versão não laboratorial para América Latina Tropical, que inclui Brasil e Paraguai. Esse modelo utiliza idade, sexo, tabagismo, pressão arterial sistólica e índice de massa corporal, dispensando exames laboratoriais. Como a população do estudo foi composta por homens, foram utilizadas as tabelas correspondentes ao sexo masculino. O escore foi calculado apenas para os participantes com idade elegível e dados completos para as variáveis exigidas pelo instrumento.

O segundo instrumento utilizado para risco cardiovascular foi o escore cardiovascular geral não laboratorial de D'Agostino et al. (2008), derivado do Framingham Heart Study. Foram consideradas as variáveis idade, índice de massa corporal, pressão arterial sistólica, uso de tratamento anti-hipertensivo, tabagismo e presença de diabetes mellitus. Por se tratar de população masculina, foi aplicada a pontuação correspondente ao sexo masculino. O escore foi calculado apenas para os participantes com idade elegível e dados completos para as variáveis exigidas pelo instrumento.

O conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica foi avaliado por meio do HK-LS (Hypertension Knowledge-Level Scale), instrumento composto por 22 afirmativas relacionadas a definição, tratamento, adesão medicamentosa, estilo de vida, dieta e complicações da hipertensão arterial sistêmica. O desempenho foi analisado por meio da pontuação total e da classificação do nível de conhecimento.

O conhecimento sobre diabetes mellitus foi avaliado por meio do DKN-A (Diabetes Knowledge Scale – versão A), instrumento composto por 15 itens de múltipla escolha que abordam fisiologia básica, hipoglicemia, alimentação, complicações e manejo geral do diabetes mellitus. O desempenho foi analisado por meio da pontuação total e da classificação do nível de conhecimento.

Os instrumentos utilizados na coleta de dados encontram-se disponíveis nos apêndices e anexos deste trabalho. A aplicação teve duração aproximada de 20 a 30 minutos por participante.

3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis do estudo foram organizadas em cinco grupos principais: variáveis sociodemográficas e contextuais; variáveis clínicas, familiares e comportamentais; variáveis antropométricas, pressóricas e glicêmicas; variáveis derivadas dos escores de risco cardiometabólico e cardiovascular; e variáveis de conhecimento em saúde.

3.5.1 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CONTEXTUAIS

Foram analisadas as seguintes variáveis sociodemográficas e contextuais: idade, faixa etária, estado conjugal, escolaridade, estudo atual, cor/raça, tempo de reclusão, situação de trabalho anterior à reclusão e acesso prévio a convênio ou atendimento de saúde.

3.5.2 VARIÁVEIS CLÍNICAS, FAMILIARES E COMPORTAMENTAIS

Foram analisadas as seguintes variáveis clínicas, familiares e comportamentais: diagnóstico prévio autorreferido de hipertensão arterial sistêmica; diagnóstico prévio autorreferido de diabetes mellitus; uso regular de medicamento para pressão alta; uso regular de medicamento para diabetes; histórico familiar de hipertensão arterial sistêmica; histórico familiar de diabetes mellitus; histórico familiar de infarto ou acidente vascular cerebral precoce; tabagismo atual; tabagismo prévio; tempo desde cessação do tabagismo; quantidade de cigarros por dia; consumo de bebidas alcoólicas antes da reclusão; prática de atividade física; e consumo de frutas, verduras e legumes.

3.5.3 VARIÁVEIS ANTROPOMÉTRICAS, PRESSÓRICAS E GLICÊMICAS

Foram analisadas as seguintes variáveis antropométricas, pressóricas e glicêmicas: peso corporal, altura, índice de massa corporal, classificação do índice de massa corporal, circunferência abdominal, pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica, classificação da pressão arterial sistólica, glicemia capilar e informação sobre ingestão alimentar nas duas horas anteriores à mensuração da glicemia.

3.5.4 VARIÁVEIS DERIVADAS DOS ESCORES DE RISCO

Foram analisadas as seguintes variáveis derivadas dos instrumentos de risco: pontuação total do FINDRISC, classificação do risco de desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2 pelo FINDRISC, risco cardiovascular estimado pelos Gráficos de Risco Cardiovascular da Organização Mundial da Saúde de 2019, classificação do risco cardiovascular pela Organização Mundial da Saúde, pontuação total do escore cardiovascular geral não laboratorial de D'Agostino et al. (2008), risco cardiovascular percentual em 10 anos pelo escore de D'Agostino

et al. (2008), classificação do risco cardiovascular por D'Agostino et al. (2008) e idade vascular estimada.

Os escores cardiovasculares foram calculados apenas para participantes com idade compatível com os respectivos instrumentos e com dados completos para as variáveis necessárias. Participantes fora da faixa etária de aplicação ou com dados insuficientes foram classificados como não aplicáveis nas análises específicas desses escores.

3.5.5 VARIÁVEIS DE CONHECIMENTO EM SAÚDE

As variáveis de conhecimento em saúde incluíram a pontuação total do HK-LS, a classificação do nível de conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica, a pontuação total do DKN-A e a classificação do nível de conhecimento sobre diabetes mellitus.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram exportados da plataforma KoboToolbox e organizados inicialmente no Microsoft Excel, onde foram realizadas conferência, limpeza do banco, padronização das categorias, cálculo de variáveis derivadas e verificação de inconsistências. Posteriormente, as análises estatísticas foram realizadas no software Jamovi, versão 2.6.44.

Para fins de organização do banco de dados, campos em branco decorrentes de perguntas condicionais do formulário eletrônico foram tratados conforme a lógica do instrumento. Assim, quando a pergunta sobre uso regular de medicação anti-hipertensiva ou antidiabética não era exibida em razão da ausência de diagnóstico prévio autorreferido de hipertensão arterial sistêmica ou diabetes mellitus, o campo foi recodificado como ausência de uso regular da medicação. Participantes com dados insuficientes ou fora da faixa etária de aplicação dos instrumentos foram classificados como não aplicáveis nas análises específicas dos respectivos escores.

A análise descritiva foi realizada por meio de frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas. Para variáveis numéricas, foram utilizadas medidas de tendência central e dispersão. A normalidade das variáveis numéricas foi avaliada por meio do teste de Shapiro-Wilk e pela inspeção da distribuição dos dados. Como as variáveis numéricas apresentaram distribuição assimétrica, os resultados foram apresentados prioritariamente por mediana e intervalo interquartil, representado pelos percentis 25 e 75.

Os escores de risco e conhecimento foram analisados conforme as categorias de cada instrumento. O FINDRISC foi descrito por pontuação total e por categorias de risco para desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2, considerando apenas os participantes sem diagnóstico prévio autorreferido de diabetes mellitus. Participantes com diagnóstico prévio autorreferido de diabetes mellitus ou com resposta desconhecida para essa variável foram considerados não aplicáveis na análise principal desse escore.

O risco cardiovascular estimado pelos Gráficos de Risco Cardiovascular da Organização Mundial da Saúde de 2019 foi descrito conforme a estimativa percentual em 10 anos e a classificação de risco do instrumento. O escore cardiovascular geral não laboratorial de D'Agostino et al. (2008) foi descrito por pontuação total, risco percentual em 10 anos,

classificação de risco e idade vascular estimada. Os escores cardiovasculares foram calculados apenas para participantes com idade compatível e dados completos para as variáveis exigidas pelos respectivos instrumentos.

Os instrumentos HK-LS e DKN-A foram analisados por pontuação total e classificação do nível de conhecimento. Para avaliar associação entre variáveis categóricas, foram utilizados o teste do qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher, conforme a distribuição das frequências esperadas. Considerando a presença de categorias com pequenos números de participantes em algumas análises, o teste exato de Fisher foi priorizado na interpretação das associações. A magnitude das associações foi avaliada por meio do V de Cramér.

Para o HK-LS, cada resposta correta recebeu um ponto, com escore total variando de 0 a 22 pontos. A classificação do conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica foi realizada em três categorias: baixo conhecimento (0 a 7 pontos), conhecimento médio (8 a 15 pontos) e alto conhecimento (16 a 22 pontos).

Para o DKN-A, cada resposta correta recebeu um ponto, totalizando escore de 0 a 15 pontos. Os itens 1 a 12 exigiam uma única resposta correta, enquanto os itens 13 a 15 exigiam a marcação de todas as alternativas corretas para obtenção de um ponto. Para fins de classificação, escores iguais ou inferiores a 8 foram considerados conhecimento insatisfatório, e escores superiores a 8 foram considerados conhecimento adequado.

Foram analisadas associações entre o nível de conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus e variáveis selecionadas, incluindo escolaridade, diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica, diagnóstico prévio de diabetes mellitus, classificação da pressão arterial sistólica e classificação do risco de desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2 pelo FINDRISC.

Também foi realizada comparação entre as categorias de risco cardiovascular estimadas pelos Gráficos de Risco Cardiovascular da Organização Mundial da Saúde de 2019 e pelo escore cardiovascular geral não laboratorial de D'Agostino et al. (2008), considerando apenas os participantes com ambos os escores calculáveis. Essa comparação foi avaliada por meio do teste exato de Fisher e do V de Cramér.

O nível de significância estatística adotado foi de 5% ($p < 0,05$). Considerando o delineamento transversal do estudo, as análises foram interpretadas como associações, sem inferência de causalidade.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi conduzido em conformidade com os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa integra o projeto intitulado “Vigilância em saúde no sistema prisional: Diagnóstico socioepidemiológico da saúde prisional no extremo sul catarinense, 2025: ferramentas para a busca da implementação da PNAISP”, submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob CAAE nº 88812225.0.0000.0121 e Parecer Consubstanciado nº 7.827.946. O parecer foi emitido com situação “Aprovado”, sem necessidade de apreciação pela CONEP.

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa, e sua participação foi voluntária. A inclusão no estudo ocorreu apenas após assinatura ou aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando o direito à recusa ou retirada da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo de qualquer natureza.

Foi garantido o sigilo das informações e a confidencialidade da identidade dos participantes. Os dados foram utilizados exclusivamente para fins científicos, armazenados em ambiente seguro e tratados de forma anonimizada, sem identificação direta dos indivíduos na apresentação dos resultados. A coleta foi realizada em local reservado dentro da unidade prisional, respeitando a privacidade dos participantes. Não houve compensação financeira ou benefício direto pela participação.

4 RESULTADOS

Em acordo com as orientações da Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Araranguá, e seguindo as normas de apresentação do trabalho de conclusão do Curso de Medicina, os resultados deste estudo serão apresentados no formato de artigo científico. O artigo foi estruturado conforme as instruções da revista *Ciência & Saúde Coletiva*, periódico ao qual o manuscrito poderá ser posteriormente submetido. As normas de submissão da revista encontram-se apresentadas no Anexo G deste trabalho.

A apresentação a seguir contempla o manuscrito em formato de artigo, incluindo título, resumo, palavras-chave, introdução, métodos, resultados, discussão, conclusão e referências, conforme a estrutura recomendada pelo periódico.

Risco cardiometabólico e conhecimento sobre hipertensão e diabetes em pessoas privadas de liberdade

Cardiometabolic risk and knowledge about hypertension and diabetes among people deprived of liberty

Riesgo cardiometabólico y conocimiento sobre hipertensión y diabetes en personas privadas de libertad

Resumo: O estudo investigou o perfil de risco cardiometabólico e o conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus entre pessoas privadas de liberdade em uma penitenciária do sul de Santa Catarina. Trata-se de estudo transversal, quantitativo e descritivo-analítico, realizado com 278 homens privados de liberdade. Os dados foram coletados por questionário estruturado e aferição de medidas antropométricas, pressóricas e glicêmicas. Foram aplicados FINDRISC, gráficos de risco cardiovascular da OMS 2019, escore não laboratorial de D'Agostino et al., HK-LS e DKN-A. A mediana de idade foi 35 anos. Observou-se excesso de peso em 55,8%, hipertensão autorreferida em 14,0% e diabetes em 4,0%. Entre participantes sem diabetes prévio, 61,6% apresentaram baixo risco pelo FINDRISC. O conhecimento sobre hipertensão foi alto em 57,6%, enquanto o conhecimento sobre diabetes foi insatisfatório em 61,5%. A escolaridade associou-se ao conhecimento sobre diabetes. Os achados indicam fatores de risco cardiometabólico relevantes e lacunas no conhecimento sobre diabetes, reforçando a necessidade de vigilância, rastreamento e educação em saúde no sistema prisional.

Palavras-chave: Pessoas Privadas de Liberdade; Doenças não transmissíveis; Hipertensão; Diabetes Mellitus; Fatores de risco.

Abstract: This study investigated cardiometabolic risk and knowledge about systemic arterial hypertension and diabetes mellitus among people deprived of liberty in a prison in southern Santa Catarina, Brazil. This quantitative, descriptive-analytical cross-sectional study included 278 men. Data were collected using a structured questionnaire and measurements of anthropometric, blood pressure, and capillary glucose parameters. FINDRISC, the 2019 WHO cardiovascular risk charts, the non-laboratory D'Agostino et al. score, HK-LS, and DKN-A were used. Median age was 35 years. Excess weight was observed in 55.8%, self-reported hypertension in 14.0%, and diabetes in 4.0%. Among participants without previous diabetes, 61.6% had low FINDRISC risk. Knowledge about hypertension was high in 57.6%, whereas

knowledge about diabetes was insufficient in 61.5%. Educational level was associated with knowledge about diabetes. The findings indicate relevant cardiometabolic risk factors and gaps in knowledge about diabetes, reinforcing the need for surveillance, screening, and health education in the prison system.

Keywords: People Deprived of Liberty; Noncommunicable Diseases; Hypertension; Diabetes Mellitus; Risk Factors.

Resumen: El estudio investigó el perfil de riesgo cardiometabólico y el conocimiento sobre hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus en personas privadas de libertad en una penitenciaría del sur de Santa Catarina, Brasil. Se trata de un estudio transversal, cuantitativo y descriptivo-analítico, realizado con 278 hombres. Los datos se recolectaron mediante cuestionario estructurado y medición de variables antropométricas, presión arterial y glucemia capilar. Se aplicaron FINDRISC, las tablas de riesgo cardiovascular de la OMS 2019, la puntuación no laboratorial de D'Agostino et al., HK-LS y DKN-A. La mediana de edad fue de 35 años. Se observó exceso de peso en 55,8%, hipertensión auto referida en 14,0% y diabetes en 4,0%. Entre los participantes sin diabetes previa, 61,6% presentó bajo riesgo por FINDRISC. El conocimiento sobre hipertensión fue alto en 57,6%, mientras que el conocimiento sobre diabetes fue insuficiente en 61,5%. La escolaridad se asoció con el conocimiento sobre diabetes. Los hallazgos indican factores de riesgo cardiometabólico relevantes y brechas de conocimiento, reforzando la necesidad de vigilancia, tamizaje y educación en salud en el sistema penitenciario.

Palabras clave: Personas en privación de libertad; Enfermedades no Transmisibles; Hipertensión; Diabetes Mellitus; Factores de Riesgo.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem um dos principais desafios contemporâneos da saúde coletiva, por sua contribuição para a morbimortalidade, por exigirem cuidado longitudinal e por expressarem desigualdades sociais em saúde¹⁻³. Entre essas condições, a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus apresentam elevada relevância epidemiológica, clínica e econômica, especialmente quando associados a fatores de risco comportamentais, metabólicos e contextuais acumulados ao longo da vida²⁻³.

No sistema prisional, a agenda sanitária historicamente foi marcada pela centralidade das doenças infecciosas e transmissíveis. Entretanto, a mudança do perfil epidemiológico da população privada de liberdade exige que as DCNT também sejam incorporadas de forma sistemática às ações de vigilância, prevenção, rastreamento e cuidado⁴⁻⁵. A privação de liberdade pode intensificar vulnerabilidades prévias, incluindo menor acesso a serviços de saúde, baixa escolaridade, exclusão social, exposição ao tabagismo, alimentação inadequada, estresse crônico e restrições à prática regular de atividade física⁴⁻⁸.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) estabelece a necessidade de organização do cuidado em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, com base nos princípios da integralidade e da equidade⁵⁻⁶. Ainda assim, estudos indicam que doenças crônicas podem estar subdiagnosticadas e subtratadas em unidades prisionais, com dificuldades adicionais relacionadas à escassez de exames laboratoriais, medicamentos, profissionais, educação em saúde e continuidade assistencial^{4,9-10}.

Além da identificação de fatores de risco e condições clínicas, o conhecimento em saúde é componente importante do cuidado às DCNT, pois influencia o reconhecimento da doença, a adesão terapêutica, o autocuidado e a prevenção de complicações¹¹⁻¹³. Em ambientes prisionais, a autonomia sobre alimentação, atividade física, horários, uso de medicamentos e busca espontânea por atendimento é limitada, o que torna ainda mais relevante compreender o nível de conhecimento sobre hipertensão e diabetes e sua relação com características sociais e clínicas.

Este estudo contribui para a saúde coletiva ao analisar, em uma população pouco estudada, a coexistência entre fatores de risco cardiometabólico, estimativas não laboratoriais de risco cardiovascular e conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. O objetivo foi investigar o perfil de risco cardiometabólico, o risco de desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2, o risco cardiovascular estimado em 10 anos e o nível de conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus entre pessoas privadas de liberdade em uma penitenciária.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, de abordagem quantitativa e caráter descritivo-analítico, realizado com pessoas privadas de liberdade do sexo masculino em uma penitenciária localizada no sul de Santa Catarina, Brasil. A unidade prisional abrigava 975 pessoas em março de 2025, distribuídas em diferentes faixas etárias, e contava com equipe de saúde prisional composta por médico, enfermeiros, técnico de enfermagem, psicólogo, farmacêutico e dentista.

Foram elegíveis indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, em condições físicas e cognitivas de compreender e responder aos instrumentos, que aceitaram participar voluntariamente mediante assinatura ou aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos indivíduos com limitações clínicas, cognitivas ou comportamentais que impossibilitassem a entrevista, aqueles em isolamento disciplinar ou em regime incompatível com a coleta, além dos que recusaram participação. A amostra foi não probabilística, por conveniência, composta por participantes disponíveis no período de coleta, respeitando as normativas de segurança do local.

O tamanho mínimo da amostra foi estimado considerando população finita de 975 pessoas, nível de confiança de 95%, margem de erro de 5% e proporção esperada de 50%, resultando em aproximadamente 276 participantes. A amostra final foi composta por 278 pessoas privadas de liberdade.

A coleta ocorreu por entrevistas individuais presenciais, conduzidas pelos pesquisadores em espaço reservado no setor de saúde da unidade prisional. Utilizou-se questionário estruturado em formulário eletrônico elaborado na plataforma KoboToolbox, em modo compatível com coleta offline. Posteriormente, os dados foram exportados para planilha eletrônica para conferência, limpeza, codificação e construção das variáveis.

Foram coletadas variáveis sociodemográficas e contextuais, como idade, estado conjugal, escolaridade, estudo atual, cor/raça, tempo de reclusão, situação de trabalho anterior à reclusão e acesso prévio a convênio ou atendimento de saúde. Também foram coletadas variáveis clínicas, familiares e comportamentais, incluindo diagnóstico prévio autorreferido de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, uso de medicamentos, histórico familiar de

hipertensão, diabetes, infarto ou acidente vascular cerebral precoce, tabagismo, consumo de álcool antes da reclusão, prática de atividade física e consumo de frutas, verduras ou legumes.

A avaliação antropométrica, pressórica e glicêmica incluiu peso corporal, altura, índice de massa corporal, circunferência abdominal, pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica e glicemia capilar. O índice de massa corporal foi calculado pela razão entre peso em quilogramas e altura em metros ao quadrado. A glicemia capilar foi interpretada como medida casual, considerando a informação sobre ingestão alimentar nas duas horas anteriores à aferição.

O risco de desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2 foi estimado pelo Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC), analisado apenas entre participantes sem diagnóstico prévio autorreferido de diabetes mellitus¹⁴. O risco cardiovascular em 10 anos foi avaliado pelos Gráficos de Risco Cardiovascular da Organização Mundial da Saúde de 2019, em sua versão não laboratorial para América Latina Tropical, e pelo escore cardiovascular geral não laboratorial de D'Agostino et al., derivado do Framingham Heart Study¹⁵⁻¹⁶. O conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica foi avaliado pela Hypertension Knowledge-Level Scale (HK-LS), e o conhecimento sobre diabetes mellitus pela Diabetes Knowledge Scale, versão A (DKN-A)¹⁷⁻¹⁹.

A análise estatística foi realizada no Jamovi, versão 2.6.44. Variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas. Variáveis numéricas foram avaliadas quanto à normalidade pelo teste de Shapiro-Wilk e pela inspeção da distribuição. Como apresentaram distribuição assimétrica, foram descritas por mediana e intervalo interquartil, representado pelos percentis 25 e 75. Para associação entre variáveis categóricas, utilizaram-se o teste do qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher, conforme a distribuição das frequências esperadas. Considerando a presença de categorias com pequenos números, o teste exato de Fisher foi priorizado na interpretação. A magnitude das associações foi avaliada pelo V de Cramér. O nível de significância adotado foi de 5%.

As associações analisadas envolveram o nível de conhecimento sobre hipertensão e diabetes e variáveis selecionadas, incluindo escolaridade, diagnóstico prévio das respectivas doenças, classificação da pressão arterial sistólica e classificação do FINDRISC. Também se comparou a distribuição das categorias de risco cardiovascular obtidas pelos instrumentos da Organização Mundial da Saúde e de D'Agostino et al., considerando apenas participantes com ambos os escores calculáveis.

A pesquisa integra projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob CAAE nº 88812225.0.0000.0121 e Parecer Consubstanciado nº 7.827.946. Todos os participantes foram informados sobre objetivos, procedimentos, riscos e benefícios, com garantia de sigilo, confidencialidade, participação voluntária e possibilidade de desistência sem prejuízo de qualquer natureza.

RESULTADOS

A amostra final foi composta por 278 pessoas privadas de liberdade do sexo masculino. A mediana de idade foi de 35,0 anos (P25–P75: 29,0–44,0), e a mediana do tempo de reclusão foi de 36,0 meses (P25–P75: 23,3–71,8). As características sociodemográficas e contextuais estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e contextuais de pessoas privadas de liberdade em uma penitenciária do sul de Santa Catarina, 2026.

Variável	n (%) ou mediana (P25–P75)
Idade, anos	35,0 (29,0–44,0)
Tempo de reclusão, meses	36,0 (23,3–71,8)
Faixa etária	
18–29 anos	77 (27,7)
30–39 anos	102 (36,7)
40–49 anos	62 (22,3)
50–59 anos	24 (8,6)
60 anos ou mais	13 (4,7)
Estado conjugal	
Solteiro	135 (48,6)
Casado	75 (27,0)
Divorciado	46 (16,5)
União estável	14 (5,0)
Viúvo	8 (2,9)
Escolaridade	
Analfabeto	3 (1,1)
1ª à 3ª série do ensino fundamental	10 (3,6)
4ª à 7ª série do ensino fundamental	74 (26,6)
Ensino fundamental completo	52 (18,7)
1ª ou 2ª série do ensino médio	30 (10,8)
Ensino médio completo	91 (32,7)
Superior incompleto	7 (2,5)
Superior completo	11 (4,0)
Estuda atualmente	
Não	240 (86,3)
Sim	38 (13,7)
Cor/raça	
Branca	143 (51,4)
Parda	99 (35,6)
Preta	30 (10,8)

Indígena	4 (1,4)
Amarela	1 (0,4)
Não sei responder	1 (0,4)
Situação de trabalho anterior à reclusão	
Empregado com carteira de trabalho	99 (35,6)
Trabalhou por conta própria e não tem empregados	81 (29,1)
Empregado sem carteira de trabalho	61 (21,9)
Empregador	17 (6,1)
Não trabalhou	17 (6,1)
Servidor público	3 (1,1)
Atendimento de saúde prévio	
Não	220 (79,1)
Sim	57 (20,5)
Não sei	1 (0,4)

Fonte: elaborado pelos autores. Nota: Dados apresentados como mediana (P25–P75) ou n (%). N = 278.

Observou-se predomínio de participantes nas faixas etárias de 30 a 39 anos (36,7%) e 18 a 29 anos (27,7%). Quanto ao estado conjugal, a maior proporção referiu estado conjugal solteiro (48,6%), seguida por casados (27,0%). Em relação à escolaridade, 32,7% possuíam ensino médio completo, enquanto 26,6% tinham entre a 4ª e a 7ª série do ensino fundamental. A maior parte não estudava no momento da coleta (86,3%) e não possuía atendimento de saúde prévio ou convênio antes da reclusão (79,1%).

As características clínicas, comportamentais, antropométricas, pressóricas e glicêmicas estão descritas na Tabela 2. A mediana do índice de massa corporal foi de 25,4 kg/m² (P25–P75: 23,0–28,2), a mediana da circunferência abdominal foi de 88,3 cm (P25–P75: 82,0–96,0), e a mediana da pressão arterial sistólica foi de 120,0 mmHg (P25–P75: 110,0–130,0). A glicemia capilar casual apresentou mediana de 96,5 mg/dL (P25–P75: 85,0–114,0).

Tabela 2 – Características clínicas, comportamentais, antropométricas, pressóricas e glicêmicas de pessoas privadas de liberdade em uma penitenciária do sul de Santa Catarina, 2026.

Variável	n (%) ou mediana (P25–P75)
Diagnóstico prévio de HAS	
Não	239 (86,0)
Sim	39 (14,0)
Diagnóstico prévio de DM	
Não	263 (94,6)
Não sei	4 (1,4)
Sim	11 (4,0)

Uso regular de medicação anti-hipertensiva

Não	258 (92,8)
Sim	20 (7,2)

Uso regular de medicação para diabetes

Não	273 (98,2)
Sim	5 (1,8)

Histórico familiar de HAS

Não	103 (37,1)
Não sei	20 (7,2)
Sim	155 (55,8)

Histórico familiar de DM

Não	124 (44,6)
Sim	154 (55,4)

Histórico familiar de infarto ou AVC precoce

Não	193 (69,4)
Não sei	15 (5,4)
Sim	70 (25,2)

Tabagismo

Nunca fumou	72 (25,9)
Ex-tabagista	186 (66,9)
Fumante atual	20 (7,2)

Consumo de álcool antes da reclusão

Nunca	41 (14,7)
Raramente	33 (11,9)
Ocasionalmente (1–2 vezes/semana)	121 (43,5)
Frequentemente (≥ 3 vezes/semana)	83 (29,9)

Atividade física diária

Não	98 (35,3)
Sim	180 (64,7)

Consumo diário de frutas, verduras ou legumes

Não	71 (25,5)
Sim	207 (74,5)

IMC, kg/m ²	25,4 (23,0–28,2)
------------------------	------------------

Classificação do IMC

Baixo peso	3 (1,1)
Eutrofia	120 (43,2)
Sobrepeso	115 (41,4)
Obesidade	40 (14,4)
Circunferência abdominal, cm	88,3 (82,0–96,0)
Pressão arterial sistólica, mmHg	120,0 (110,0–130,0)
Pressão arterial diastólica, mmHg	80,0 (75,0–88,8)

Classificação da pressão arterial sistólica

<120 mmHg	106 (38,1)
120–129 mmHg	101 (36,3)
130–139 mmHg	51 (18,3)
140–159 mmHg	18 (6,5)
≥160 mmHg	2 (0,7)
Glicemia capilar casual, mg/dL	96,5 (85,0–114,0)

Ingestão alimentar nas últimas 2 horas

Não	198 (71,2)
Sim	80 (28,8)

Histórico de glicemia elevada prévia

Não	250 (89,9)
Sim	28 (10,1)

Fonte: elaborado pelos autores. Nota: Dados apresentados como mediana (P25–P75) ou n (%). N = 278. A glicemia capilar foi considerada medida casual. Campos condicionais em branco foram recodificados como “Não”, conforme a lógica do formulário eletrônico.

Quanto ao perfil clínico, 14,0% dos participantes relataram diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica e 4,0% relataram diagnóstico prévio de diabetes mellitus. A maior parte apresentou histórico familiar de hipertensão arterial sistêmica (55,8%) e diabetes mellitus (55,4%). Em relação aos hábitos de vida, 66,9% eram ex-tabagistas e 7,2% fumantes atuais. Observou-se excesso de peso em 55,8%, considerando sobrepeso e obesidade, e 25,5% apresentaram pressão arterial sistólica igual ou superior a 130 mmHg no momento da avaliação.

A distribuição dos escores de risco cardiometabólico, risco cardiovascular e conhecimento em saúde está apresentada na Tabela 3. O FINDRISC foi analisado entre 263 participantes sem diagnóstico prévio autorreferido de diabetes mellitus. Entre esses, a mediana da pontuação foi de 5,0 pontos (P25–P75: 3,0–9,0). Baixo risco para desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2 foi observado em 61,6%, enquanto 28,1% apresentaram risco levemente elevado, 5,7% risco moderado e 4,6% risco alto.

Tabela 3 – Escores de risco cardiometabólico, risco cardiovascular e conhecimento em saúde de pessoas privadas de liberdade em uma penitenciária do sul de Santa Catarina, 2026.

Variável	n (%) ou mediana (P25–P75)
FINDRISC – risco de desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2*	
Pontuação total	5,0 (3,0–9,0)
Baixo risco	162 (61,6)
Risco levemente elevado	74 (28,1)
Risco moderado	15 (5,7)
Risco alto	12 (4,6)
Risco cardiovascular pela OMS 2019†	
Não aplicável	179 (64,4)
<5%	36 (12,9)
5% a <10%	38 (13,7)
10% a <20%	22 (7,9)
20% a <30%	3 (1,1)
Escore cardiovascular geral de D’Agostino et al. (2008)†	
Pontuação total	4,0 (2,0–8,0)
Risco cardiovascular em 10 anos, %	4,7 (3,3–9,5)
Idade vascular, anos	44,0 (37,0–53,5)
Não calculado	77 (27,7)
Baixo risco	151 (54,3)
Risco intermediário	36 (12,9)
Alto risco	14 (5,0)
Conhecimento sobre HAS – HK-LS	
Pontuação total	17,0 (15,0–19,0)
Baixo conhecimento	19 (6,8)
Conhecimento médio	99 (35,6)
Alto conhecimento	160 (57,6)
Conhecimento sobre DM – DKN-A	
Pontuação total	7,0 (5,0–9,0)
Conhecimento insatisfatório	171 (61,5)
Conhecimento adequado	107 (38,5)

Fonte: elaborado pelos autores. Nota: *FINDRISC analisado entre participantes sem diagnóstico prévio autorreferido de diabetes mellitus (n = 263). †Escore cardiovascular calculado apenas para participantes com idade compatível e dados completos para as variáveis exigidas pelos instrumentos.

Em relação ao risco cardiovascular estimado pela Organização Mundial da Saúde 2019, 99 participantes possuíam escore aplicável, com predomínio das faixas de risco inferiores a 10%. Pelo escore de D'Agostino et al., 77 participantes não tiveram o risco calculado; entre aqueles com classificação disponível, predominou o baixo risco cardiovascular. Quanto ao conhecimento em saúde, 57,6% apresentaram alto conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica pelo HK-LS, enquanto 61,5% apresentaram conhecimento insatisfatório sobre diabetes mellitus pelo DKN-A.

Foram analisadas associações entre os níveis de conhecimento sobre diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica e variáveis sociodemográficas, clínicas e cardiometabólicas selecionadas (Tabela 4). Observou-se associação estatisticamente significativa entre escolaridade e classificação do conhecimento sobre diabetes mellitus pelo DKN-A ($p = 0,003$). As demais associações avaliadas não apresentaram significância estatística ao nível de 5%.

Tabela 4 – Associações entre conhecimento em saúde e variáveis selecionadas em pessoas privadas de liberdade em uma penitenciária do sul de Santa Catarina, 2026.

Associação avaliada	n	p*	V de Cramér
Conhecimento sobre diabetes mellitus – DKN-A			
Escolaridade	278	0,003	0,287
Diagnóstico prévio de diabetes mellitus	278	0,070	0,140
Classificação do FINDRISC	263	0,096	0,154
Conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica – HK-LS			
Escolaridade	278	0,065	0,200
Diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica	278	0,060	0,139
Classificação da pressão arterial sistólica	278	0,867	0,086

Fonte: elaborado pelos autores. Nota: *p obtido pelo teste exato de Fisher. V de Cramér utilizado como medida de magnitude da associação. FINDRISC analisado entre participantes sem diagnóstico prévio autorreferido de diabetes mellitus. Significância estatística adotada: $p < 0,05$.

Também foi realizada comparação entre as categorias de risco cardiovascular estimadas pelos Gráficos de Risco Cardiovascular da Organização Mundial da Saúde de 2019 e pelo escore cardiovascular geral não laboratorial de D'Agostino et al., considerando apenas os 99 participantes com ambos os escores calculáveis (Tabela 5). Houve associação estatisticamente significativa entre as categorias estimadas pelos dois instrumentos (teste exato de Fisher, $p < 0,001$; V de Cramér = 0,548).

Tabela 5 – Comparação entre categorias de risco cardiovascular estimadas pela OMS 2019 e por D'Agostino et al. em pessoas privadas de liberdade, 2026.

Categoria de risco pela OMS 2019	D'Agostino baixo risco	D'Agostino risco intermediário	D'Agostino alto risco	Total
Baixo risco	49 (66,2)	24 (32,4)	1 (1,4)	74 (100,0)
Risco intermediário	0 (0,0)	12 (54,5)	10 (45,5)	22 (100,0)
Alto risco	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (100,0)	3 (100,0)

Total	49 (49,5)	36 (36,4)	14 (14,1)	99 (100,0)
-------	-----------	-----------	-----------	------------

Fonte: elaborado pelos autores. Nota: Dados apresentados como n (% em linha). Incluídos apenas participantes com ambos os escores cardiovasculares calculáveis (n = 99). Associação avaliada pelo teste exato de Fisher (p < 0,001); V de Cramér = 0,548.

DISCUSSÃO

Este estudo identificou fatores de risco cardiometabólico relevantes e lacunas no conhecimento sobre diabetes mellitus em uma população privada de liberdade predominantemente jovem. Os principais achados foram a elevada frequência de excesso de peso, histórico familiar de hipertensão e diabetes, baixa inserção em atividades educacionais durante a reclusão, predomínio de conhecimento insatisfatório sobre diabetes e associação entre escolaridade e conhecimento sobre essa doença. Também se observou associação entre as categorias de risco cardiovascular estimadas por dois instrumentos não laboratoriais, embora com diferenças de classificação entre eles.

A predominância de adultos jovens é compatível com o perfil frequentemente descrito em populações privadas de liberdade^{4,7-8}. A presença de excesso de peso, alterações pressóricas e histórico familiar de DCNT nessa faixa etária sugere que a vulnerabilidade cardiometabólica não se restringe aos grupos mais idosos. Esse achado é relevante porque evidencia a necessidade de estratégias preventivas precoces em ambientes prisionais, sobretudo diante de condições que podem agravar fatores de risco ao longo do tempo, como estresse crônico, restrições alimentares e barreiras para atividade física regular.

As prevalências autorreferidas de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus foram inferiores às descritas em algumas investigações no sistema prisional brasileiro^{4,10}. Essa diferença pode refletir o perfil etário da amostra, mas também deve ser interpretada considerando a possibilidade de subdiagnóstico em populações com acesso irregular à atenção à saúde. A literatura aponta que doenças crônicas no sistema prisional podem ser subdiagnosticadas e manejadas de forma insuficiente, reforçando a importância de rastreamento ativo e monitoramento clínico periódico^{4,20}.

A utilização de instrumentos não laboratoriais mostrou-se pertinente para o contexto estudado. Em unidades prisionais, o acesso a exames bioquímicos pode ser limitado, e ferramentas baseadas em variáveis clínicas e antropométricas podem contribuir para triagem inicial, organização do cuidado e priorização de grupos com maior risco¹⁵⁻¹⁶. No entanto, a comparação entre os instrumentos de risco cardiovascular demonstrou que eles não devem ser tratados como intercambiáveis. Embora tenham apresentado associação estatisticamente significativa, parte dos participantes classificados como baixo risco pela Organização Mundial da Saúde foi classificada como risco intermediário por D'Agostino et al., e parte dos classificados como risco intermediário pela Organização Mundial da Saúde foi classificada como alto risco por D'Agostino et al. Essas diferenças podem decorrer das variáveis incluídas, dos pontos de corte e das populações de origem dos modelos.

O contraste entre maior conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica e conhecimento insatisfatório sobre diabetes mellitus também merece destaque. A hipertensão pode ser uma condição mais reconhecida pela população geral, com mensagens de saúde pública mais difundidas sobre pressão alta, redução do sal, uso de medicamentos e risco cardiovascular. O diabetes, por sua vez, envolve conteúdos mais específicos, como hipoglicemia, alimentação, monitoramento glicêmico, intercorrências e prevenção de

complicações^{12-13,19}. No ambiente prisional, a menor autonomia sobre dieta, horários, atividade física e acesso a insumos pode tornar o manejo do diabetes ainda mais complexo²²⁻²³.

A associação entre escolaridade e conhecimento sobre diabetes mellitus está em consonância com estudos que relacionam menor escolaridade a dificuldades de compreensão sobre doenças crônicas, menor reconhecimento de fatores de risco e barreiras ao autocuidado¹¹⁻¹³. Esse resultado reforça que intervenções educativas no sistema prisional devem utilizar linguagem acessível, recursos visuais, exemplos práticos e abordagem repetida ao longo do tempo. Estratégias de educação em saúde devem considerar a diversidade de escolaridade e as limitações institucionais que reduzem a autonomia individual no cárcere, o que sugere necessidade de adequações nas políticas específicas.

A ausência de associação estatisticamente significativa entre diagnóstico prévio e conhecimento sobre a respectiva doença sugere que o simples fato de ter recebido diagnóstico não garante compreensão adequada sobre a condição. Em doenças crônicas, o conhecimento é construído continuamente, mediante vínculo com profissionais de saúde, acompanhamento longitudinal e acesso a informações confiáveis. No sistema prisional, atendimentos pontuais ou centrados apenas na demanda espontânea podem ser insuficientes para promover autocuidado, adesão e prevenção de complicações.

Os achados dialogam com a PNAISP ao evidenciarem a necessidade de integrar vigilância, promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidado clínico no cotidiano das unidades prisionais⁵⁻⁶. Para além da ótica historicamente centrada em doenças infecciosas, o perfil epidemiológico prisional requer atenção crescente às DCNT, especialmente em populações jovens que acumulam fatores de risco antes e durante o encarceramento. A avaliação periódica de pressão arterial, estado nutricional, glicemia, risco cardiometabólico e conhecimento em saúde pode apoiar o planejamento das equipes de saúde prisional.

Este estudo apresenta limitações. O delineamento transversal impede inferência de causalidade. A amostra foi não probabilística, por conveniência, composta por participantes elegíveis e disponíveis no período de coleta, o que limita a generalização para outras unidades prisionais. Diagnóstico prévio de hipertensão e diabetes, histórico familiar, uso de medicamentos e hábitos de vida foram autorreferidos, podendo estar sujeitos a viés de memória ou desconhecimento da própria condição. A glicemia capilar foi medida em diferentes estados alimentares e interpretada como glicemia casual, sem finalidade diagnóstica isolada. Além disso, os escores cardiovasculares não foram aplicáveis a todos os participantes devido às faixas etárias exigidas e à necessidade de dados completos.

Apesar dessas limitações, a pesquisa contribui ao analisar uma população pouco estudada, utilizando instrumentos padronizados e viáveis em contexto de restrição operacional. Os resultados oferecem subsídios para ações de rastreamento, educação em saúde e acompanhamento clínico no sistema prisional, com potencial para fortalecer a atenção às DCNT e qualificar a implementação da PNAISP.

CONCLUSÃO

A população estudada apresentou fatores de risco cardiometabólico relevantes e lacunas importantes no conhecimento sobre diabetes mellitus, mesmo em um grupo predominantemente jovem. A utilização combinada de instrumentos padronizados e não laboratoriais mostrou-se

viável para caracterizar o risco cardiometabólico, o risco cardiovascular e o conhecimento em saúde no ambiente prisional.

Os achados reforçam que o perfil epidemiológico da saúde prisional não deve ser compreendido apenas pela ótica histórica das doenças infecciosas e transmissíveis, mas também pela crescente necessidade de atenção às doenças crônicas não transmissíveis. Nesse sentido, os resultados podem subsidiar ações de vigilância em saúde, rastreamento periódico, educação em saúde e acompanhamento clínico no sistema prisional, alinhadas aos princípios da integralidade, equidade e promoção da saúde previstos na PNAISP.

REFERÊNCIAS DO ARTIGO

1. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: OMS; 2003.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
4. Serra RM, Ribeiro LC, Ferreira JB, Santos LL. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis no sistema prisional: um desafio para a saúde pública. *Cien Saude Colet* 2022; 27(12):4475-4484.
5. Barbosa ML, Celino SDM, Oliveira LV, Costa GMC. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade: o desafio da integralidade. *Cad Saude Colet* 2022; 30(4):517-524.
6. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2014; 3 jan.
7. Schmitt HBB, Bolsoni CC, Conceição TB, Oliveira WF. Políticas públicas e atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
8. Lermen HS, Gil BL, Cúnico SD, Jesus LO. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. *Physis* 2015; 25(3):905-924.
9. Ferreira MCO. Desafios no manejo do diabetes mellitus em pacientes de uma penitenciária do Distrito Federal [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2014.
10. Fernandes TF. Assistência aos hipertensos e diabéticos reclusos na Unidade Penitenciária de Regime Fechado 02 – Acre [trabalho de conclusão de curso]. Campo Grande: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; 2014.
11. Marques AF, et al. Níveis de conhecimento de pacientes hipertensos sobre diagnóstico, tratamento e autocuidado. *Braz J Implantol Health Sci* 2024; 6(7):2298-2308.
12. Borba AKOT, et al. Conhecimento sobre o diabetes e atitude para o autocuidado de idosos na atenção primária à saúde. *Cien Saude Colet* 2019; 24(1):125-136.
13. Pace AE, Ochoa-Vigo K, Caliri MHL, Fernandes APM. O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. *Rev Lat Am Enfermagem* 2006; 14(5):728-734.

14. Barim EM. Escore Finlandês de Risco de Diabetes – FINDRISC: tradução e adaptação transcultural, estudo de prevalência e aplicações [tese]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2019.
15. WHO CVD Risk Chart Working Group. World Health Organization cardiovascular disease risk charts: revised models to estimate risk in 21 global regions. *Lancet Glob Health* 2019; 7(10):e1332-e1345.
16. D’Agostino RB Sr, Vasan RS, Pencina MJ, Wolf PA, Cobain M, Massaro JM, Kannel WB. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. *Circulation* 2008; 117(6):743-753.
17. Arthur JP, Mantovani MF, Ferraz MIR, Mattei AT, Kalinke LP, Corpolato RC. Tradução e adaptação transcultural da Hypertension Knowledge-Level Scale para uso no Brasil. *Rev Lat Am Enfermagem* 2018; 26:e3073.
18. Hereibi MJ, et al. Validação do construto e confiabilidade da versão brasileira da Hypertension Knowledge-Level Scale. *Rev Gaucha Enferm* 2021; 42:e20190429.
19. Torres HC, Hortale VA, Schall VT. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus. *Rev Saude Publica* 2005; 39(6):906-911.
20. Hewson T, et al. Interventions for the detection, monitoring, and management of chronic non-communicable diseases in the prison population: an international systematic review. *BMC Public Health* 2024; 24:292.
21. Favril L, et al. Mental and physical health morbidity among people in prisons: an umbrella review. *Lancet Public Health* 2024; 9(4):e250-e260.
22. Dhaliwal KK, et al. Diabetes in the context of incarceration: a scoping review. *EClinicalMedicine* 2023; 55:101769.
23. Lorber DL, et al. Diabetes management in detention facilities: a statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2024; 47(4):544-553.
24. Baccon WC, et al. Physical activity and associated factors among Brazilian adult inmates: a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health* 2024; 21(6):748.

5 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do artigo científico permitiu sistematizar os principais achados do estudo em formato compatível com a submissão a periódico da área de saúde coletiva. Os resultados evidenciaram fatores de risco cardiometabólico relevantes e lacunas no conhecimento sobre diabetes mellitus entre pessoas privadas de liberdade, reforçando a necessidade de ações de vigilância, rastreamento e educação em saúde no sistema prisional.

A utilização de instrumentos padronizados e não laboratoriais mostrou-se viável para caracterizar o risco cardiometabólico, o risco cardiovascular e o conhecimento em saúde no contexto prisional. Os achados podem contribuir para o planejamento de ações integradas à rotina da unidade, em consonância com os princípios da integralidade, equidade e promoção da saúde previstos na PNAISP.

Conclui-se que a saúde prisional deve ser compreendida também a partir da crescente importância das doenças crônicas não transmissíveis, e não apenas pela perspectiva historicamente centrada nas doenças infecciosas e transmissíveis. Dessa forma, este trabalho pode contribuir para o fortalecimento de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidado longitudinal às pessoas privadas de liberdade.

REFERÊNCIAS DO TRABALHO

1. MARQUES, Arthur de França et al. Níveis de conhecimento de pacientes hipertensos sobre diagnóstico, tratamento e autocuidado. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 7, p. 2298-2308, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n7p2298-2308. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n7p2298-2308>. Acesso em: 11 maio 2025.
2. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. ISBN 978-65-87201-33-7. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>. Acesso em: 11 maio 2025.
3. SANTOS, J. C. dos; MOREIRA, T. M. M. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do Nordeste brasileiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 5, p. 1125-1132, 2012. DOI: 10.1590/S0080-62342012000500013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000500013>. Acesso em: 11 maio 2025.
4. HEREIBI, M. J. et al. Validação do construto e confiabilidade da versão brasileira da Hypertension Knowledge-Level Scale. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 42, p. e20190429, 2021. DOI: 10.1590/1983-1447.2021.20190429. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190429>. Acesso em: 11 maio 2025.
5. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003. ISBN 92-4-159017-3. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 11 maio 2025.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. ISBN 978-65-5993-195-8. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br>. Acesso em: 11 maio 2025.
7. FERREIRA, Maria da Cruz Oliveira. Desafios no manejo do diabetes mellitus em pacientes de uma penitenciária do Distrito Federal. 2014. 62 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em: <https://repositorio.unb.br>. Acesso em: 11 maio 2025.
8. NOLÊTO, Soraia Maria Guimarães; SILVA, Sandra Maria Rodrigues; BARBOSA, Celma de Oliveira. Conhecimento dos hipertensos sobre a doença. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, v. 8, n. 3, 2011. Disponível em: <https://seer.upf.br>. Acesso em: 11 maio 2025.
9. BORBA, Anna Karla de Oliveira Tito et al. Conhecimento sobre o diabetes e atitude para o autocuidado de idosos na atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 1, p. 125-136, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018241.35052016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.35052016>. Acesso em: 11 maio 2025.
10. RAMÍREZ, Mariurgis Ayala. Nível de conhecimento sobre a hipertensão arterial dos pacientes da comunidade Quissamã: PSF Vereador Eugênio Marins Coutinho. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade Aberta do SUS, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br>. Acesso em: 11 maio 2025.

11. FERNANDES, Tânia Filgueiras. Projeto de intervenção: assistência aos hipertensos e diabéticos reclusos na Unidade Penitenciária de Regime Fechado 02 – Acre. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão em Saúde no Sistema Prisional) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2014. Disponível em: <https://dspace.mj.gov.br/handle/1/5270>. Acesso em: 11 maio 2025.
12. BARIM, Estela Maria. Escore Finlandês de Risco de Diabetes – FINDRISC: tradução e adaptação transcultural, estudo de prevalência e aplicações. 2019. 132 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2019. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/entities/publication/064206fd-aa21-4db0-8dc4-4504df8afdca>. Acesso em: 11 maio 2025.
13. PACE, Ana Emilia; OCHOA-VIGO, Kattia; CALIRI, Maria Helena Larcher; FERNANDES, Ana Paula Moraes. O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 14, n. 5, p. 728-734, 2006. DOI: 10.1590/S0104-11692006000500014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000500014>. Acesso em: 11 maio 2025.
14. BARBOSA, Mayara Lima et al. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade: o desafio da integralidade. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 30, n. 4, p. 517-524, 2022. DOI: 10.1590/1414-462X202230040603. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230040603>. Acesso em: 11 maio 2025.
15. SERRA, Renata Moreira et al. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis no sistema prisional: um desafio para a saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 12, p. 4475-4484, 2022. DOI: 10.1590/1413-812320222712.10072022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222712.10072022>. Acesso em: 11 maio 2025.
16. BRASIL. Conselho Nacional do Ministério Público. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade: o papel do Ministério Público na implementação da PNAISP. Brasília: CNMP, 2023. ISBN 978-65-89260-25-7. Disponível em: <https://www.cnmp.mp.br>. Acesso em: 11 maio 2025.
17. SCHMITT, Helen Bruggemann Bunn et al. Políticas públicas e atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. ISBN 978-85-8267-042-2. Disponível em: <https://unasus.ufsc.br>. Acesso em: 11 maio 2025.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf. Acesso em: 11 maio 2025.
19. LERMEN, Helena Salgueiro et al. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 25, n. 3, p. 905-924, 2015. DOI: 10.1590/S0103-73312015000300012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000300012>. Acesso em: 12 maio 2025.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. Legislação em Saúde no Sistema Prisional. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 12 maio 2025.
21. BRASIL. Ministério da Saúde; BRASIL. Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do

- Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 jan. 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 12 maio 2025.
22. BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias: atualização junho de 2016. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/justica>. Acesso em: 12 maio 2025.
 23. BARROSO, Weimar Kunz Sebba et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. DOI: 10.36660/abc.20201238. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>. Acesso em: 12 maio 2025.
 24. SILVA, Jeanine de Oliveira. Plano de intervenção para controle glicêmico dos pacientes diabéticos da equipe de saúde da família Professor Ib Gatto Falcão – Marechal Deodoro – Alagoas. 2015. 29 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Estratégia Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Maceió, 2015. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Plano_interven%C3%A7ao_para_controle_glicemico.pdf. Acesso em: 12 maio 2025.
 25. NASCIMENTO, Lucas Gonzaga do; BANDEIRA, Maria Márcia Badaró. Saúde penitenciária, promoção de saúde e redução de danos do encarceramento: desafios para a prática do psicólogo no sistema prisional. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 38, n. esp. 2, p. 102-116, 2018. DOI: 10.1590/1982-3703000212064. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000212064>. Acesso em: 12 maio 2025.
 26. NASCIMENTO, Mirlene Garcia. Perfil epidemiológico da infecção pelo HIV na população carcerária do Complexo Prisional de Aparecida de Goiânia. 2012. 126 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2012. Disponível em: <https://tede2.pucgoias.edu.br/bitstream/tede/2907/1/MIRLENE%20GARCIA%20NASCIMENTO.pdf>. Acesso em: 12 maio 2025.
 27. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Cadernos de Atenção Básica, n. 16. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cab16.pdf>. Acesso em: 12 maio 2025.
 28. ARAÚJO, M. F. M. et al. Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. Escola Anna Nery, v. 14, n. 2, p. 361-367, 2010. DOI: 10.1590/S1414-81452010000200021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000200021>. Acesso em: 12 maio 2025.
 29. OLIVEIRA, Gilberto Reinaldo de; ARAÚJO, Adrilayne dos Reis. Relatório técnico-científico: levantamento do perfil de saúde da população carcerária, em 2019. Belém: PPGSP/UFPA, 2022. Disponível em: <https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/716847/2/Relat%C3%B3rioT%C3%A9cnico-Sa%C3%BAdePopula%C3%A7%C3%A3oCarcer%C3%A1ria2019.pdf>. Acesso em: 12 maio 2025.
 30. PIMENTA, Henderson Barbosa; CALDEIRA, Antônio Prates. Fatores de risco cardiovascular do Escore de Framingham entre hipertensos assistidos por equipes de Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 6, p. 1731-1739, 2014. DOI:

- 10.1590/1413-81232014196.20092013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.20092013>. Acesso em: 12 maio 2025.
31. ARTHUR, Juliana Perez et al. Tradução e adaptação transcultural da Hypertension Knowledge-Level Scale para uso no Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 26, p. e3073, 2018. DOI: 10.1590/1518-8345.2832.3073. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2832.3073>. Acesso em: 12 maio 2025.
 32. WHO CVD RISK CHART WORKING GROUP. World Health Organization cardiovascular disease risk charts: revised models to estimate risk in 21 global regions. *The Lancet Global Health*, v. 7, n. 10, p. e1332-e1345, 2019. DOI: 10.1016/S2214-109X(19)30318-3. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30318-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30318-3). Acesso em: 23 abr. 2026.
 33. TORRES, Heloisa C.; HORTALE, Virginia A.; SCHALL, Virginia T. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 6, p. 906-911, 2005. DOI: 10.1590/S0034-89102005000600006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000600006>. Acesso em: 12 maio 2025.
 34. D'AGOSTINO, Ralph B. Sr. et al. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. *Circulation*, v. 117, n. 6, p. 743-753, 2008. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.699579. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.699579>. Acesso em: 4 maio 2026.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO UNIFICADO DE COLETA DE DADOS

Este apêndice apresenta o instrumento unificado utilizado para coleta de dados do estudo, organizado em blocos temáticos. O formulário foi aplicado em entrevista individual presencial, com registro eletrônico na plataforma KoboToolbox.

Parte A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

1. Você leu e compreendeu as informações do TCLE e aceita participar voluntariamente desta pesquisa?

() Sim, aceito participar

() Não aceito participar

Parte B – Dados sociodemográficos e contextuais

2. Idade (anos): _____

3. Qual o seu estado conjugal?

() Solteiro

() Casado

() Divorciado

() Viúvo

() União estável

4. Qual o seu grau de escolaridade?

() Analfabeto

() 1ª à 3ª série do ensino fundamental

() 4ª à 7ª série do ensino fundamental

() Ensino fundamental completo

() 1ª ou 2ª série do ensino médio

() Ensino médio completo

() Superior incompleto

() Superior completo

5. Você está estudando atualmente?

() Sim

() Não

6. Como você se classifica em relação à sua cor ou raça?

() Branca

() Preta

- ☐ Amarela
- ☐ Parda
- ☐ Indígena
- ☐ Outra
- ☐ Não sei responder

7. Tempo de reclusão (meses): _____

Observação: tempo em que está recluso até o momento da coleta.

8. Qual era sua situação de trabalho anterior à reclusão?

- ☐ Servidor público
- ☐ Empregado com carteira de trabalho
- ☐ Empregado sem carteira de trabalho
- ☐ Trabalhou por conta própria e não tem empregados
- ☐ Empregador
- ☐ Não trabalhou

9. Possuía convênio ou atendimento de saúde prévio?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

Parte C – Histórico clínico e hábitos de vida

10. Algum profissional de saúde já lhe disse que você tem hipertensão arterial sistêmica/pressão alta?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

11. Algum profissional de saúde já lhe disse que você tem diabetes/açúcar alto no sangue?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

12. Usa regularmente medicamento para pressão alta?

- ☐ Sim
- ☐ Não

() Não sei

13. Usa regularmente medicamento para diabetes?

() Sim

() Não

() Não sei

14. Possui histórico familiar de hipertensão arterial sistêmica em pais ou irmãos?

() Sim

() Não

() Não sei

15. Possui histórico familiar de diabetes mellitus?

() Sim

() Não

() Não sei

16. Possui histórico familiar de infarto ou acidente vascular cerebral antes dos 55 anos em homens?

() Sim

() Não

() Não sei

17. Sobre o hábito de fumar, você fuma?

() Sim

() Já fumei, mas parei

() Nunca fumei

18. Se fuma atualmente, quantos cigarros por dia?: _____

19. Se já fumou, há quantos meses parou?: _____

Observação: quando informado em anos, converter para meses.

20. Se já fumou, quantos cigarros por dia fumava?: _____

21. Consumo de bebidas alcoólicas antes da reclusão:

() Frequentemente (3 ou mais vezes por semana)

() Ocasionalmente (1 a 2 vezes por semana)

() Raramente

() Nunca

Parte D – Avaliação antropométrica, pressão arterial e glicemia**22. Peso corporal (kg):** _____

Observação: registrar com uma casa decimal, se necessário. Se a pessoa estiver usando algemas nos pés e nas mãos, descontar 0,8 kg do valor obtido na balança.

23. Altura (cm): _____**24. Circunferência abdominal (cm):** _____

Observação: medida na altura do umbigo.

25. Pressão arterial sistólica (mmHg): _____

Observação: exemplo: 120.

26. Pressão arterial diastólica (mmHg): _____

Observação: exemplo: 80.

27. Classificação da pressão arterial sistólica média:

- ☐ <120 mmHg
- ☐ 120–129 mmHg
- ☐ 130–139 mmHg
- ☐ 140–159 mmHg
- ☐ ≥ 160 mmHg

28. Você ingeriu algum alimento ou bebida, exceto água, nas últimas 2 horas?

- ☐ Sim
- ☐ Não

29. Glicemia capilar se não houve ingestão alimentar nas últimas 2 horas (mg/dL):

30. Glicemia capilar se houve ingestão alimentar nas últimas 2 horas (mg/dL):

Parte E – FINDRISC (risco de desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2)**1. Faixa etária:**

- ☐ Menos de 45 anos (0 ponto)
- ☐ 45–54 anos (2 pontos)
- ☐ 55–64 anos (3 pontos)
- ☐ 65 anos ou mais (4 pontos)

2. IMC (índice de massa corporal):

- ☐ Abaixo de 25 kg/m² (0 ponto)

() Entre 25 e 30 kg/m² (1 ponto)

() Acima de 30 kg/m² (3 pontos)

3. Circunferência abdominal, medida na altura do umbigo, para homens:

() <94 cm (0 ponto)

() 94–102 cm (3 pontos)

() >102 cm (4 pontos)

4. Pratica atividade física diariamente durante pelo menos 30 minutos, no trabalho e/ou durante o tempo livre, incluindo atividades da vida diária?

() Sim (0 ponto)

() Não (2 pontos)

5. Com que frequência come verduras, legumes e frutas?

() Todos os dias (0 ponto)

() Não como todos os dias (1 ponto)

6. Você toma regularmente ou já tomou medicação para pressão alta?

() Não (0 ponto)

() Sim (2 pontos)

7. Alguma vez foi detectado açúcar alto no sangue/glicemia elevada?

() Não (0 ponto)

() Sim (5 pontos)

8. Você tem alguém na família que foi diagnosticado com diabetes, do tipo 1 ou tipo 2?

() Nenhum parente

() Sim, parente de 2º grau (avós, tios, primos de primeiro grau)

() Sim, parente de 1º grau (pais, irmãos ou filhos)

Parte F – HK-LS (conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica)

Para cada afirmativa, assinale: certo, errado ou não sei.

1. Pressão arterial sistólica (máxima) ou diastólica (mínima) elevada indica aumento da pressão arterial.

A. Certo

B. Errado

C. Não sei

2. Pressão arterial diastólica (mínima) elevada também indica aumento da pressão arterial.

- A. Certo
- B. Errado
- C. Não sei

3. Pressão alta é causada pelo envelhecimento, por isso não necessita de tratamento.

- A. Certo
- B. Errado
- C. Não sei

4. Se o medicamento para pressão alta pode controlar a pressão arterial, não há necessidade de mudança no estilo de vida.

- A. Certo
- B. Errado
- C. Não sei

5. Se pessoas com pressão alta mudarem seus estilos de vida, não há necessidade de tratamento.

- A. Certo
- B. Errado
- C. Não sei

6. Pessoas com pressão alta devem tomar seus medicamentos da maneira que considerarem mais adequada.

- A. Certo
- B. Errado
- C. Não sei

7. Medicamentos para pressão alta devem ser tomados diariamente.

- A. Certo
- B. Errado
- C. Não sei

8. Pessoas com pressão alta devem tomar seus medicamentos somente quando se sentem mal.

- A. Certo
- B. Errado
- C. Não sei

9. Pessoas com pressão alta devem tomar seus medicamentos pelo resto de suas vidas.

- A. Certo
- B. Errado
- C. Não sei

10. Para pessoas com pressão alta a fritura é a melhor forma de preparar os alimentos.

- A. Certo
- B. Errado
- C. Não sei

11. Para pessoas com pressão alta, cozinhar somente em água ou grelhar são as melhores formas de preparar alimentos.

- A. Certo
- B. Errado
- C. Não sei

12. Pessoas com pressão alta podem comer alimentos sem controlar a quantidade de sal desde que tomem seus medicamentos todos os dias.

- A. Certo
- B. Errado
- C. Não sei

13. Pessoas com pressão alta devem comer frutas e verduras frequentemente.

- A. Certo
- B. Errado
- C. Não sei

14. O melhor tipo de carne para pessoas com pressão alta é a carne vermelha.

- A. Certo
- B. Errado
- C. Não sei

15. O melhor tipo de carne para pessoas com pressão alta é a carne branca.

- A. Certo
- B. Errado
- C. Não sei

16. Pessoas com pressão alta não devem fumar.

- A. Certo

- B. Errado
- C. Não sei

17. Pessoas com pressão alta podem ingerir bebidas alcoólicas à vontade.

- A. Certo
- B. Errado
- C. Não sei

18. Se a pressão alta não for tratada pode causar derrame/Acidente Vascular Cerebral (AVC).

- A. Certo
- B. Errado
- C. Não sei

19. Se a pressão alta não for tratada pode causar infarto/ataque cardíaco.

- A. Certo
- B. Errado
- C. Não sei

20. Se a pressão alta não for tratada pode causar morte precoce/antecipar a morte.

- A. Certo
- B. Errado
- C. Não sei

21. Se a pressão alta não for tratada pode fazer com que os rins parem de funcionar.

- A. Certo
- B. Errado
- C. Não sei

22. Se a pressão alta não for tratada pode causar problemas na visão.

- A. Certo
- B. Errado
- C. Não sei

Parte G – DKN-A (conhecimento sobre diabetes mellitus)

Instruções: este é um pequeno questionário para descobrir o quanto você sabe sobre diabetes. Se souber a resposta certa, assinale a letra correspondente. Se não souber a resposta, assinale “Não sei”.

1. Na diabetes sem controle, o açúcar no sangue é:

- A. Normal
- B. Alto
- C. Baixo
- D. Não sei

2. Qual destas afirmações é verdadeira?

- A. Não importa se a diabetes não está sob controle, desde que você não entre em coma.
- B. É melhor apresentar um pouco de açúcar na urina para evitar a hipoglicemia.
- C. O controle mal feito da diabetes pode resultar em maior chance de complicações mais tarde.
- D. Não sei

3. A faixa de variação normal de glicose no sangue é de:

- A. 70–110 mg/dL
- B. 70–140 mg/dL
- C. 50–200 mg/dL
- D. Não sei

4. A manteiga é composta principalmente de:

- A. Proteínas
- B. Carboidratos
- C. Gordura
- D. Minerais e vitaminas
- E. Não sei

5. O arroz é composto principalmente de:

- A. Proteínas
- B. Carboidratos
- C. Gordura
- D. Minerais e vitaminas
- E. Não sei

6. A presença de cetonas na urina é:

- A. Um bom sinal
- B. Um mau sinal
- C. Encontrado normalmente em quem tem diabetes

D. Não sei

7. Quais das possíveis complicações abaixo não estão geralmente associadas à diabetes?

A. Alterações na visão

B. Alterações nos rins

C. Alterações nos pulmões

D. Não sei

8. Se uma pessoa que está tomando insulina apresenta uma taxa alta de açúcar no sangue ou na urina, assim como presença de cetonas, ela deve:

A. Aumentar a insulina

B. Diminuir a insulina

C. Manter a mesma quantidade de insulina e a mesma dieta, e fazer um exame de sangue e de urina mais tarde

D. Não sei

9. Se uma pessoa com diabetes está tomando insulina e fica doente ou não consegue comer a dieta receitada:

A. Ela deve parar de tomar insulina imediatamente

B. Ela deve continuar a tomar insulina

C. Ela deve usar hipoglicemiante oral para diabetes em vez de insulina

D. Não sei

10. Se você sente que a hipoglicemia está começando, você deve:

A. Tomar insulina ou hipoglicemiante oral imediatamente

B. Deitar-se e descansar imediatamente

C. Comer ou beber algo doce imediatamente

D. Não sei

11. Você pode comer o quanto quiser dos seguintes alimentos:

A. Maçã

B. Alface e agrião

C. Carne

D. Mel

E. Não sei

12. A hipoglicemia é causada por:

A. Excesso de insulina

- B. Pouca insulina
- C. Pouco exercício
- D. Não sei

13. Um quilo é: (há duas respostas corretas)

- A. Uma unidade de peso
- B. Igual a 1000 gramas
- C. Uma unidade de energia
- D. Um pouco mais que duas gramas
- E. Não sei

14. Duas das seguintes substituições são corretas:

- A. Um pão francês é igual a quatro (4) biscoitos de água e sal
- B. Um ovo é igual a uma porção de carne moída
- C. Um copo de leite é igual a um copo de suco de laranja
- D. Uma sopa de macarrão é igual a uma sopa de legumes
- E. Não sei

15. Se eu não estiver com vontade de comer o pão francês permitido na minha dieta para o café da manhã, eu posso: (há duas respostas corretas)

- A. Comer quatro (4) biscoitos de água e sal
- B. Trocar por dois (2) pães de queijo médios
- C. Comer uma fatia de queijo
- D. Deixar para lá
- E. Não sei

ANEXO A – QUESTIONÁRIO FINDRISC

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE DIABETES TIPO 2 (ESCALA FINDRISC)

Marque com "X" a resposta adequada e some seus pontos

1. Idade

- () Abaixo de 45 anos (0 ponto)
 () 45 a 54 anos (2 pontos)
 () 55 a 64 anos (3 pontos)
 () Acima de 64 anos (4 pontos)

2. Índice de massa corporal

- () Abaixo de 25 kg/m² (0 ponto)
 () 25 a 30 kg/m² (1 ponto)
 () Maior que 30 kg/m² (3 pontos)

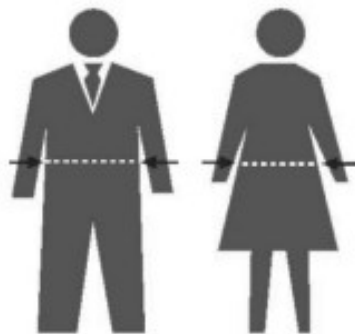
3. Circunferência da cintura medida na altura do umbigo (figura)

HOMENS

- () Menos de 94 cm
 () 94 a 102 cm
 () Mais de 102 cm

MULHERES

- () Menos de 80 cm (0 ponto)
 () 80 a 88 cm (3 pontos)
 () Mais de 88 cm (4 pontos)



4. Pratica atividade física diariamente durante pelo menos, 30 minutos, no trabalho e/ou durante o tempo livre (incluindo as atividades da vida diária)?

- () Sim (0 ponto)
 () Não (2 pontos)

5. Com que frequência come verduras, legumes e frutas?

- () Todos os dias (0 ponto)
 () Não como todos os dias (1 ponto)

6. Você toma regularmente ou já tomou medicação para pressão alta?

- () Não (0 ponto)
 () Sim (2 pontos)

7. Você já apresentou glicemia (açúcar no sangue) elevada (ex. num exame de rotina, durante um problema de saúde ou durante a gravidez)?

- () Não (0 ponto)
 () Sim (5 pontos)

8. Você tem alguém na família que foi diagnosticado com diabetes (do tipo 1 ou tipo 2)?

- () Não (0 ponto)
 () Sim: avós, tia, tio, primos de primeiro grau (mas não os pais, irmãos ou filhos) (3 pontos)
 () Sim: pais, irmãos ou filhos (5 pontos)

Pontuação total

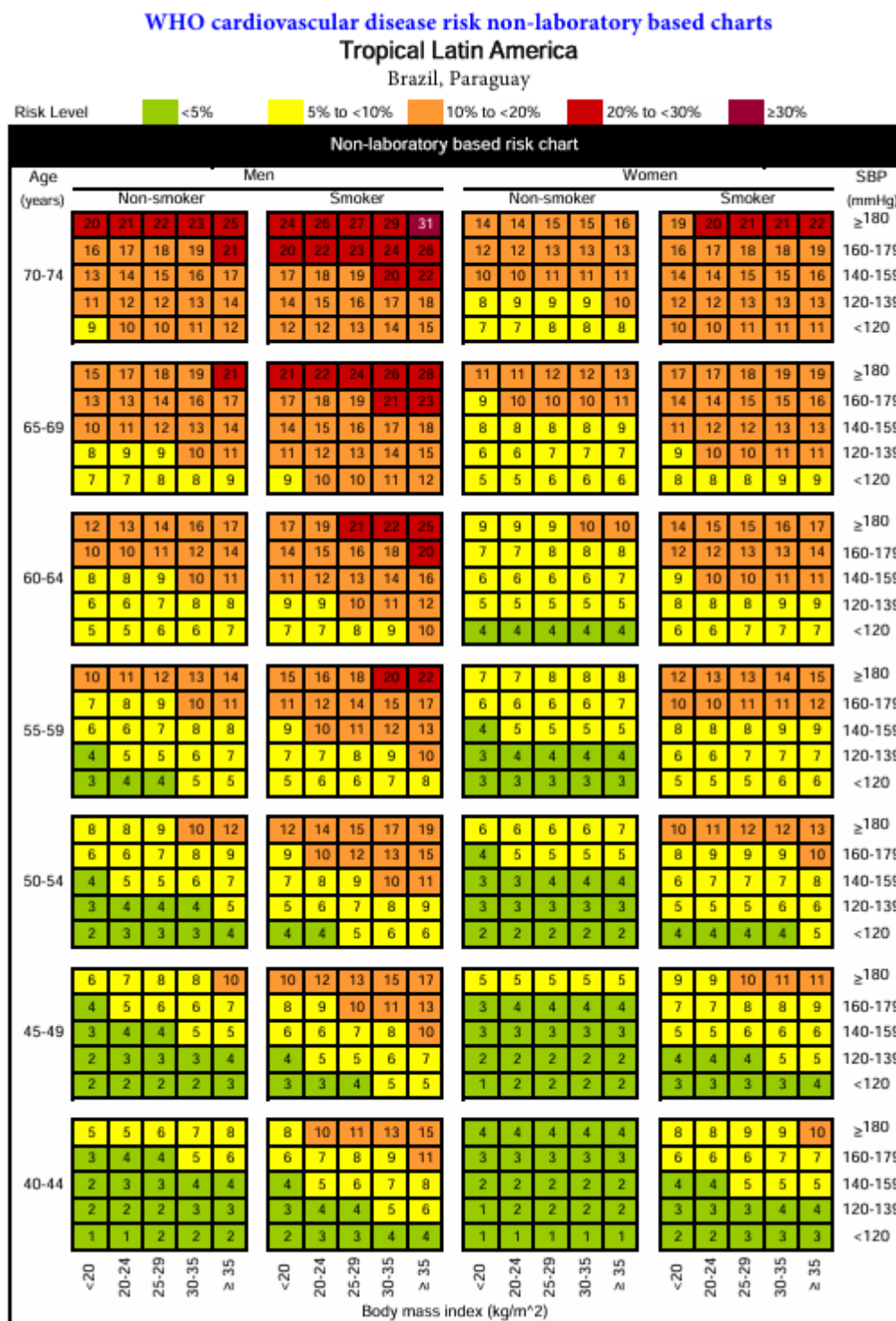
☐ O risco de desenvolver diabetes tipo 2, nos próximos 10 anos, é:

- Menor que 7 pontos RISCO BAIXO; estima-se que 1 em cada 100 indivíduos irá desenvolver a doença
 7 a 11 pontos RISCO DISCRETAMENTE AUMENTADO; estima-se que 1 em cada 25 indivíduos irá desenvolver a doença
 12 a 14 pontos RISCO MODERADO; estima-se que 1 em cada 6 indivíduos irá desenvolver a doença
 15 a 20 pontos RISCO ALTO; estima-se que 1 em cada 3 indivíduos irá desenvolver a doença
 Maior que 20 pontos RISCO MUITO ALTO; estima-se que 1 em cada 2 indivíduos irá desenvolver a doença

Figure 2. Brazilian version of Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC) questionnaire.

Fonte: Barim (2019).

ANEXO B – GRÁFICOS DE RISCO CARDIOVASCULAR DA OMS (2019) PARA A AMÉRICA LATINA TROPICAL (MODELO NÃO LABORATORIAL)



Fonte: WHO CVD Risk Chart Working Group (2019).

ANEXO C – ESCORE CARDIOVASCULAR GERAL NÃO LABORATORIAL DE D'AGOSTINO ET AL. (2008)

Supplementary Table IIIA. CVD Points for Men - Simple Model with Office-based non-laboratory Predictors

POINTS	Age	BMI	SBP Not Treated	SBP Treated	Smoker	Diabetic
-2			<120			
-1						
0	30-34	<25	120-129	<120	NO	NO
1		25-<30	130-139			
2	35-39	≥30	140-159	120-129		
3			160+	130-139		YES
4				140-159	YES	
5	40-44			160+		
6						
7	45-49					
8	50-54					
9						
10	55-59					
11	60-64					
12						
13	65-69					
14	70-74					
15	75+					
						TOTAL POINTS
Points Allotted						

Supplementary Table IIIB. CVD Risk for Men - Simple Model with Office-based non-laboratory Predictors

POINTS	RISK	POINTS	RISK	POINTS	RISK
-5 or less	Below 1%	3	4.0%	11	15.7%
-4	1.1%	4	4.7%	12	18.5%
-3	1.4%	5	5.6%	13	21.7%
-2	1.6%	6	6.7%	14	25.4%
-1	1.9%	7	8.0%	15	29.6%
0	2.3%	8	9.5%	16+	Above 30%
1	2.8%	9	11.2%		
2	3.3%	10	13.3%		

Supplementary Table IIIC. Heart age/vascular age for Men: Simple Model with Office-based non-laboratory Predictors

POINTS	HEART AGE	POINTS	HEART AGE
Less than -1	Younger than 30	8	52
-1	31	9	55
0	33	10	58
1	35	11	62
2	37	12	65
3	39	13	69
4	41	14	73
5	44	15	78
6	46	16+	Older than 80
7	49		

Fonte: D'Agostino et al. (2008).

ANEXO D – ESCALA HK-LS

Hypertension Knowledge-Level Scale (HK-LS*) versão brasileira	CERTO	ERRADO	NÃO SEI
1) Pressão arterial sistólica (máxima) ou diastólica (mínima) elevada indica aumento da pressão arterial.			
2) A pressão arterial diastólica (mínima) elevada também indica aumento da pressão arterial.			
3) Pressão alta é causada pelo envelhecimento, por isso não necessita de tratamento.			
4) Se o medicamento para pressão alta pode controlar a pressão arterial, não há necessidade de mudança no estilo de vida.			
5) Se pessoas com pressão alta mudarem seus estilos de vida, não há necessidade de tratamento.			
6) Pessoas com pressão alta devem tomar seus medicamentos da maneira que considerarem mais adequada.			
7) Medicamentos para pressão alta devem ser tomados diariamente.			
8) Pessoas com pressão alta devem tomar seus medicamentos somente quando se sentem mal.			
9) Pessoas com pressão alta devem tomar seus medicamentos pelo resto de suas vidas.			
10) Para pessoas com pressão alta a fritura é a melhor forma de preparar os alimentos.			
11) Para pessoas com pressão alta, cozinhar somente em água ou grelhar são as melhores formas de preparar alimentos.			
12) Pessoas com pressão alta podem comer alimentos sem controlar a quantidade de sal desde que tomem seus medicamentos todos os dias.			
13) Pessoas com pressão alta devem comer frutas e verduras frequentemente.			
14) O melhor tipo de carne para pessoas com pressão alta é a carne vermelha.			
15) O melhor tipo de carne para pessoas com pressão alta é a carne branca.			
16) Pessoas com pressão alta não devem fumar.			
17) Pessoas com pressão alta podem ingerir bebidas alcoólicas à vontade.			
18) Se a pressão alta não for tratada pode causar derrame/acidente vascular cerebral (AVC).			
19) Se a pressão alta não for tratada pode causar infarto/ ataque cardíaco.			
20) Se a pressão alta não for tratada pode causar morte precoce/ antecipar a morte.			
21) Se a pressão alta não for tratada pode fazer com que os rins parem de funcionar.			
22) Se a pressão alta não for tratada pode causar problemas na visão.			
Instruções de uso: Afirmarções assinaladas de maneira correta valem 1 ponto. Afirmarções assinaladas de maneira incorreta valem 0 ponto. Afirmarções assinaladas na opção "Não sei" valem 0 ponto. A pontuação máxima, para toda a escala, é 22 pontos. 13 itens são corretos e 9 itens são incorretos: • Itens corretos: 1, 2, 7, 9, 11, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22; • Itens incorretos: 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 14, 17. Os itens da escala estão divididos em 6 subdimensões: • Definição: itens 1 e 2; • Tratamento médico: itens 6, 7, 8 e 9; • Adesão medicamentosa: itens 3, 4, 5 e 12; • Estilo de vida: itens 10, 11, 13, 16 e 17; • Dieta: itens 14 e 15; • Complicações: itens 18, 19, 20, 21 e 22.			

Figura 2. Versão brasileira da HK-LS* e orientações de uso. Curitiba, PR, Brasil, 2018

*HK-LS – Hypertension Knowledge-Level Scale

Fonte: Arthur et al. (2018).

ANEXO E – ESCALA DKN-A

Versão Brasileira do Questionário
Escala de Conhecimento de Diabetes – Formulário A

Há quanto tempo você tem diabetes?

Como ela é tratada? (marque um)

(a) Dieta (b) Dieta e hipoglicemiante oral (c) Dieta e insulina

INSTRUÇÕES: este é um pequeno questionário para descobrir o quanto você sabe sobre diabetes. Se você souber a resposta **certa**, faça um círculo em volta da letra na frente dela. Se você não souber a resposta, faça um círculo em volta da letra à frente de “Não sei”.

1. Na diabetes SEM CONTROLE, o açúcar no sangue é A. Normal B. Alto C. Baixo D. Não sei. 2. Qual destas afirmações é VERDADEIRA? A. Não importa se a sua diabetes não está sob controle, desde que você não entre em coma. B. É melhor apresentar um pouco de açúcar na urina para evitar a hipoglicemia. C. O controle mal feito da diabetes pode resultar numa chance maior de complicações mais tarde. D. Não sei. 3. A faixa de variação NORMAL de glicose no sangue é de A. 70 –110 mg/dl B. 70 –140 mg/dl C. 50 –200 mg/dl D. Não sei. 4. A manteiga é composta principalmente de A. Proteínas B. Carboidratos C. Gordura D. Minerais e vitaminas E. Não sei.	5. O arroz é composto principalmente de A. Proteínas B. Carboidratos C. Gordura D. Minerais e vitaminas E. Não sei. 6. A presença de cetonas na urina é A. Um bom sinal. B. Um mau sinal. C. Encontrado normalmente em quem tem diabetes. D. Não sei. 7. Quais das possíveis complicações abaixo NÃO estão geralmente associados à diabetes? A. Alterações na visão. B. Alterações nos rins. C. Alterações nos pulmões. D. Não sei. 8. Se uma pessoa que está tomando insulina apresenta uma taxa alta de açúcar no sangue ou na urina, assim como presença de cetonas, ela deve A. Aumentar a insulina. B. Diminuir a insulina. C. Manter a mesma quantidade de insulina e a mesma dieta, e fazer um exame de sangue e de urina mais tarde. D. Não sei.
--	---

9. Se uma pessoa com diabetes está tomando insulina e fica doente ou não consegue comer a dieta receitada A. Ela deve parar de tomar insulina imediatamente. B. Ela deve continuar a tomar insulina. C. Ela deve usar hipoglicemiante oral para diabetes em vez da insulina. D. Não sei. 10. Se você sente que a hipoglicemia está começando, você deve A. Tomar insulina ou hipoglicemiante oral imediatamente. B. Deitar-se e descansar imediatamente. C. Comer ou beber algo doce imediatamente. D. Não sei. 11. Você pode comer o quanto quiser dos seguintes ALIMENTOS A. Maçã B. Alface e agrião C. Carne D. Mel E. Não sei. 12. A hipoglicemia é causada por A. Excesso de insulina B. Pouca insulina C. Pouco exercício D. Não sei.	PARA AS PRÓXIMAS PERGUNTAS, HAVERÁ 2 RESPOSTAS CERTAS. MARQUE-AS 13. Um QUILO é A. Uma unidade de peso. B. Igual a 1000 gramas. C. Uma unidade de energia. D. Um pouco mais que duas gramas. E. Não sei. 14. Duas das seguintes substituições são corretas A. Um pão francês é igual a quatro (4) biscoitos de água e sal. B. Um ovo é igual a uma porção de carne moída. C. Um copo de leite é igual a um copo de suco de laranja. D. Uma sopa de macarrão é igual a uma sopa de legumes. E. Não sei. 15. Se eu não estiver com vontade de comer o pão francês permitido na minha dieta para o café da manhã, eu posso A. Comer quatro (4) biscoitos de água e sal. B. Trocar por dois (2) pães de queijo médios. C. Comer uma fatia de queijo. D. Deixar para lá. E. Não sei.
--	---

ANEXO F – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Vigilância em saúde no sistema prisional: Diagnóstico socioepidemiológico da saúde prisional no extremo sul catarinense, 2025: ferramentas para a busca da implementação da PNAISP

Pesquisador: Anapaula Martins Mendes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 88812225.0.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.827.946

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2547927.pdf, de 15/05/2025) e/ou do Projeto Detalhado/ Brochura do Investigador.

Segundo pesquisadora: "estudo descritivo, do tipo exploratório, com o objetivo de descrever o perfil epidemiológico da população carcerária da Penitenciária Sul em Santa Catarina. Este diagnóstico se dará a partir da análise de dados incluídas em sistemas de informação local (IPEN e Celk*), da aplicação e questionários com base na análise de conhecimentos, atitudes e práticas, e, ainda da realização de testes de triagem (HIV, Hepatites, Sífilis, glicemia) e da coleta de dados antropométricos; a partir de uma amostra de conveniência envolvendo três eixos: doenças transmissíveis - principalmente ISTs e Tuberculose; doenças crônicas não transmissíveis - HA e DM, transtornos mentais e suicídio e, ainda o eixo de eventos de saúde - envolvendo outros agravos e eventos relacionados à saúde da população prisional da penitenciária sul de Santa Catarina. A proposta é de, à partir deste levantamento epidemiológico

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima,
Bairro Trindade **CEP:** 88.040-400

UF: SC **Município** FLORIANOPOLIS

Telefone (48)3721-6094

E- cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 7.827.946

poder caracterizar a saúde desta população e propor ações conjuntas entre os cursos da área da saúde da UFSC

- Campus Araranguá e o setor penitenciário."

¿Critérios de inclusão para os profissionais de saúde: ser maior de 18 anos e ter vínculo empregatício que o inclua como profissional da saúde dentro da penitenciária Sul e preste trabalho junto aos detentos.

Para os detentos há critérios distintos específicos, somente para a aplicação de um dos questionários, conforme orientação abaixo:

Critérios de inclusão para aplicação do CADE-Q SV: pacientes com diagnóstico de doença cardiovascular confirmada ou múltiplos (mais de três) fatores de risco cardiovascular. O diagnóstico deve estar presente no prontuário e será referenciado pelo profissional de saúde local que acompanha este grupo de pacientes.¿

Critérios de inclusão para os demais questionários de avaliação de CAP e risco e triagens: maiores de 18 anos, reclusos no estabelecimento de estudo; sem diagnóstico prévio de doença cardiovascular quando da inclusão na avaliação de risco para estes agravos.

Critérios de exclusão não se aplicam a este estudo."

Local de estudo: Penitenciária Sul de Santa Catarina - Criciúma/SC

Profissionais de saúde que prestam serviços dentro do complexo penitenciário e pessoas privadas de liberdade (detentos) incluídos no sistema penitenciário sul.

Tamanho amostral: 280

¿O cálculo amostral foi estimado em 280 pessoas, pensando o N descrito nas tabelas de apresentação da população de estudo, que apresenta o quantitativo da população prisional registrada, nesta penitenciária, em março de 2025.¿

Recrutamento: Para os profissionais será feito convite formal através de contato telefônico, email ou de forma direta presencialmente. Aqueles que aceitarem receberão o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e após leitura e aceite será realizada a entrevista, em local e momento oportuno acordado com o entrevistado. Os detentos serão convidados a participar da pesquisa após apresentação do projeto em grupos ou individualmente e, em locais a serem definidos pela chefia de segurança da penitenciária. Os interessados receberão o TCLE, e após leitura e depois de serem suficientemente esclarecidos uma vez que

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria III, R: Desembargador Vitor Lima,
Bairro Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município** FLORIANOPOLIS
Telefone (48)3721-6094 **E-** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 7.827.946

deem o aceite serão incluídos. A partir do aceite serão realizadas as entrevistas, em formato individual, em local e horário oportunos, também definidos pela chefia de segurança. Para além da aplicação dos questionários, os detentos serão triados (testagem rápida) para ISTs, HIV/Aids, peso, altura, aferição da pressão arterial e verificação da glicemia. Destacamos que os dados pessoais dos participantes da pesquisa serão guardados em sigilo pela equipe de pesquisa que, por sua vez, assinou previamente um termo de confidencialidade.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo pesquisadora:

Objetivo primário: "Descrever o perfil socioepidemiológico que represente a situação de saúde do sistema penitenciário no extremo sul catarinense."

Objetivos secundários:

- "1. Descrever a prevalência dos principais agravos, doenças e eventos identificados na penitenciária sul no período do estudo, no período de 2015 a 2024;
2. Identificar como são realizados os processos de acompanhamento e tratamento para agravos em específico, conforme descrição metodológica e eixos a serem priorizados;
3. Avaliar as condições de acesso aos serviços de saúde e programas de prevenção no sistema prisional do extremo sul de Santa Catarina, incluindo as redes de referência.
4. Identificar conhecimentos, atitudes e práticas que podem estar diretamente relacionadas com a maior incidência de infecções sexualmente transmissíveis, HIV/Aids;
5. Realizar inquérito por amostragem através da testagem rápida para HIV, Sífilis e Hepatites;
6. Identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares e diabetes;
7. Analisar nível de conhecimento acerca das doenças entre hipertensos e diabéticos;
8. Realizar proposições de desenvolvimento de ações que dialoguem com os objetivos deste trabalho e os resultados encontrados."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo pesquisadora:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima,
Bairro Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município** FLORIANOPOLIS
Telefone (48)3721-6094 **E-** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 7.827.946

Riscos: "A pesquisa oferece alguns riscos, considerando estar lidando com uma população privada de liberdade, incluindo neste rol o risco de ter informações coletadas identificadas pelo sistema prisional, o que buscaremos minimizar a partir da garantia do sigilo, da confidencialidade dos dados (termo de confidencialidade será assinado por todos os pesquisadores incluídos), a não ser que esta informação gere risco à vida dos pesquisadores e incluídos na pesquisa. Pode haver, também, constrangimento ou incômodo em responder algum questionamento vinculado aos questionários e buscaremos reduzir isto a partir do treinamento adequado da equipe, da busca de locais privativos para a realização desta ação e, igualmente garantindo a pessoa a possibilidade de recusa de qualquer questão da qual não se sinta confortável em responder. Os riscos biológicos e psicológicos atribuídos à aplicação dos testes rápidos, serão minimizados, também com o treinamento adequado da equipe e da realização de pré e pós aconselhamento na testagem."

Benefícios: "Conhecer a realidade local irá possibilitar que possamos subsidiar o planejamento de ações a partir do diagnóstico epidemiológico realizado instrumentalizando o serviço e garantindo a implementação política."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de grande relevância científica e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto assinada pela Profa. Dra. Melissa Negro Dellacqua, responsável legal pela Direção Geral do Campus
- Apresenta TCLE
- Apresenta carta de anuência da Superintendência Regional Sul - SEJURI - SC, assinada pelos Sr. Hélio Damian Filho, Superintendente e pelo Diretor da Penitenciária Sul, Sr. Alexandre Ferreira.

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora esclareceu os questionamentos e apresentou novas versões dos TCLEs, as quais estão adequadas.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima,
Bairro Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município** FLORIANOPOLIS
Telefone (48)3721-6094 **E-** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 7.827.946

A pesquisa não apresenta pendências e/ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto 04/08/2025 e TCLEs 04/08/2025) refere-se apenas aos aspectos éticos do projeto. Qualquer alteração nestes documentos deve ser encaminhada para avaliação do CEP/SH. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

Lembramos aos senhores pesquisadores que o CEP/SH/UFSC deverá receber, por meio de notificação, os relatórios parciais sobre o andamento da pesquisa e o relatório completo ao final do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2547927.pdf	04/08/2025 11:49:09		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_versao_CEP_CORRIGIDO.pdf	04/08/2025 11:48:50	Anapaula Martins Mendes	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.pdf	04/08/2025 11:47:30	Anapaula Martins Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Profissionais_CORRIGIDO_CEP.pdf	04/08/2025 11:46:36	Anapaula Martins Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_privados_de_liberdade_CORRIGIDO_CEP.pdf	04/08/2025 11:46:25	Anapaula Martins Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Profissionais.pdf	15/05/2025 11:43:36	Anapaula Martins Mendes	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_projeto_CEP_assinada.pdf	15/05/2025 11:42:59	Anapaula Martins Mendes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_versao_CEP.pdf	29/04/2025 14:00:25	Anapaula Martins Mendes	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima,
Bairro Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município** FLORIANOPOLIS
Telefone (48)3721-6094 **E-** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 7.827.946

Outros	Carta_de_Anuencia_Institucional.pdf	29/04/2025 13:27:27	Anapaula Martins Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_privados_de_liberdade.pdf	29/04/2025 13:24:10	Anapaula Martins Mendes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 09 de Setembro de 2025

Assinado por:
Sharbel Weidner Maluf
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima,
Bairro Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município** FLORIANOPOLIS
Telefone (48)3721-6094 **E-** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO G – NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS DA REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA

Fonte: Revista Ciência & Saúde Coletiva. Instruções aos autores. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/instrucoes-aos-autores>. Acesso em: 25 maio 2026.



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Revista Ciência & Saúde Coletiva

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A Revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Recomendações para a submissão de artigos

Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares, de acordo com as diretrizes internacionais para a área da ciência.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicada sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler em download, e para copiar e divulgar para fins educacionais. Nossa política editorial segue a comunicação de pesquisa no modus operandi de Ciência Aberta.

A Revista Ciência & Saúde Coletiva aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente.

Ao acessar o sistema ScholarOne evite utilizar o tradutor automático do navegador de internet.

No momento que você apresenta seu artigo, é importante estar atento ao que constitui um *preprint* e como você pode proceder para se integrar nesta primeira etapa da Ciência Aberta. O *preprint* disponibiliza artigos e outras comunicações científicas de forma imediata ou paralela à sua avaliação e validação pelos periódicos. Desta forma, acelera a comunicação dos resultados de pesquisas, garante autoria intelectual, e permite que o autor receba comentários que contribuam para melhorar seu trabalho, antes de submetê-lo a algum periódico. Embora o artigo possa ficar apenas no repositório de *preprints* (caso o autor não queira mandá-lo para um periódico), as revistas continuam exercendo as funções fundamentais de validação, preservação e disseminação das pesquisas. Portanto:

- (1) São aceitáveis as submissões de *preprints* dos seguintes servidores: SciELO Preprints, arXiv, bioRxiv e medRxiv ou outro servidor confiável. A aceitação de *Preprints* de outros servidores será analisada pelos editores do periódico.

Se aprovado, ele receberá um *DOI* que garante sua divulgação internacional imediata.

- (2) Concomitantemente, caso você queira, pode submetê-lo à Revista Ciência & Saúde Coletiva. Os dois processos são compatíveis.

- (3) Você pode optar por apresentar o artigo apenas à Revista Ciência & Saúde Coletiva. A submissão a repositório *preprint* não é obrigatória.

Desde janeiro de 2021, está sendo cobrada uma Contribuições ao Custeio de Publicações (CCP) no valor de **R\$ 100,00** (cem reais) **para artigos nacionais** e **US\$ 25,00** (vinte e cinco dólares) **para artigos internacionais**. O valor não será devolvido em caso de recusa do material. Para pagamento da taxa de submissão, acesse o site da Revista (<https://cienciaesaudecoletiva.com.br/>). Este apoio dos autores é indispensável para financiar o custeio da Revista, viabilizando a publicação com acesso universal dos leitores. **Não é cobrada taxa de publicação**. Caso o artigo vá para avaliação e receba o parecer *Minor Revision* (Pequena revisão) ou *Major Revision* (Grande Revisão) não é necessário pagar a taxa novamente quando enviar a revisão com as correções solicitadas. Somente os artigos de chamada pública com recursos próprios estão isentos de pagamento de taxa de submissão. Desde janeiro de 2021, **estão sendo cobradas Contribuições ao Custeio de Publicações (CCP)** no valor de **R\$ 100,00** para artigos nacionais e **US\$ 25,00** para artigos internacionais. As CCPs **cobrem total ou parcialmente** os custos de publicação de pesquisas em **acesso aberto**, sob **licença CC BY 4.0**. **Não há cobrança de taxa de submissão ou de tramitação**. A política de CCP, incluindo **composição dos custos estimados** (infraestrutura, mão de obra e reservas para contingências), **moedas aceitas** e **condições de isenção** (quando aplicáveis), está disponível no site da Revista ([link da política](#)). A CCP **não é reembolsável** em caso de recusa do material, conforme política publicada e transparente da Revista.

Pagamento da CCP: acesse o site da Revista (página de políticas/CCP <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/pagamento-da-taxa>).

- Todos os manuscritos passam por triagem editorial inicial, podendo ser recusados antes da avaliação por pares.
- Os artigos aprovados serão publicados com a identificação do editor ou editores-chefes responsáveis pelo processo.

Tipos de documentos aceitos

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres. Os artigos temáticos são selecionados da seguinte forma: por chamada pública, convite ou por coletânea de artigos já aprovados. **Na modalidade chamada pública, os manuscritos deverão ser encaminhados somente para o e-mail da chamada específica daquele número temático (não serão aceitos manuscritos postados na plataforma de submissão da Revista).**

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da Revista em fluxo contínuo. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. O autor deve atribuir um título para a resenha no campo título resumido (*running head*) quando fizer a submissão. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg. Não é necessário resumo, abstract e resumen.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço). Não é necessário resumo, abstract e resumen.

Observação: Em artigos temáticos, temas livres, revisão e opinião, o limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo(português) /abstract (inglês)/resumen (espanhol) com no máximo 1400 caracteres com espaço cada (a contagem inclui a palavra – “resumo”/“abstract”/“resumen” até a última “palavra- chave”/“keyword”/“palabra clave”).

Notas sobre a Política Editorial

A Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma sua missão de **veicular artigos originais, que tragam novidade e proporcionem avanço no conhecimento da área de saúde coletiva**. Qualquer texto que caiba nesse escopo é e será sempre bem-vindo, dentro dos critérios descritos a seguir:

- (4) O artigo não deve tratar apenas de questões de interesse local ou situar-se somente no plano descritivo.
- (5) Na sua introdução, o autor precisa deixar claro o caráter inédito da contribuição que seu artigo traz. Também é altamente recomendado que, na carta ao editor, o autor explicita, de forma detalhada, porque seu artigo constitui uma novidade e em que ele contribui para o avanço do conhecimento.
- (6) As discussões dos dados devem apresentar uma análise que, ao mesmo tempo, valorize especificidade dos achados de pesquisa ou da revisão, e coloque esses achados em diálogo com a literatura nacional e internacional.
- (7) O artigo qualitativo precisa apresentar, de forma explícita, análises e interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. Exige-se também que o texto valorize o conhecimento nacional e internacional.
- (8) Quanto aos artigos de cunho quantitativo, a revista prioriza os de base populacional e provenientes de amostragem aleatória. Não se encaixam na linha editorial: os que apresentam amostras de conveniência, pequenas ou apenas descritivas; ou análises sem fundamento teórico e discussões e interpretações superficiais.
- (9) As revisões não devem apenas sumarizar o atual estado da arte, mas precisam interpretar as evidências disponíveis e produzir uma síntese que contribua para o avanço do conhecimento. Assim, a nossa orientação é publicar somente revisões de alta relevância, abrangência, originalidade e consistência teórica e metodológica, que de fato tragam novos conhecimentos ao campo da Saúde Coletiva.
- (10) A versão final do artigo aprovado será publicada com o nome do editor ou editores-chefes responsáveis pelo processo de avaliação do manuscrito.

Nota importante - Dado o exponencial aumento da demanda à Revista, todos os artigos passam por uma triagem inicial, realizada pelos editores-chefes. Sua decisão sobre o aceite ou não é baseada nas prioridades citadas e no mérito do manuscrito quanto à originalidade, pertinência da análise estatística ou qualitativa, adequação dos métodos e riqueza interpretativa da discussão. Levando em conta tais critérios, apenas uma pequena proporção dos originais, atualmente, é encaminhada para revisores e recebe parecer detalhado.

Contribuição dos Autores

A autoria pressupõe participação substancial no trabalho, incluindo obrigatoriamente:

- a) Concepção e delineamento do estudo ou análise e interpretação dos dados;
- b) Redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo intelectual;
- c) Aprovação da versão final a ser publicada.

O limite padrão é de até oito autores por artigo. Excedendo esse número, os demais participantes devem ser incluídos nos agradecimentos, salvo exceções previamente autorizadas pelos Editores-chefes.

Nenhum arquivo submetido pode conter identificação dos autores, exceto o arquivo Title Page (Página de Título).

Preparação do Manuscrito

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os artigos obrigatoriamente deverão ter título e resumo em português, inglês e espanhol. Os textos em português devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original, em inglês e em espanhol. Os textos em espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original, em português e em inglês. Os textos em inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original, em português e em espanhol. Os textos em francês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original, em português e em inglês.

Não serão aceitas notas de pé-de-página no final das páginas dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .docx) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>), segundo as orientações do site.

3. Os autores mantêm os direitos autorais de seus artigos publicados na Ciência &

Saúde Coletiva e licenciam o conteúdo sob a Creative Commons Attribution – CC BY 4.0. Essa licença permite reprodução total ou parcial, distribuição, impressão, reutilização, remixagem e criação de obras derivadas, sem necessidade de autorização prévia, desde que seja feita a devida atribuição à autoria e à publicação original na Ciência & Saúde Coletiva.

A Ciência & Saúde Coletiva detém o direito de primeira publicação sob CC BY 4.0. Publicações secundárias (por exemplo, repositórios institucionais ou outras plataformas) devem indicar claramente a fonte da publicação original, incluindo título do artigo, autores, nome do periódico e licença CC BY 4.0.

4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os **Título, Resumo, Introdução, Métodos, Resultados e Discussão**, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem conter numeração progressiva e sim recursos gráficos como caixa alta, recuo na margem ou outros.

9. O título deve ter curto: 120 caracteres com espaço. O resumo/abstract/resumen, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave) e precisa explicitar **o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica, os resultados e as conclusões**. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave/keywords/palabras-clave. É fundamental ter clareza e objetividade na redação do resumo, pois assim o fazendo, o autor contribuirá para o interesse do leitor. Já a clareza dos descritores contribuirá para a múltipla indexação do artigo. As palavras-chave em português, inglês e espanhol devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. É obrigatória a inclusão do *Open Researcher and Contributor ID* (ORCID) no momento de submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: (<https://orcid.org/>). Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é válido que

apenas um autor tenha o registro no ORCID. Mas quando o artigo for aprovado para publicação no SciELO, **todos os autores** devem ter o registro no ORCID. Para se registrar no ORCID, entre no site (<https://orcid.org/>) e para inserir o ORCID no ScholarOne (plataforma de submissão), acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>), e atualize seu cadastro.

11. Em caso de usar inteligência artificial nos seus manuscritos, o autor deve mencionar esse fato, obrigatoriamente, dizendo ao final do campo dedicado à metodologia, em que etapa do artigo ela foi empregada.

12. Os manuscritos aprovados devem vir acompanhados de uma declaração de disponibilidade dos dados usados e gerados na pesquisa subjacentes aos textos. O modelo será enviado junto aos modelos das declarações solicitadas.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. O limite de autores por artigo é de oito autores, se exceder esse limite, os demais terão seus nomes incluídos nos agradecimentos. Para artigos com mais autores que fazem parte de um grupo de pesquisa ou em outros casos excepcionais, é necessária autorização dos editores. Exceções serão discutidas pelo Corpo Editorial.

3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito, exceto no arquivo “Title page” (Página de título).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Formato de Envio dos Artigos

As submissões devem ser realizadas exclusivamente pelo sistema ScholarOne:

<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>

Recomenda-se não utilizar o tradutor automático do navegador durante o processo.

Os artigos não podem ser submetidos simultaneamente a outros periódicos.

Ativos Digitais

Incluem tabelas, quadros, gráficos, figuras, mapas e fotografias:

Máximo de cinco ilustrações por artigo, salvo exceções autorizadas.

Devem ser numeradas consecutivamente, com título, legenda e fonte.

Tabelas e quadros: enviados em Word ou Excel, editáveis.

Gráficos e figuras: enviados em formato editável e também em PDF ou JPEG.

Resolução mínima de 200 dpi (preferencialmente 300 dpi).

As ilustrações coloridas são publicadas apenas na versão online.

Autores que utilizam escalas devem informar, na carta de submissão, se são de domínio público ou se possuem autorização de uso.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da Revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Nas edições da Revista que forem impressas, todo esse material será na cor preta e cores cinza para diferenciações.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA ou coloridos. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA ou coloridos, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. As ilustrações coloridas só serão publicadas na versão online. Quando houver impressão da Revista, as ilustrações serão todas em TONS DE CINZA sem exceção. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Citações e Referências

A Revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, Vancouver, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf.

A exatidão e procedência das referências são de inteira responsabilidade dos autores.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.* Exemplo: Minayo *et al.*³

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

Ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF”¹¹ (p.38).

Ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***). Se for usar o *et al.* deve ser colocado no caso de ter mais de 25 autores no artigo.

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275- 286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira- Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

Andrade FMD, Machado ÍE, Freitas MIF, Souza MFM, Malta DC. Patterns of abuse of elderly people in Brazil: analysis of notifications. *Cad Saúde Publica* 2023; 39(1):e00075722.

1. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.

2. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.

3. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

4. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

Livros e outras monografias

1. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. Pesquisa qualitativa. *Ciêns Saúde Colet* 2025; 29(6):e19792023.

2. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

3. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

4. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

5. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

6. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

7. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade*: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

8. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

9. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

10. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

1. Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996. Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

11. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 jan-mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 mar-abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

12. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

13. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Documentos Suplementares

Devem ser anexados no sistema de submissão, quando aplicável:

- Autorizações para uso de material previamente publicado;
- Autorizações para uso de imagens que identifiquem pessoas;
- Termo de transferência de direitos autorais;
- Declaração de disponibilidade de dados;
- Outros documentos solicitados pelos editores.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas

nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Declaração de Financiamento

RC&SC atende à Portaria N° 206 do ano de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre obrigatoriedade de citação da CAPES para os trabalhos produzidos ou publicados, em qualquer mídia, que decorram de atividades financiadas, integral ou parcialmente, pela CAPES.

Esses trabalhos científicos devem identificar a fonte de financiamento através da utilização do código 001 para todos os financiamentos recebidos.

Contato

Revista Ciência & Saúde Coletiva

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

Av. Brasil, 4036 - sala 703 Manguinhos, 21040-361 Rio de Janeiro RJ - Brasil, Tel.: +55 21 3882-9153 - Rio de Janeiro - RJ – Brasil.

E-mail: cienciaesaudecoletiva8@gmail.com

Site: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/>

Sistema de submissão: <http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>