



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM – EENF  
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM BACHARELADO**

**MARIANNA VICTÓRIA CERQUEIRA ROCHA**

**RELAÇÕES SOCIAIS E DETERMINANTES DE SAÚDE: Reflexões sobre  
a população encarcerada à luz de Betty Neuman.**

Maceió – Alagoas  
2022

MARIANNA VICTÓRIA CERQUEIRA ROCHA

**RELAÇÕES SOCIAIS E DETERMINANTES DE SAÚDE: Reflexões sobre a população encarcerada à luz de Betty Neuman.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Keila Cristina Pereira Oliveira do Nascimento

Co-orientadora: Ms<sup>a</sup> Hallana Laisa de Lima Dantas

Maceió – Alagoas  
2022

**Catálogo na Fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

R672r Rocha, Marianna Victória Cerqueira.

Relações sociais e determinantes de saúde : reflexões sobre a população encarcerada à luz de Betty Neuman / Marianna Victória Cerqueira Rocha. – 2022.

59 f. : il.

Orientadora: Keila Cristina Pereira Oliveira do Nascimento.

Co-orientadora: Hallana Laisa de Lima Dantas.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2022.

Bibliografia: f. 50-59.

1. Determinantes sociais da saúde. 2. Prisioneiros. 3. Relações interpessoais.  
4. Saúde pública. I. Título.

CDU: 614-058.56

## Folha de Aprovação

AUTORA: MARIANNA VICTÓRIA CERQUEIRA ROCHA

**RELAÇÕES SOCIAIS E DETERMINANTES DE SAÚDE:** Reflexões sobre a população encarcerada à luz de Betty Neuman

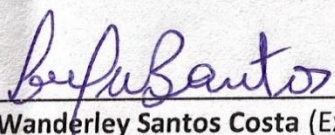
Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao corpo docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas – UFAL, e aprovada em 13/07/2022.

Documento assinado digitalmente  
**gov.br** Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira  
Data: 13/07/2022 15:35:12-0300  
Verifique em <https://verificador.iti.br>

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira, Universidade Federal de Alagoas (Orientadora)

### Banca Examinadora:



---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Lenira Maria Wanderley Santos Costa (Examinadora Interna)

Documento assinado digitalmente  
**gov.br** ROBERTA ZANINELLI DO NASCIMENTO  
Data: 13/07/2022 15:41:35-0300  
Verifique em <https://verificador.iti.br>

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Roberta Zaninelli do Nascimento (Examinadora interna )

Documento assinado digitalmente  
**gov.br** HALLANA LAISA DE LIMA DANTAS  
Data: 13/07/2022 15:56:03-0300  
Verifique em <https://verificador.iti.br>

---

Prof<sup>ª</sup>. Me. Hallana Laisa de Lima Dantas (Coorientadora e Examinadora Interna)

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho à minha mãe Adriana e a todas as mães-signo que conquistei no caminho, a vocês que cuidaram de mim, para que agora eu possa cuidar do mundo. Sem vocês eu não teria tido forças para chegar até aqui.*

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, gostaria de agradecer a todas as professoras da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, lugar que foi minha casa durante todos esses anos. Destaco aqui a minha orientadora, Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Keila Oliveira, que me acolheu no mundo da pesquisa e me estimulou todos os dias a não desistir, que confiou em mim e que me mostrou que tenho força e capacidade. Agradeço também à Ms<sup>a</sup> Hallana Dantas, que participou da co-orientação deste trabalho de conclusão de curso, auxiliando nesse processo, me fortaleceu com suas palavras e me mostrou que somos e sempre seremos capazes. Minha eterna gratidão a essas duas mulheres que conseguiram se tornar tão importantes para mim.

Gostaria de agradecer às professoras que me despertaram interesse para a construção de uma Enfermagem política, Prof<sup>ª</sup> Regina Maria dos Santos, com sua sensibilidade e escuta durante os primeiros anos da graduação, onde me vi deslocada. À Prof<sup>ª</sup> Lenira Wanderley de Almeida, onde seu discurso na Conferência Estadual de Saúde ficou marcado na minha memória eternamente. Agradeço também a todo o movimento estudantil da Enfermagem, ao nosso CAENF - 12 de Maio, que me formou politicamente e aos companheiros enfermeiros que fizemos em todo território nacional, e as lutas que travamos nesses anos.

Aos meus amigos que o curso de Enfermagem me proporcionou: Hansmile, Elis, Samuel, Ahirna, Gian, Jordana, Kleytonn e Geovânio que se mantiveram até esse final com extrema importância no meu processo dentro da Enfermagem. Sendo parceiros de conversas e desabafos, me motivando na construção desse trabalho e de muitos outros durante a graduação. Além dos amigos da Enfermagem, preciso agradecer ao meu grupo de amigos que a Universidade Federal de Alagoas me proporcionou dentro das diversas experiências: Luis Henrique, Sotero, Thalita, Euris, Marina, Shoya Dayak, Giulia, e Henrique que permaneceram me apoiando até o último momento e compartilhando de toda a experiência dentro do curso. Dentre muitos outros amigos que fiz ao longo desses anos: Designers, Arquitetos, Médicos, Psicólogos, Engenheiros, Jornalistas e Comunicadores, Nutricionistas... obrigada a todos que passaram, deixaram um pouco de si e levaram um pouco de mim. Muito obrigada.

Gostaria de agradecer especialmente à Emanuely Javarrotti, a mulher que me inspirou e segue me motivando todos os dias. Sua vitória é minha vitória e vice-versa. Eu te amo, te agradeço por todas as vezes que salvou minha vida durante esses anos. Você é espelho, de amiga, de mulher e de mãe de coração.

**Obrigada.**

## EPÍGRAFE

*“Então, quando se convive com as desigualdades, desamparos diante da doença, da injustiça, da rejeição, pela apartheid instituída pela sociedade, em algum momento alguém pode ser tocado por algum insight da necessidade de fazer algum movimento para amenizar, para cuidar, para tratar e buscar a cura.”*

*Eliezel Alves dos Anjos, enfermeiro.*

## RESUMO

**Introdução:** O aumento da população carcerária mundial está registrado no relatório da Secretaria da ONU de Drogas e Crime (UNODC) que estimou 11.7 milhões de pessoas presas no mundo em 2019, evidenciando um crescimento de 25% desde os dados do ano 2000, quando eram aproximadamente 9,3 milhões. Por vivermos em uma sociedade capitalista, globalizada e com políticas neoliberais em ascensão, temos estruturas de poder, em cenários mundiais, com características semelhantes dentro e fora do cárcere, onde o poder do Estado fica concentrado a quem possui maior capital. Essa dinâmica coloca populações socialmente excluídas em situação de vulnerabilidade; antes, durante e depois do encarceramento. **Objetivo:** Refletir sobre as relações sociais nos determinantes de saúde da população privada de liberdade à luz da Teoria do Modelo de sistemas de Betty Neuman. **Metodologia:** Trata-se de um Ensaio Teórico tendo como base uma Revisão Narrativa, sobre as relações sociais nos determinantes sociais de saúde da população privada de liberdade, realizada no período de janeiro a março de 2022 **Resultados:** Cinco artigos foram sumarizados para análise e abordagem descritiva, com maior número de publicações no ano de 2015, no idioma Inglês e concentradas no continente Norte-americano. Foram encontrados artigos que contemplam a leitura dos determinantes sociais de saúde da população prisional, assim como o papel das relações sociais nestes, desenvolvidas antes, durante e depois da experiência de cárcere. Os determinantes sociais de saúde demonstram que a condição de vida dessa população está prejudicada por doenças crônicas, ISTs, isolamento e diversos tipos de estresse, tal situação é determinada por estruturas sociais que constroem as relações desses sujeitos mesmo antes do cárcere, atingindo populações semelhantes em diversas partes do mundo. **Conclusões:** As relações sociais nos determinantes de saúde da população encarcerada apresentaram-se de forma negativa. Na literatura vigente, estudos voltados para a temática encontram-se limitados, reiterando a necessidade da produção de pesquisas que permeiam a temática em diferentes contextos e países para que políticas públicas sejam atualizadas para agir sob as diferentes faces do Sistema carcerário no mundo. Compreender esses sistemas, essas relações, o compromisso universal com a promoção de saúde voltada para os determinantes sociais de saúde e sua influência na população encarcerada e sociedade civil são fundamentais para a garantir a efetividade dos direitos humanos, corroborar uma assistência de saúde integral e ressocialização efetiva, almejando o desenvolvimento social em sua completude. |

**PALAVRAS-CHAVE:** Determinantes Sociais de Saúde; População Privada de Liberdade; Relações Sociais; Saúde Coletiva;



## ABSTRACT

**Introduction:** The increase in the world prison population is registered in the report of the UN Office on Drugs and Crime (UNODC) which estimated 11.7 million people in prison in the world in 2019, showing a growth of 25% since the data of the year 2000, when there were approximately 9.3 million. Because we live in a capitalist society, globalized and with neoliberal policies on the rise, we have power structures, in world scenarios, with similar characteristics inside and outside of prison, where the power of the State is concentrated to those who have more capital. This dynamic places socially excluded populations in situations of vulnerability; before, during, and after incarceration. **Objective:** To reflect on the social relations in the determinants of health of the population deprived of freedom in the light of Betty Neuman's Systems Model Theory. **Methodology:** This is a Theoretical Essay based on a Narrative Review, about social relations in the social determinants of health of the population deprived of freedom, carried out in the period from January to March 2022. **Results:** Five articles were summarized for analysis and descriptive approach, with the largest number of publications in the year 2015, in the English language and concentrated in the North American continent. Articles were found that contemplate the reading of the social determinants of health of the prison population, as well as the role of social relations in these developed before, during and after the prison experience. The social determinants of health show that the living conditions of this population is impaired by chronic diseases, STIs, isolation and various types of stress, this situation is determined by social structures that build the relationships of these subjects even before the imprisonment, reaching similar populations in various parts of the world. **Conclusions:** Social relations in the health determinants of the incarcerated population presented themselves in a negative way. In the current literature, studies focused on the theme are limited, reiterating the need for research production that permeates the theme in different contexts and countries for public policies to be updated to act on the different faces of the Prison System in the world. Understanding these systems, these relationships, the universal commitment to health promotion focused on the social determinants of health and its influence on the incarcerated population and civil society are essential to ensure the effectiveness of human rights, corroborate a comprehensive health care and effective re-socialization, aiming at social development in its entirety.

**KEY-WORDS:** Social relationships; People Deprived of Liberty; Collective Health; Social Determinants of Health.

## RESUMEN

**Introducción:** El aumento de la población penitenciaria mundial se registra en el informe de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) que estimó en 11,7 millones de personas en prisión en el mundo en 2019, mostrando un crecimiento del 25% desde los datos del año 2000, cuando había aproximadamente 9,3 millones. Debido a que vivimos en una sociedad capitalista, globalizada y con políticas neoliberales en auge, tenemos estructuras de poder, en escenarios globales, con características similares dentro y fuera de la cárcel, donde el poder del Estado se concentra en quienes tienen mayor capital. Esta dinámica coloca a las poblaciones socialmente excluidas en situaciones de vulnerabilidad; antes, durante y después del encarcelamiento. **Objetivo:** Reflexionar sobre las relaciones sociales en los factores determinantes de la salud de la población privada de libertad a la luz de la Teoría del Modelo de Sistemas de Betty Neuman. **Metodología:** Se trata de un Ensayo Teórico teniendo como base una Revisión Narrativa, sobre las relaciones sociales en los determinantes sociales de la salud de la población privada de libertad, realizada en el período de enero a marzo de 2022. **Resultados:** Se resumieron cinco artículos para su análisis y enfoque descriptivo, con un mayor número de publicaciones en el año 2015, en lengua inglesa y concentrados en el continente norteamericano. Se han encontrado artículos que contemplan la lectura de los determinantes sociales de la salud de la población penitenciaria, así como el papel de las relaciones sociales en las que se desarrollan antes, durante y después de la experiencia de la prisión. Los determinantes sociales de la salud demuestran que la condición de vida de esta población se ve perjudicada por las enfermedades crónicas, las TSI, el aislamiento y diversos tipos de estrés, tal situación está determinada por las estructuras sociales que construyen las relaciones de los sujetos incluso antes del crimen, ateniendo a poblaciones similares en diversas partes del mundo. **Conclusiones:** Las relaciones sociales en los determinantes de la salud de la población encarcelada se presentan de forma negativa. En la literatura actual, los estudios volcados en la temática se encuentran limitados, reiterando la necesidad de producir investigaciones que se adentren en la temática en diferentes contextos y países para que las políticas públicas se actualicen para actuar sobre las diferentes caras del Sistema Carcerario en el mundo. La comprensión de estos sistemas, estas relaciones, el compromiso universal con la promoción de la salud centrada en los determinantes sociales de la salud y su influencia en la población encarcelada y la sociedad civil son esenciales para garantizar la eficacia de los derechos humanos, corroborar una atención sanitaria integral y la rehabilitación efectiva, con el objetivo de desarrollo social en su totalidad.

**PALABRAS-CLAVE:** Relaciones Sociales; Personas Privadas de Libertad; Salud pública; Determinantes sociales de la salud.

## **LISTA DE QUADROS E FIGURAS**

<b>Quadro 1 – Estratégia PICo. ....</b>	<b>15</b>
<b>Quadro 2 - Conceitos e Definições do Modelo de Sistemas de Betty Neuman. ....</b>	<b>27</b>
<b>Quadro 3 - Apresentação do processo de enfermagem do modelo de sistemas. ....</b>	<b>31</b>
<b>Quadro 4 – Descrição dos artigos selecionados para a Revisão Narrativa... ....</b>	<b>34</b>
<b>Quadro 5 - Fatores estressores identificados na população carcerária... ....</b>	<b>47</b>
<b>Quadro 6 - Estratégias de prevenção identificadas de acordo com os estudos incluídos... ..</b>	<b>49</b>
<b>Figura 1 - Fluxograma de seleção dos estudos... ..</b>	<b>17</b>
<b>Figura 2 – Diagrama Modelo de Sistemas de Neuman... ..</b>	<b>24</b>

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

RN – Revisão Narrativa

SC – Saúde Coletiva

SP – Sistema Prisional

DDS – Determinantes Sociais de Saúde

DECS - Descritores em Ciências da Saúde

CNDSS – Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde

PIBIC – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

PPL – População Privada de Liberdade

ONU – Organização das Nações Unidas

OMS- Organização Mundial de Saúde

UNO – United Nation Organization

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

INFOPEN – Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias

LGBTQIA+ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis/Transsexuais, Queer, Intersex, Assexuados +

DE – Diagnóstico de Enfermagem

PE – Processo de Enfermagem

RE – Resultados de Enfermagem

IE – Intervenções de Enfermagem

MSN – Modelo de Sistemas de Neuman

## **SUMÁRIO**

<b>1.INTRODUÇÃO.</b> ....	<b>12</b>
<b>2.METODOLOGIA</b> .....	<b>14</b>
<b>3.REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.</b> .....	<b>18</b>
<b>3.1 Relações Sociais.</b> .....	<b>18</b>
<b>3.2 Determinantes Sociais de Saúde</b> .....	<b>19</b>
<b>3.3 Betty Neuman: Teoria do Modelo de Sistemas</b> .....	<b>26</b>
<b>3.3.1 Metaparadigma: o ser humano, o ambiente, a saúde e a enfermagem</b> ... ..	<b>26</b>
<b>3.3.2 Apresentação do Processo de Enfermagem do Modelo de Sistemas</b> ... ..	<b>30</b>
<b>3.4 População Privada de Liberdade</b> .....	<b>31</b>
<b>3.5 Justificativa para a utilização do Modelo de Betty Neuman</b> ... ..	<b>32</b>
<b>4.RESULTADOS E DISCUSSÕES: Reflexão Teórica</b> ... ..	<b>34</b>
<b>4.1 Identificando os Estressores</b> ... ..	<b>45</b>
<b>4.2 Prevenção</b> ... ..	<b>47</b>
<b>5.CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>50</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> ... ..	<b>52</b>

## INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objeto as relações sociais nos determinantes de saúde da população privada de liberdade. A temática escolhida está pautada na experiência da minha participação enquanto bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) nos ciclos de 2019-2020 e 2021-2022. Nesse contexto, durante a pesquisa realizada, foram desenvolvidas atividades que levaram à identificação de uma lacuna na produção científica de pesquisas desenvolvidas no contexto de cárcere que colaborassem para a compreensão das relações sociais dessa população, da prática da enfermagem nesse espaço e a correspondência com os seus determinantes de saúde.

O aumento da população carcerária mundial está registrado no relatório da Secretaria da ONU de Drogas e Crime (UNODC) que estimou 11.7 milhões de pessoas presas no mundo em 2019, evidenciando um crescimento de 25% desde o levantamento do ano 2000, quando eram aproximadamente 9,3 milhões (UNODC RESEARCH, 2021). Por vivermos em uma sociedade capitalista, globalizada e com políticas neoliberais em ascensão, temos estruturas de poder, em cenários mundiais, com similaridades dentro e fora do cárcere, onde o poder do Estado fica concentrado a quem possui maior capital. Essa dinâmica coloca populações socialmente excluídas em situação de vulnerabilidade; antes, durante e depois do encarceramento (LAFFERTY *et al.*, 2018); (SOARES FILHO; BUENO, 2016).

A constituição da Organização Mundial de Saúde, apresenta o conceito de saúde como estado de bem-estar físico, mental e social, sem ater-se somente a ausência de doenças. Para além disso, reafirma a saúde como um direito fundamental de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, ideologia política, condição social ou econômica e traz ‘saúde’ como condição fundamental para alcançar a paz e a segurança, e depende da cooperação dos Estados (OMS, 2020).

No Brasil, o direito à saúde é explicitado na Constituição Federal desde 1988, onde no Art. 6º a temos como parte dos direitos sociais e no Art. 196º, temos: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2015).

Havendo a consciência de que a instituição prisional, se alimenta de normas para conduzir sua dinâmica, que se repetem em sistemas de relações: preso-presos; preso-agente; preso-promotor; preso-juiz; preso-polícia; preso-cela; preso-instituição; preso-judiciário; preso-sociedade, devemos nos propor a analisar criticamente essas relações sociais, dispostas pelo Poder de Estado, que interferem diretamente na saúde dessa população (MARCIS, 2016); (FIGUEIRÓ; DIMENSTEIN, 2016).

Godói (2019) afirma que para além da estrutura do cárcere, as pesquisas começam a estudar a prisão além dos muros:

[...] De um lado, os trabalhos se voltam para “o funcionamento da instituição” e colocam práticas e agentes institucionais em primeiro plano; de outro, tematizam a “prisão além dos muros”, com análises mais centradas nos presos e em seu mundo social ampliado, nas relações que mantêm com amigos e familiares, vizinhos e comunidades. (GODÓI, 2019, p. 141).

Análises aprofundadas sobre as relações sociais são pouco encontradas na literatura no Brasil e em outros locais do mundo, porém levantamentos sociodemográficos do sistema carcerário conseguem identificar que as populações marginalizadas, em sua grande maioria negra, de baixa renda, baixa escolaridade e sem oportunidade de emprego, são as mais afetadas como consequência dessas relações vivenciadas antes, durante e até mesmo, depois do cárcere (SOARES FILHO; BUENO, 2016).

Identificando o cárcere como uma estratégia do Estado para controlar as demandas sociais resultantes da desigualdade social, analisar as relações que existem em sociedade e que condicionam pessoas “fora da curva” a serem inseridas num processo de ressocialização, se torna objeto relevante de investigação, fomentando discussões que contribuem para o desenvolvimento social. (JIMÉNEZ, 2017); (ROJAS, 2019); (MARCIS, 2016); (FIGUEIRÓ; DIMENSTEIN, 2016); (SANTOS; NARDI, 2014).

Nesse contexto, as normas estruturantes e a hierarquia social influem diretamente nas condições de vida e saúde, não só da população encarcerada, como de suas famílias, filhos, trabalho e educação. Quanto à estrutura física e aos recursos e serviços fornecidos a essa população estão sendo cada vez mais precarizados pelo modelo capitalista de produção, que não consegue atender às demandas sociais desse grupo e suas famílias, fragilizando o processo de reinserção desse indivíduo na sociedade. (JIMÉNEZ, 2017); (ROJAS, 2019); (MARCIS, 2016); (FIGUEIRÓ; DIMENSTEIN, 2016); (SANTOS; NARDI, 2014).

Para além de perfis epidemiológicos, patológicos e sociodemográficos, a compreensão da totalidade faz-se necessária para o desenvolvimento de Políticas Públicas de Saúde que possam assistir à população carcerária em suas especificidades. Essa lacuna na produção científica também dificulta a atuação do profissional de saúde, especialmente da Enfermagem que atua no desenvolvimento de pesquisas voltadas para os grupos vulneráveis, na assistência em Unidades de Saúde, ou nos Sistemas Penitenciários do Brasil e do mundo.

Portanto, a reflexão e análise crítica das relações sociais nos determinantes de saúde da população privada de liberdade, permitirá uma melhor compreensão dos determinantes sociais de saúde e, a partir dessa premissa, nos possibilitará apresentar uma intervenção comprometida com a nossa realidade, pautada nos ideais da Enfermagem. Sendo assim, o objetivo deste estudo é refletir sobre as relações sociais nos determinantes de saúde da população privada de liberdade à luz da Teoria do Modelo de Sistemas, desenvolvida por Betty Neuman.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de um ensaio teórico fundamentado por uma revisão narrativa de literatura. O método escolhido para este estudo tem como finalidade identificar a produção científica a respeito de um determinado objeto, permitindo uma compreensão do tema de interesse. Neste caso, uma busca estruturada foi realizada nas bases de dados disponíveis para compreender e identificar os determinantes de saúde da população privada de liberdade, as relações sociais desta e nessa população buscando sintetizar os achados na literatura para discussão e reflexão crítica sob a luz da Teoria de Enfermagem do Modelo de Sistemas, de Betty Neuman, almejando alcançar o objetivo desta revisão.

Utilizou-se a estratégia **PICo** para elaboração da pergunta norteadora. Essa estratégia representa um acrônimo para População/Paciente/Problema abordado (*Population/Patient/Problem*), fenômeno de interesse (*Interest*) e contexto (*Context*). Sendo assim, o P se referiu a População Privada de Liberdade, I as Relações Sociais, Co aos determinantes de saúde (ARAÚJO, 2020) (DANTAS, 2021). Resultando na questão: *Como as relações sociais se mostram/se expressam nos determinantes sociais de saúde da população privada de liberdade?*



**Quadro 1. Estratégia PICO**

Objetivo/ Problema	<i>Como as relações sociais se mostram/se expressam nos determinantes sociais de saúde da população privada de liberdade?</i>		
	<b>P*</b>	<b>I**</b>	<b>Co***</b>
Extração	População Privada de Liberdade;	Relações sociais	Influência nos Determinantes Sociais da Saúde;
Conversão	<i>Prisoners; Prisioneros; Prisonnier;</i>	<i>Social Relationships; Relaciones Sociales; Relations entre personnes;</i>	<i>Social Determinants of Health; Determinantes Sociales de la Salud; Déterminants sociaux de la santé;</i>
Construção	(“População Privada de Liberdade” <b>OR</b> “Prisoners” <b>OR</b> “Prisioneros” <b>OR</b> “Prisonnier”)	(“Relações sociais” <b>OR</b> “Social Relationships” <b>OR</b> “Relaciones Sociales” <b>OR</b> “Relations entre personnes”)	(“Determinantes Sociais da Saúde” <b>OR</b> “Social Determinants of Health” <b>OR</b> “Determinantes Sociales de la Salud” <b>OR</b> “Déterminants sociaux de la santé”)
Uso	#1: (“População Privada de Liberdade” <b>OR</b> “Prisoners” <b>OR</b> “Prisioneros” <b>OR</b> “Prisonnier”) <b>AND</b> (“Relações sociais” <b>OR</b> “Social Relationships” <b>OR</b> “Relaciones Sociales” <b>OR</b> “Relations entre personnes”) <b>AND</b> (“Determinantes Sociais da Saúde” <b>OR</b> “Social Determinants of Health” <b>OR</b> “Determinantes Sociales de la Salud” <b>OR</b> “Déterminants sociaux de la santé”)		

\*P - *Quem compõe e quais as características da população a ser pesquisada?*

\*\*I - *Qual a experiência de uso, ou a percepção ou a opinião da população?*

\*\*\*Co - *Quais detalhes específicos estão relacionados ao fenômeno de interesse?*

Diferentemente de outras estratégias, como a PICO, que são mais utilizadas para identificação de pesquisas do tipo quantitativo, esta estratégia possui alcance para pesquisas do tipo qualitativas com foco nas experiências humanas e nos fenômenos sociais. E embora não possua ‘intervenção’ em sua estrutura, essa pode ser desenvolvida, tendo como resultado a perspectiva do autor/pesquisador (STERN; et al, 2014) (DANTAS, 2021).

Os descritores utilizados pertencem à lista de **Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)**, sendo eles: População Privada de Liberdade/*Prisoners/Prisioneros/Prisonnier*; Relações sociais/*Social Relationships/Relaciones Sociales/Relations entre personnes*; Determinantes Sociais da Saúde/*Social Determinants of Health/Determinantes Sociales de la Salud/Déterminants sociaux de la santé*. Outros dois descritores associados a temática foram adicionados as discussões e explicitados a fim de transparência com o leitor, como: Prisões/Prision, Saúde Pública/*Public Health/Salud Pública/Santé publique*; Partindo disso, empregou-se a busca avançada com o uso do operador booleano “and” e “or”, que permitiu acessar os artigos que possuem intersecção entre os diferentes descritores, nos bancos de

dados: *PubMed*, *Scientific Electronic Library Online (Scielo)*, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *MedLine* via BVS, *Lilacs* via BVS.

A fim de preservar a relevância do conteúdo para esta revisão, não foi empregado recorte temporal. Foram selecionados somente artigos que demonstram semelhanças com o tema de forma integral e relevante, foram utilizados artigos originais e foram excluídos artigos de revisão, optou-se por utilizar artigos relacionados aos tipos de pesquisa: Observacional; de abordagem qualitativa e quantitativa descritivas.

A amostra foi organizada, caracterizada e identificada por um código constituído pela letra “C”, um número em ordem crescente e identificados por: Título; ano; local de publicação; idioma; metodologia; contexto e referência. Levou-se em consideração a quantidade de artigos produzidos nas bases de dados (*PubMed*, *Scielo* e *BVS*) sobre a população privada de liberdade, a fim de mensurar e equiparar os tipos de estudos mais recorrentes e a interferência ou não das relações sociais nos determinantes de saúde da população referida

Foram inseridos todos os descritores com os boleadores AND e OR para identificar a temática, foram utilizados os seguintes descritores na seguinte estrutura: (“População Privada de Liberdade” **OR** “*Prisoners*” **OR** “*Prisioneros*” **OR** “*Prisonnier*”) **AND** (“Determinantes Sociais da Saúde” **OR** “*Social Determinants of Health*” **OR** “*Determinantes Sociales de la Salud*” **OR** “*Déterminants sociaux de la santé*”) **AND** (“Relações sociais” **OR** “*Social Relationships*” **OR** “*Relaciones Sociales*” **OR** “*Relations entre personnes*”).

Utilizando a estrutura principal dos descritores definida à priori, ou seja, utilizando os descritores nas três línguas, nenhum estudo foi identificado nas bases *SCIELO* (0), *PubMed* (0) ou *BVS* (0), optou-se então por isolar os descritores por idioma, os resultados estão no fluxograma abaixo:

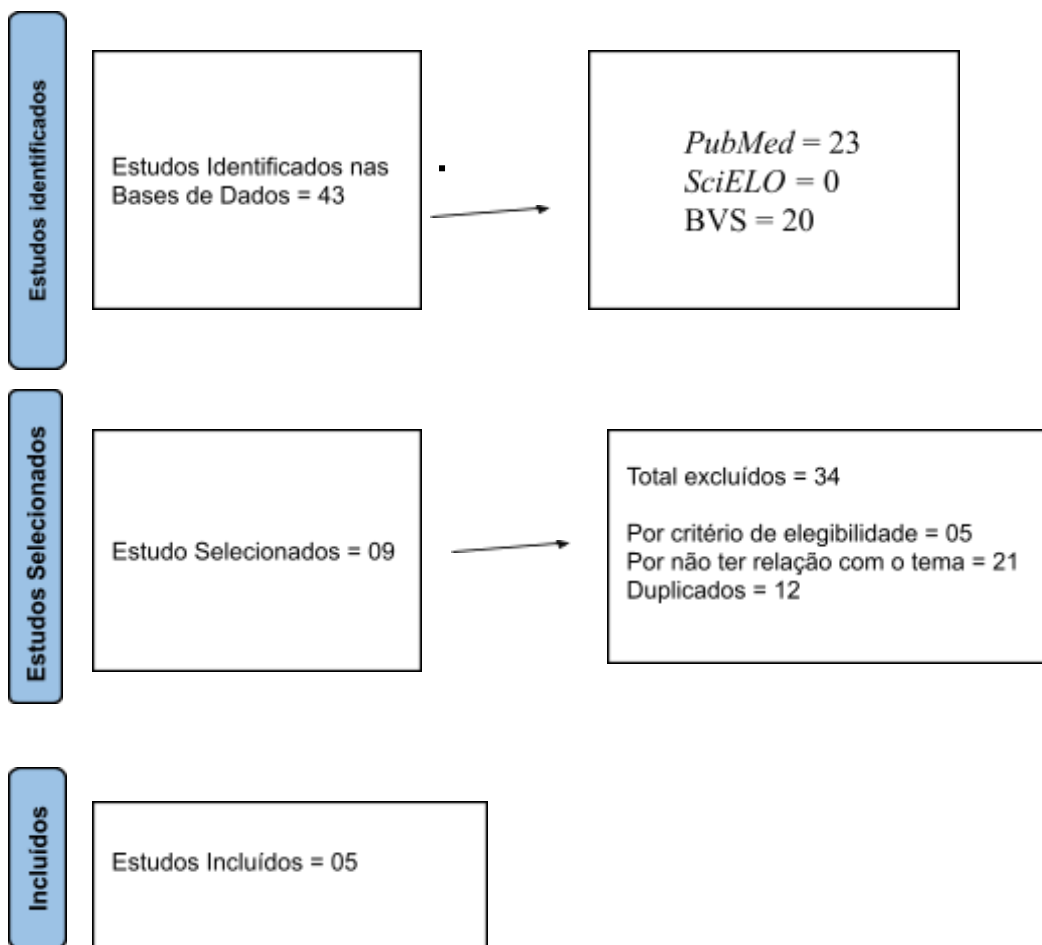


Figura 1. Fonte: elaborado pela autora. (2022)

Com base nos conceitos de Determinantes Sociais de Saúde (DDS), Relações Sociais e a Teoria do Modelo de Sistemas de Neuman (MSN), os artigos foram interpretados sob tempo-espaço (ambiente): durante o cárcere e pós cárcere (ressocialização). Para a análise dos artigos utilizando a Teoria de Sistemas de Neuman, buscou-se identificar as *variáveis* e os *fatores estressores* advindos das relações sociais do sistema carcerário sob a população, as *reações/respostas* da população a esses fatores e a identificação de variáveis de proteção ou intervenção à essas respostas. Bem como explicitar os modelos de *prevenção* identificados antes e durante o contexto de cárcere que se sobrepõem a população que adentra ao sistema penitenciário e que estão ligadas ao processo de ressocialização e sua efetividade. Possibilitando a construção de uma crítica que possa fundamentar a prática da Enfermagem em Saúde Coletiva para essa população.

### 3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Neste capítulo, almeja-se trazer reflexões e conceitos pertinentes sobre as relações sociais; determinantes sociais de saúde, a Teoria desenvolvida por Betty Neuman e população privada de liberdade, contribuindo com discussão teórica deste estudo.

#### 3.1 Relações Sociais

Uma característica humana muito bem formulada por Aristóteles (384 - 322 a.C.), está sintetizada na frase: “O homem é um sujeito social que, por natureza, precisa pertencer a uma coletividade”. Essa coletividade é reconhecida por nós como ‘sociedade’ e por isso a ‘sociabilização’ torna-se fundamental para o desenvolvimento desta. Os elementos básicos que são objeto de estudo da Sociologia, ciência que estuda a sociedade e seus fenômenos, são as estruturas sociais e seus grupos, família, classes sociais e o papel que o indivíduo ocupa na sociedade. Portanto:

não menos estranho seria fazer do homem feliz um solitário, pois ninguém escolheria a posse do mundo inteiro sob a condição de viver só, já que **o homem é um ser político e está em sua natureza o viver em sociedade**. Por isso, mesmo o homem bom viverá em companhia de outros, visto possuir ele as coisas que são boas por natureza (Aristóteles, 1991, p. 210) *grifo próprio*.

O termo ‘relações sociais’ refere-se a um conjunto diverso de “ações sociais”/interações que são estabelecidas a partir de seu contexto histórico, cultural, político e econômico que configuram as formas de interação entre os ‘seus autores’/indivíduos e são essenciais para estruturação social (BEZERRA, 2019; SENA, 2019). Partindo de um determinado conceito de sociedade, investiga-se sua estrutura e as relações sociais desta, bem como suas instituições e grupos culturais.

Os estudos na área de sociologia passaram a se desenvolver com maior densidade em consonância com o fim da Revolução Francesa e o advento do modo de produção industrial, estimulando os pensadores da época (BEZZERRA, 2019; DIANA, 2019; SENA, 2019).

Max Weber (1864 -1920), é citado como um dos primeiros intelectuais a desenvolver a Ciência da Sociologia contribuindo efetivamente para os estudos das relações sociais em seu período. Segundo o autor:

Denominar-se-á “relação social” um comportamento de vários que, quanto ao seu conteúdo de sentido, se apresenta como reciprocamente referido e, deste modo, orientado. A relação social consiste, pois, plena e exclusivamente na probabilidade

de que se atuará socialmente numa forma (com sentido) indicável, não interessando agora em que se funda esta probabilidade (WEBER, 2010, p. 48).

Dentro de uma perspectiva marxista, as relações sociais estão intimamente ligadas com as forças produtivas e os meios de produção.

Na produção social de sua vida, os homens estabelecem relações determinadas, necessárias, independentes de suas vontades, relações de produção que correspondem a um determinado grau de desenvolvimento das forças produtivas materiais. [...] Não é a consciência dos homens que determina o seu ser; é o seu ser social que, inversamente, determina a sua consciência. (MARX, 2008, p. 47)

Sendo assim, as relações sociais, fundamentais para o desenvolvimento da sociedade, são os mais variados tipos de relação nas quais os seres humanos estruturam seus grupos e espaços sociais. A contraponto, um indivíduo que por alguma causa não as desenvolva ou tenha de forma limitada tais relações, pode vir a apresentar diversos desvios, como problemas psicopatológicos, de relacionamentos e participação social, e até mesmo, aversão (DIANA, 2019).

### **3.2 Determinantes Sociais de Saúde**

Como característica ontológica, explicar as condições que nos mantém e perpassam nossas existências sempre ocorrem historicamente. A explicação de como e porque adoecemos, sempre foi assunto de extremo valor filosófico para as sociedades que desbocaram em nosso momento histórico. Conceituar saúde e doença, também, partindo das condições que certas civilizações vivenciavam e avançavam. Até mesmo na atualidade, a definição de saúde e doença é variável e sofre influências diretas do contexto sociocultural, político e econômico. (LOURENÇO *et al.*, 2012)

Discute-se se a doença é consubstancialmente biológica ou social, ambas concepções são limitantes quando dicotomizadas, afinal a doença tem caráter histórico, demonstrado na análise das condições coletivas de saúde em momentos e sociedades historicamente referenciadas. Já o conceito de saúde expressa como fenômeno socialmente determinado. Sendo assim, é possível afirmar que o processo saúde-doença é compreendido como um processo social (LAURELL, 1976).

Conhecidos como modelos teóricos explicativos do processo saúde-doença, esses conceitos foram modificando-se com o avançar das civilizações e tecnologias, e para chegarmos à Teoria dos Determinantes Sociais de Saúde passamos pelas Teorias do modelo Mágico-Religioso, Teoria unicausal da doença e Teoria multicausal. (LOURENÇO *et al.*, 2012) (LAURELL, 1976) (GUIMARÃES, 2011).

No continente Africano, por exemplo, o modelo teórico Mágico-Religioso, que relacionava a saúde/doença com punições ou bençãos divinas, processos resultantes de forças alheias aos homens, bem como a cura das enfermidades que eram direcionadas a um indivíduo que exercia papel de mediador divino. Essas explicações eram facilmente visualizadas na história do Egito e em diversas tribos da região – rituais xamânicos e afins. *Imotepe*, (2628 - 2609 a.C) um sacerdote egípcio do deus-sol Rá, foi um dos primeiros homens reconhecidos como “médico” no Egito e na história da medicina antiga (GUIMARÃES, 2011).

Já no continente Europeu, impulsionado pelo desenvolvimento civilizatório da Grécia e Roma, as buscas pelas explicações filosóficas afastavam os pensadores da explicação Mágico-Religiosa e aproximavam aos estudos do homem – ser material. Hipócrates (460 – 377 a. C.), foi um dos primeiros na filosofia da Medicina na Grécia e um dos mais reconhecidos, sendo considerado o “*pai da medicina*” (RIBEIRO, 2013) (LOURENÇO *et al.*, 2012)

Salum, Bertolozzi e Oliveira (1999) *apud* Perna *et al.* (2008) trazem uma reflexão sobre a doença enquanto objeto da medicina, tendo sua prática em consonância com o modelo de Estado. A Teoria Miasmática, formulada por Hipócrates, definia que as doenças eram transmitidas pelo ar, água e ambientes insalubres. A partir daí, surge um novo movimento na filosofia da medicina onde há uma explicação racional para as doenças, descaracterizando-a de um fenômeno sobrenatural. Ao fazer isso, o autor expressa que se deve considerar o modo de vida da população para compreender o processo de adoecimento. Essa teoria de cunho determinista, estabelecia relações de causa e efeito partindo da relação homem-ambiente.

Essa Teoria foi reconhecida até o período da Idade Média, onde Sydenham e Lancisi (XVII), defendiam que ‘a decomposição dos cadáveres produziria gases ou eflúvios pestilenciais, que atacavam a saúde dos vivos.’. Frente às mudanças sociais nos novos processos de urbanização e industrialização ocorridos naquele momento histórico, caracterizada pela transição ao feudalismo, essa era a teoria utilizada para explicar os problemas de saúde da época. (LOURENÇO *et al.*, 2012; GUIMARÃES, 2011; JORGE, 2007).

Aqui no Brasil, podemos ver dentro das comunidades indígenas – com a pajelança - e com o avançar da colonização, a aglutinação dos indígenas aos escravos do continente

africano – trazendo as religiões de matriz africana. Devido ao tipo de desenvolvimento social que tivemos, o Brasil avança diferentemente das civilizações citadas anteriormente. (RIBEIRO, 2006)

John Snow (1813 – 1858), médico inglês e um dos pioneiros na área da epidemiologia moderna, foi um dos responsáveis por pesquisas que relacionam fatores sociodemográficos ao aparecimento de enfermidades. O mesmo, demonstrou que a epidemia de cólera em Londres (1854), estava relacionada a água contaminada do principal poço da cidade. O método adotado pelo médico comparou as populações afetadas e não afetadas, identificadas conforme a origem da água que consumiam.

Surgia na Saúde Pública, estudos sobre a contaminação da água e dos alimentos, que corroboraram com a formulação de teoria e para o desenvolvimento de ações de saúde, culminando nas intervenções estatais em epidemias, frequentemente agindo de forma punitiva, sem foco na prevenção. O enterro de cadáveres, a implementação de sistemas de esgotos, recolha dos lixos, a drenagem de pântanos, foram medidas que foram baseadas no conceito miasmático da doença (SUSSER, 1998; *Apud* BUSS; FILHO; 2007).

Corroborando para a superação da teoria de miasmas, Louis Pasteur (1822 – 1895) avança nos estudos em Bacteriologia, seguiu identificando e isolando diversas bactérias, possibilitando a compreensão de diversas patologias. No final do século XIX, aconteceu a I Conferência Sanitária Internacional (1851), foi aí que a Teoria Unicausal superou definitivamente a teoria de miasmas, colocando que cada doença tem um agente causador específico – bactérias e vírus. Essas descobertas fortaleceram o desenvolvimento de um modelo curativista de atenção à saúde.

Junto a Louis Pasteur, Ferdinand Cohn (1828 – 1898) e Robert Koch (1843 – 1910), desenvolvem pesquisas que dão fundamento à área da Microbiologia. Em 1890, Koch, publica seu trabalho intitulado Postulados de Koch – que serve para determinar se a doença é causada por microrganismos. Esse foi o aval para comprovar a Teoria Microbiana das doenças, onde todo germe é considerado um perigo para a saúde e causador de agravo, transformando a relação homem-ambiente afastando a visão determinista de Hipócrates.

A Teoria Miasmática já não conseguia explicar o desenvolvimento de certas doenças. Ou seja, a teoria de miasmas não era mais suficiente para explicar doenças que estavam sendo produzidas em sociedade. Já não era somente “o ambiente”. No período de transição ao

capitalismo, o modelo de atenção à saúde passa a ter foco no ‘coletivo’, devido ao interesse de manter a classe trabalhadora para sustentar o modo de produção vigente. Seguindo esse desenvolvimento histórico-social, a ideologia liberal individualizante associada ao modelo de produção capitalista, fez com que a “Medicina Social”, se tornasse subserviente aos interesses das classes dominantes, limitando-se à recuperação dos corpos para o trabalho, priorizando ações curativas (BUSS, FILHO; 2007; PERNA *et al.* 2008).

Em 1910 no Brasil, o sanitarismo, corrente advinda desse contexto histórico, tornou-se referência para ações de controle do Estado, que acabam sendo direcionadas para projetos sociais de assistência à pobreza, próprios das sociedades de classe, servindo apenas para manutenção da força de trabalho.

Até 1912, a Teoria da Unicausalidade permaneceu incontestada, porém com o avanço da ciência, percebeu-se que os fenômenos observados na teoria não eram suficientes para compreender a ocorrência de doenças que estavam advindo do novo modelo de produção capitalista, pois mantinha-se firmado no conceito de ‘agentes etiológicos’ como os únicos causadores de doenças, por fim a teoria foi considerada inconsistente.

Em 1916, a Fundação Rockefeller apoiou o estabelecimento de Escolas de Saúde Pública, esse financiamento - nacional e internacional - fez com que prevalecesse o conceito da saúde pública pautado no controle de doenças, afastando-a do campo das questões políticas. Porém, nos anos finais da década de 60, com o crescimento da crise política, social e econômica, as lutas populares tomavam corpo e passaram a questionar o modo dominante de satisfazer as necessidades de saúde da população (PERNA; 2008; LAURELL, 1976; BUSS; FILHO; 2007; TAMANO, 2017).

A Teoria Multicausal começou a ganhar espaço na segunda metade do século XX, já que algumas doenças como o câncer e a depressão não conseguiam ser associadas a agentes etiológicos. A teoria garante que a estrutura da saúde se dá como resultado de interações multicausais, com isso há o agrupamento dos indivíduos e dos fatores causadores da doença. Nesse contexto, soma-se a criação da ONU e OMS (1948) onde se estabelece o conceito de saúde como “estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (OMS, 1948). Com esse conceito são incorporados fatores socioeconômicos, culturais, físicos e químicos, estabelecendo uma relação entre doenças e



condições de vida. Sendo assim, os intelectuais começam a construir modelos de explicações multicausais do processo saúde-doença

Apesar do avanço conceitual, a teoria não deixava implícita a hierarquia dos fatores de origem social e de origem biológica. Somente com o avanço da Medicina Social e da Epidemiologia Social na década de 70, com o apoio de alguns epidemiologistas, como Breilh que intensificaram suas críticas a epidemiologia convencional e aproximaram as discussões entre o modelo de produção capitalista à saúde, foi possível observar o surgimento do conceito de Determinantes sociais de saúde, que apresenta uma visão dialética da relação da condição de vida da população com o *modus operandi* do sistema capitalista. (SOUZA *et al.*, 2019) ...

O movimento latino-americano da epidemiologia crítica expõe as contradições de um campo que mesmo quando reconhece no âmbito teórico o caráter social da efemeridade, segue negando-o em sua prática. (SOUZA *et al.*, 2019, p. 79).

A colocação de Buss e Filho (2007) sobre o contexto histórico dos determinantes sociais colocam que:

A Conferência de Alma-Ata, no final dos anos 70, e as atividades inspiradas no lema “Saúde para todos no ano 2000” recolocam em destaque o tema dos determinantes sociais. Na década de 80, o predomínio do enfoque da saúde como um bem privado desloca novamente o pêndulo para uma concepção centrada na assistência médica individual, a qual, na década seguinte, com o debate sobre as Metas do Milênio, novamente dá lugar a uma ênfase nos determinantes sociais que se firma com a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, em 2005 (BUSS; FILHO; p. 80. 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Determinantes Sociais de Saúde (DSS) como ‘as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, e o conjunto mais amplo de forças e sistemas que moldam as condições da vida cotidiana.’. Os determinantes sociais podem ter mais influência nas condições de saúde do que próprios hábitos de vida: Renda e proteção social, educação, desemprego e condições de trabalho, insegurança empregatícia e alimentar, habitação, mobilidade e meio ambiente, desenvolvimento na primeira infância, inclusão social, acesso a serviços de saúde. Todas essas relações sociais são colocadas como determinantes de saúde e são de extrema importância para o desenvolvimento coletivo e individual (CDSS, 2010).

A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS) elenca como Determinantes Sociais de Saúde os fatores socioeconômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais que influenciam no processo saúde-doença da população. Assim, torna-se

compreensível que em países com diferentes níveis econômicos, saúde e doença tendem a seguir um gradiente social no qual quanto menor a posição socioeconômica do mesmo, piores condições de saúde (WHO, 2008; WHO, 2022; BUSS; FILHO; 2007).

**Figura 2. Modelo de determinantes sociais do processo saúde-doença por Whitehead e Dahlgren**



Fonte: DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991. Revisado e adaptado em 2007

Porém, não basta identificar os determinantes de saúde de indivíduos para compreender os determinantes de saúde da sociedade, tendo como objetivo o caráter social da doença, pois o processo individual não revela o social de imediato. Corroborando, Laurell (1976), diz que “o caráter social do processo saúde-doença se manifesta mais claro a nível da coletividade que do indivíduo”.

Durante toda análise histórica, as necessidades das classes dominantes expressam-se como a necessidade da sociedade em sua totalidade, condicionando os conceitos de saúde e doença da mesma. Sendo assim, sob a ideologia da sociedade capitalista, o conceito de doença está pautado na ‘biologia individual’, ignorando o seu caráter social. Entrando em contradição com incapacidade/necessidade de trabalhar, levando a uma consequente relação com a economia e de forma subsequente com sua produção de vida. Não compreendendo essa relação no modelo de produção capitalista, a relação entre a base material e o Homem, os

fenômenos do processo saúde-doença poderão ser considerados de responsabilidade individual. Porém, na sociedade de classes, as mesmas que a compõem terão os determinantes sociais de saúde de forma distinta (LAURELL, 1976; PERNAS, 2008).

[...] é o fato de que o capitalismo, além da produção material, também produz a ideologia necessária para justificar essa lógica de produção. Sob o seu regime, são alimentadas maneiras próprias de pensar, de analisar e julgar a realidade. É a chamada dimensão da superestrutura, com suas agências sociais – escolas, partidos políticos, igrejas, sindicatos, aparelho judiciário, etc. – que se encarregam de fazer valer uma compreensão de mundo que isente o metabolismo do capital de suas responsabilidades sobre a produção da pobreza e da miséria sociais, para fazer essa responsabilidade recair sobre indivíduos, famílias, comunidades e mesmo segmentos de trabalhadores. (PERNAS, p. 19. 2008).

A Saúde Coletiva, organiza-se sob a conjuntura econômica, política e ideológica dos anos 70, surge da aproximação das Ciências Sociais e Ciências da Saúde, aproximando o Materialismo Histórico-dialético (Marxismo) do referencial teórico da segunda, servindo de inspiração para a sua metodologia. Almejando compreender as bases ideológicas, econômicas e políticas do modo de produção capitalista e as suas articulações com o desenvolvimento de políticas públicas no processo de 'acúmulo de capital' (BURLANDY E BODSTEIN, 1998).

Sendo assim, a determinação social do processo saúde-doença não deve relativizar a análise das relações sociais de produção existentes, com os aspectos biológicos e psicológicos. Subjugariam que as causas biológicas e psicológicas, mais facilmente observadas, valeriam mais nas condições do processo saúde-doença, que as condições sociais de produção, estabelecendo diferenças em seus agravos à saúde (PERNA, 2008).

Nesse contexto, as políticas sociais de cunho universal tocadas pelo poder público são as únicas capazes de produzir saúde. Isso pode ser óbvio para muitos, mas não é para as democracias recentes” Fala de Paulo Buss na Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde (BUSS, 2011).

Como diz SANTOS *et al.*, 2019:

Vivemos em um período de aprofundamento da lógica político-econômica neoliberal e a aceleração da catástrofe socioambiental. Este cenário torna urgente e extremamente atual um debate que se iniciou nos anos 70, travado por aqueles que entendem saúde, doença e morte como fenômenos condicionados pela forma de dominação social (SANTOS *et al.*, 2019. p. 81).

As intervenções sugeridas por Whitehead e Dahlgren (2004) nos determinantes sociais de saúde (DSS) estão divididas em quatro níveis: Nível 1, mudanças sociais estruturais relacionadas a ações políticas; Nível 2, melhoria nas condições de vida através de melhorias

nas condições materiais e sociais; Nível 3, fortalecimento do apoio social; Nível 4, ações de cunho individual relacionadas ao estilo de vida. Assim, para se alcançar um objetivo concreto as estratégias devem trabalhar nos quatro níveis. Para isso é preciso compreender sua totalidade, a soma de suas partes, que compõem não só um único indivíduo, mas um sistema complexo que interage com outros sistemas, sociais e singulares, ao qual enquanto sociedade, objetivamos superar para prover o necessário para todos que participam desse sistema de relações, sem prejudicar uma parte sequer.

### **3.3 Betty Neuman: Teoria do Modelo de Sistemas**

Betty Neuman nasceu em Ohio, em 1924, e sua experiência de vida levou-a a escolher a enfermagem como profissão, e mesmo passando por grandes dificuldades financeiras, trabalhou em diversas carreiras até conseguir adentrar à Escola de Enfermagem militar durante a Segunda Guerra Mundial, em 1947. Dez anos depois (1957), termina seu mestrado em Saúde Pública e posteriormente em psiquiatria e saúde mental. (GEORGE.et al, 2000) (HANNOODEE .et al, 2021)

Em 1970, Betty Neuman era Enfermeira e Professora, na Universidade de *Los Angeles* (UCLA), Califórnia. Vinha construindo sua carreira na Saúde Pública e na Saúde Mental e Psiquiatria, áreas que tiveram grande influência no desenvolvimento de sua teoria. Autores como Gerald Caplan (1964), psiquiatra e professor na Escola de Saúde Pública em Harvard que inspirou e seu modelo de atenção primária, secundária e terciária, focado na prevenção. Sendo assim, desenvolveu sua Teoria do Modelo de Sistemas a partir da necessidade de aglutinar o holismo às teorias de enfermagem. A corrente de pensamento filosófica em torno da teoria Holística de Enfermagem, compreende o homem como um todo dinâmico em interação com o ambiente, também dinâmico. Compreende o *homem* e o meio ambiente enquanto sistemas, e também coloca a Enfermagem como uma conservadora de energia pela avaliação de respostas atuando com a pretensão de alterar o ambiente. Essa percepção de todoparte da compreensão da saúde, doença e morte e a adaptação do organismo humano à uma resposta dos desequilíbrios orgânicos. (HORTA, 2005)

Assim Neuman, desenvolveu o metaparadigma de sua teoria, baseada em sistemas onde seriam relacionados os seres humanos, o ambiente, a saúde e a enfermagem. (LARA, 2006) (GEORGE.et al, 2000) (HANNOODEE .et al, 2021)

#### **3.3.1 Metaparadigma: o ser humano, o ambiente, a Saúde e a enfermagem**

Neuman (2006), compreende *o ser humano* como um sistema aberto, o indivíduo pode ser um grupo, família, comunidade ou qualquer tipo de coletividade, que sofre influências de forças internas e externas em seu processo, com entrada, processo, saída e retroalimentação, sendo representado por um padrão organizacional dinâmico. O sistema sofre influência, positiva ou negativa do *ambiente*, caracterizado como um todo vital que pode se ajustar ao indivíduo/coletividade ou a si mesmo, essas influências do ambiente são identificadas como intra, inter e extrapessoais. (GEORGE.et al, 2000)

Assim, o sistema busca um equilíbrio entre esses fatores para se estabilizar, essa condição de estabilidade é identificada como *saúde*. O que atua sobre esses fatores é identificado pela autora como estressores, estes podem influenciar de maneira positiva ou negativa sobre o sistema, e as reações desse sistema são classificadas como possíveis, não ocorrendo ou vigentes, sendo identificável as respostas ou os sintomas de tal influência. (GEORGE.et al, 2000)

Quando as necessidades desses sistemas estão em harmonia, é considerado alcançado o bem-estar ideal, quando essa necessidade está em desarmonia é compreendido o processo de doença e quando não há energia disponível para sustentar esse processo, o fim se dá pela morte. (GEORGE.et al, 2000) (HANNOODEE .et al, 2021)

A *Enfermagem* é compreendida como a responsável pela manutenção, avaliação e intervenção no processo de influência dos fatores estressores à estrutura básica do indivíduo e suas variáveis. Esses aspectos são imprescindíveis para a compreensão do Modelo Teórico de Sistemas, além dos conceitos estabelecidos pela autora. (HANNOODEE .et al, 2021) (HORTA, 2005) (GEORGE.et al, 2000)

O modelo ilustra elementos que influenciam e interagem com o equilíbrio dinâmico do bem-estar do indivíduo ou coletividade em questão, considerando: as *variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, desenvolvimentistas e espirituais; estrutura básica e os recursos de energia; as linhas de resistência; linha normal de defesa; linha flexível de defesa; estressores; reação; prevenção primária, secundária e terciária; fatores intra, inter, extrapessoais e reconstituição*; (GEORGE.et al, 2000)

## Quadro 2. Conceitos e Definições do Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

CONCEITO	DEFINIÇÃO & COLOCAÇÕES
Estrutura básica:	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Fatores de sobrevivência fundamentais comuns à espécie (NEUMAN, 1995)</li> <li>o Objetiva-se a estabilidade dinâmica, ou homeostasia;</li> </ul>

Variáveis do usuário/sistema:	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Frequentemente, tais fatores estão relacionados a cada uma das cinco variáveis do sistema/usuário, como a força física, capacidade cognitiva e os sistemas de valores; <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Fisiológico</i>: Funcionamento orgânico do corpo; estrutura e funções do organismo;</li> <li>▪ <i>Psicológico</i>: Processos mentais, emocionais e relacionamentos;</li> <li>▪ <i>Sociocultural</i>: Relações, atividades sociais e culturais, expectativas;</li> <li>▪ <i>Desenvolvimentista</i>: desenvolvimento do ciclo de vida;</li> <li>▪ <i>Espiritual</i>: Influência de crenças espirituais;</li> </ul> </li> <li>o A variável espiritual é considerada como inata da estrutura básica que pode ou não ser reconhecido e/ou desenvolvido pelo cliente/usuário, incluindo também a negação da existência dessa variável;</li> </ul>
Linhas de resistência:	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Essas variáveis devem ser consideradas quando for investigada a reação do sistema aos estressores; e o funcionamento harmônico dessas variáveis com relação aos estressores ambientais internos e externos é o foco da intervenção;</li> <li>o <b>Conjunto interno de fatores que buscam a estabilidade como resposta aos estressores ambientais quando estes atravessam a linha normal de defesa;</b></li> </ul>
Linha normal de defesa:	<ul style="list-style-type: none"> <li>o <b>Habilidade biológicas e psicológicas, socioculturais – de desenvolvimento- e espirituais desenvolvidas ao longo da vida para adquirir estabilidade e lidar com os estressores;</b></li> </ul>
Linha flexível de defesa:	<ul style="list-style-type: none"> <li>o <b>Capacidade variável e em constante modificação para responder aos estressores;</b></li> </ul>
Ambiente:	<ul style="list-style-type: none"> <li>o <b>Forças internas e externas que circundam os seres humanos em qualquer ponto no tempo;</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Ambiente Interno</i>: Está dentro do limite do sistema do cliente;</li> <li>▪ <i>Ambiente Externo</i>: Está fora do sistema do cliente;</li> <li>▪ <i>Ambiente criado</i>: Desenvolvido pelo cliente de forma simbólica representando a totalidade e a troca entre os ambientes, interno e externo.</li> </ul> </li> </ul>
Estressores:	<ul style="list-style-type: none"> <li>o <b>Estímulos que produzem tensões e podem causar instabilidade ao sistema.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Estressores extrapessoais</i>: Forças externas ao sistema que gera uma reação ou resposta ao sistema</li> <li>▪ <i>Estressores interpessoais</i>:</li> <li>▪ <i>Estressores intrapessoais</i>: Forças que ocorrem no interior de uma pessoa e resultam numa relação ou resposta.</li> </ul> </li> </ul>
Saúde:	<ul style="list-style-type: none"> <li>o <b>Estabilidade ideal do sistema em determinado momento, vista como um continuum, de forma dinâmica com níveis de variação normal ao longo da vida do indivíduo</b></li> <li>o Tais variações ocorrem de acordo com as características da estrutura básica, sua resposta e adaptação aos estressores.</li> <li>o O sistema cliente move-se em direção à doença quando é necessária mais energia do que a disponível (Entropia) e em direção ao bem-estar quando mais energia está disponível que o necessário (Negentropia).</li> </ul>
Reação:	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Doença: Estado de insuficiência no qual as necessidades ainda estão por ser satisfeitas;</li> <li>o Baseada no movimento de resposta aos estressores, é discutida de forma conjunta com o processo saúde-doença e os estressores.</li> </ul>
Prevenção:	<ul style="list-style-type: none"> <li>o <b>Manutenção do bem-estar e proteção ao processo de reconstituição do sistema através de pontos de apoio e conservação de energia;</b></li> <li>o Parte de qualquer momento após o início da reconstituição.</li> <li>o Tende a retornar aos princípios da prevenção primária. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Prevenção Primária</i>: aplicação de conhecimentos gerais em uma situação do cliente na tentativa de identificar e proteger contra os efeitos potenciais dos estressores antes que eles ocorram;</li> <li>▪ <i>Prevenção Secundária</i>: Tratamento dos sintomas de reação de estresse para levar a reconstituição;</li> <li>▪ <i>Prevenção Terciária</i>: Atividades que buscam fortalecer as linhas de resistência após a ocorrência da reconstituição;</li> </ul> </li> </ul>
Reconstituição:	<ul style="list-style-type: none"> <li>o <b>Aumento da energia que ocorre em relação ao grau de reação a um estressor;</b></li> <li>o Depende da intervenção bem-sucedida dos recursos do cliente;</li> </ul>
Enfermagem:	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Considerada um estado dinâmico de ajustamento</li> <li>o <b>Responsável pela manutenção do vínculo entre cliente, ambiente e saúde;</b></li> <li>o Foca sua atuação no ajuste da estabilidade do sistema através da investigação dos efeitos (vigentes e potenciais) de estressores;</li> </ul>

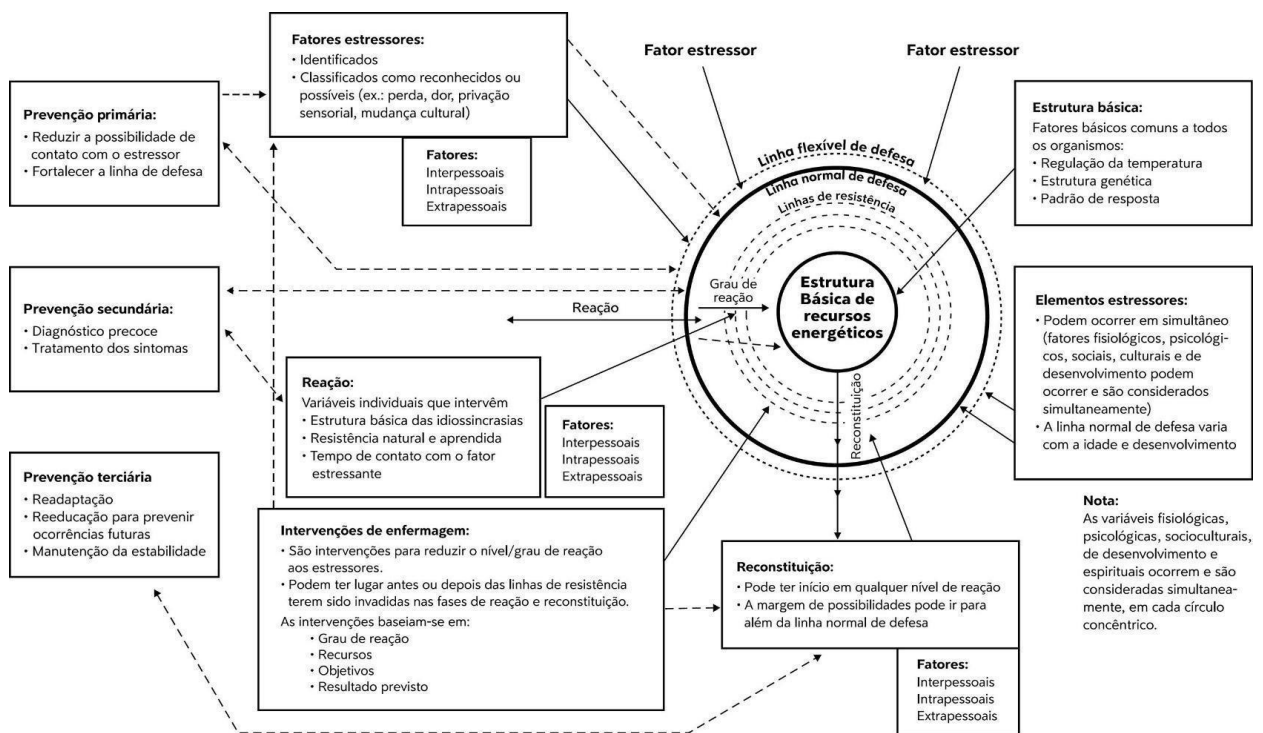
**Fonte:** Baseado nos conceitos de Neuman (2006), elaborado pela Autora, em 2022.

Apesar da singularidade de cada indivíduo/sistema, existem fatores comuns e características inatas dentro das respostas da estrutura básica. Muitos dos estressores ambientais são conhecidos e universais, seu potencial de desvio na linha normal de defesa do cliente é diferente devido às inter-relações de suas variáveis. Essa linha normal de defesa pode ser considerada como estado habitual de saúde ou a estabilidade desse sistema, e parte do enfrentamento de estressores que perpassam a estes ao longo do tempo. (GEORGE.et al, 2000)

Tendo em vista essa função da linha de defesa normal do cliente/sistema, quando os estressores atravessam essa linha, a reação ao fator ou fatores estressores se dá a partir também do inter-relacionamento das variáveis, configurando sua natureza e grau de reação. O processo saúde-doença se dá a partir dessa dinamicidade das variáveis sistema e suas reações aos fatores estressores e o bem-estar é compreendido como um continuum que sustenta um ideal de estabilidade. (GEORGE.et al, 2000)

A prevenção (primária, secundária e terciária), buscam primeiramente a promoção da saúde, quando identificado sintomas de reação aos fatores estressores, buscam estabelecer prioridade de intervenção e tratamento de seus efeitos. À medida que essas intervenções vão ocorrendo, a manutenção e os ajustes que perpassam o processo de reconstituição são estabelecidos em busca do fortalecimento do sistema cliente, essa dinamicidade se restabelece e inicia-se o processo compreendido nessa troca dinâmica com o ambiente. (GEORGE.et al, 2000)

## **Figura 2. Diagrama modelo de sistemas de Neuman**



Fonte: *The Neuman systems model* (5th ed)

### 3.3.2 Apresentação do Processo de Enfermagem do Modelo de Sistemas

O Processo de Enfermagem (PE), é a ferramenta metodológica de trabalho da Enfermeira para realizar suas Intervenções de Enfermagem (IE) em um indivíduo ou coletividade. O PE é o que fomenta a ciência da Enfermagem, sistematiza, valida e estrutura suas ações em saúde e garante a autonomia profissional. O Processo de Enfermagem do Modelo de Sistemas está apresentado na tabela (**Quadro 3**) abaixo em paralelo com o Processo de Enfermagem de cinco etapas mais comumente desenvolvido na prática da enfermagem, a fim de esclarecer o funcionamento e aplicabilidade do mesmo. (GEORGE.etal, 2000)

“O processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passo” (HORTA, 2005. p. 35)

#### Quadro 3. Apresentação do processo de enfermagem do modelo de sistemas

Processo de Enfermagem do Modelo de Sistemas de Betty Neuman		
Diagnóstico de Enfermagem	Metas de Enfermagem	Resultados de Enfermagem



Identificar as variações de saúde e desenvolvimento de intervenções hipotéticas;	Negociação, estratégias de intervenção;	Intervenção de enfermagem utilizando os modos de prevenção; Confirmação das mudanças ou reformulação das metas;
<b>Fases equivalentes ao Processo de Enfermagem de cinco etapas</b>		
<i>Investigação e Diagnóstico</i>	<i>Planejamento</i>	<i>Intervenção e avaliação</i>
<i>Investigação:</i> Dados do cliente; Estado de saúde; Reação aos estressores ambientais; Identificação do estado de saúde habitual; Sumarização dos fatores intra, inter e extrapessoais;	Negociação com a meta de orientação para preservar ou favorecer o nível de saúde; Metas específicas advindas dos DE;	Prevenção como intervenção; Avaliação inserida na discussão da investigação; Metas imediatas e de longo prazo;
<i>Diagnóstico:</i> Refletir a condição total do cliente		

Fonte: Elaborado pela autora, 2022. (GEORGE.et al, 2000)

O modelo desenvolvido por Betty Neuman, pode ser utilizado em diversas áreas de atuação da Enfermagem – Educação, administração e prática. E apesar de ser desenvolvido para a Enfermagem pode ser utilizado por outras disciplinas da saúde. (GEORGE.et al, 2000)

### 3.4 População Privada de Liberdade

De acordo com o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), temos em território nacional, aproximadamente 916.047 pessoas privadas de liberdade. Desse total, 913.387 pessoas estão distribuídas em 518 Unidades Penitenciárias e 2.660 em 1.561 estabelecimentos aparelhados ao sistema carcerário (Cadeia pública; Centro de Detenção Provisória; Unidade de Recolhimento Provisório; Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTP, Centro de observação criminológica e triagem; Colônia agrícola, industrial ou similar; Centro de Progressão Penitenciária; Unidade de Regime semiaberto; Centro de Integração Social; Casa de Ressocialização).

Atualmente, são contabilizadas 459.416 vagas para a população, em comparação com a quantidade de pessoas inseridas nesses estabelecimentos, é possível inferir a superlotação do sistema. A População Privada de Liberdade (PPL) no Sistema Prisional (SP) é plural, constituída por 866.200 homens e 49.847 mulheres, em sua maioria jovens, porém idosos e até mesmo crianças que nasceram no contexto carcerário fazem parte desse grupo. (BRASIL, 2014; DEPEN, 2019; CNS, 2022)

As características dessa população diferem de acordo com o contexto histórico com o qual se desenvolveu. No Brasil, podemos ver demandas históricas da nossa organização social, como as questões raciais e de classes, devido ao desenvolvimento escravocrata da sociedade brasileira e ao sistema capitalista, como ideologia econômica mundial

(ALCANTARA, 2018). Os dados do INFOPEN (2019), apresentam um perfil recorrente: Homem jovem, entre 19 e 25 anos, negro, baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa escolaridade. Por se tratar de um grupo populacional específico, constituído em função de suas características sociais, faz-se necessário observá-lo partindo de uma teoria do social que nos ofereça os elementos teóricos para tal caracterização. Aproximando ‘grupos’ de uma teoria social, Cueva (1997), apresenta o conceito de ‘classe’ do marxismo:

As classes são grandes grupos de homens que se diferenciam entre si, pelo lugar que ocupam em um sistema de produção historicamente determinado, pelas relações em que se encontram frente aos meios de produção (relações que as leis fixam e consagram), pelo papel que desempenham na organização social do trabalho e, por conseguinte, pelo modo e pela proporção que se apropriam de parte da riqueza social que dispõem. As classes sociais são grupos humanos, um dos quais pode apropriar-se do trabalho do outro por ocupar posições diferentes em um regime determinado de economia social. (LÊNIN, 1966, p. 232).

Sob a custódia do Estado, a essas pessoas mantêm-se todos seus direitos fundamentais estabelecidos pela constituição, excluindo-se o ‘direito de ir e vir’ (privação da liberdade). Sendo assim, esses indivíduos devem ter acesso aos seus direitos sociais garantidos: educação, alimentação, segurança, trabalho, moradia e saúde (BRASIL, 1988). De acordo com o Código Penal Brasileiro, a população privada de liberdade conserva todos os direitos não atingidos pela perda da liberdade, impondo-se a todas as autoridades o respeito à sua integridade física e moral. (BRASIL, 1940).

Apesar disso, as prisões brasileiras são comumente caracterizadas como um ambiente insalubre, apresentando superlotação das unidades, negligência nos atendimentos em saúde, morosidade do setor jurídico e falta de investimentos governamentais e violência. Aliados aos fatores estruturais somam-se a má-alimentação, sedentarismo e abuso de drogas. Todos os tipos de agravos em saúde que acometem a população geral também são encontrados no sistema prisional, mas podem ser potencializados devido às condições precárias. Dito isso, um dos problemas identificados para a efetivação de políticas públicas voltadas à saúde das pessoas privadas de liberdade é a superação das dificuldades impostas pela própria condição de confinamento, que dificulta o acesso às ações e serviços que atendam às necessidades da mesma.

### **3.5 Justificativa para a Utilização do Modelo de Betty Neuman**

A utilização desse modelo teórico para realizar a interpretação dos resultados vem da necessidade de sistematizar a atuação do enfermeiro, não só frente à assistência profissional como também enquanto pesquisador. Para isso, fazemos uso das Teorias de Enfermagem

desenvolvidas há muito por nossas companheiras de profissão. As Teorias nos dão o Norte para a interpretação de fenômenos e posterior prescrição/intervenção. O modelo desenvolvido por Betty Neuman, utilizado aqui e em outras literaturas enquanto teoria, permite a captação de fenômenos mais complexos em diversos contextos - como no caso da população carcerária, onde em sua dinâmica temos diversos sistemas que se interpõem, como a saúde, justiça e sociedade.

A escolha da Teoria de Sistemas de Betty Neuman para a discussão sobre as Relações Sociais nos determinantes de saúde da PPL, se deu a partir da compreensão que a autora traz sobre a visão do “cliente”, que pode ser compreendido como um sistema aberto, permitindo a análise sobre um determinado grupo, além disso as dimensões de fatores estressores se relacionando diretamente com o que é definido pela comissão de determinantes sociais de saúde como “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.” (BUSS, 2007)

Para Hickman (2000), o contexto é o ambiente no qual a atividade da Enfermagem tem seu lugar, o conteúdo é o assunto da teoria e o processo é o método pelo qual a enfermeira age ao usar a teoria. Esses são os elementos que fundamentam uma boa teoria de Enfermagem. Sendo assim, o contexto de aplicação da teoria será o sistema penitenciário, traremos como conteúdo os DDS da população carcerária, e utilizaremos a teoria de sistemas para fazer uma crítica aos possíveis diagnósticos encontrados frente a situação de saúde da mesma.

Seu modelo é logicamente consistente, e nos permite a utilização do PE para elaboração de hipóteses que podem ser testadas futuramente por outras pesquisas, inclusive de caráter qualitativo como a proposta deste Ensaio Teórico. Em sua teoria de sistemas a utilização de um modelo holístico traz uma visão de totalidade do cliente, permite um olhar para além de diagnósticos voltados para o tratamento de enfermidade do corpo e estimula a discussão sobre saúde-doença. (GEORGE *et al.*, 2000)

Em nossa prática, compreender a relação do indivíduo com o ambiente, nos permite fazer diagnósticos mais eficazes e complexos, com a habilidade de propor intervenções a sistemas e não somente a um indivíduo em assistência, fortalecendo a ideia da Saúde Coletiva. Assim, compreendendo a coletividade como um sistema aberto, integrado de um centro vital – o ser humano, atravessado por variáveis individuais e sistemas de defesa que interagem com o ambiente, de forma positiva e negativa, em troca constante, durante toda a vida objetivando um equilíbrio dinâmico. (HORTA, 2005)

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES: Reflexão Teórica

Cinco artigos foram caracterizados, sumarizados e lidos na íntegra para análise e abordagem descritiva. A principal língua de divulgação desses trabalhos foi o inglês. Verificou-se que, das pesquisas analisadas o maior número de publicações ocorreu em 2015 (02) e que existe uma concentração de investigações no continente Norte-americano (03).

**Quadro 4 – Descrição dos artigos selecionados para a Revisão Narrativa**

ID	Título	Ano	Local	Idioma	Metodologia	Contexto	Referência
C1	<i>Social Determinants of Health and What Mothers Say They Need and Want After Release From Jail.</i> – ‘Determinantes sociais de saúde e o que as mães dizem que precisam e querem após a saída da prisão’	2018	EUA	Inglês	Estudo qualitativo com entrevista semiestruturada	Pós cárcere	Stelson E, Mogul M, Harner H, Grisso JA, Frasso R. Social Determinants of Health and What Mothers Say They Need and Want After Release From Jail. <i>Prev Chronic Dis</i> 2018;15:180260. DOI: <a href="https://doi.org/10.5888/pcd15.180260">https://doi.org/10.5888/pcd15.180260</a> .
C2	<i>Procedural justice and prisoners’ mental health problems: A longitudinal study</i> – “Justeza procedimental e problemas de saúde mental de presos: um estudo longitudinal”	2013	Europa	Inglês	Estudo longitudinal com dados de entrevista estruturada	Durante o cárcere	Beijersbergen, K. A., Dirkzwager, A. J. E., Eichelsheim, V. I., van der Laan, P. H., & Nieuwbeerta, P. (2013). <i>Procedural justice and prisoners’ mental health problems: A longitudinal study.</i> <i>Criminal Behaviour and Mental Health</i> , 24(2), 100–112. doi:10.1002/cbm.1881
C3	“I Want a Second Chance”: Experiences of African American Fathers in Reentry – “Eu quero uma segunda chance”: Experiências de pais Afro-Americanos em ressocialização”	2015	EUA	Inglês	Abordagem qualitativa de grupo focal	Pós cárcere	Dill, L. J., Mahaffey, C., Mosley, T., Treadwell, H., Barkwell, F., & Barnhill, S. (2016). “I Want a Second Chance.” <i>American Journal of Men’s Health</i> , 10(6), 459–465. doi:10.1177/1557988315569593
C4	Connectivity, prison environment and mental health among first-time male inmates in Mexico City	2015	México	Inglês	Estudo biocultural com questionário estruturado e Avaliação do estado de saúde.	Durante o cárcere	Albertie, A., Bourey, C., Stephenson, R., & Bautista-Arredondo, S. (2015). Connectivity, prison environment and mental health among first-time male inmates in Mexico City. <i>Global Public Health</i> , 12(2), 170–184. doi:10.1080/17441692.2015.1091023
C5	Mass Incarceration, Race Inequality, and Health: Expanding Concepts and Assessing Impacts on Well-Being	2019	EUA	Inglês	Questionário estruturado auto-administrado	Pós cárcere	Blankenship, Kim M. & del Rio Gonzalez, Ana Maria & Keene, Danya E. & Groves, Allison K. & Rosenberg, Alana P., 2018. "Mass incarceration, race inequality, and health: Expanding concepts and assessing impacts on well-being," <i>Social Science &amp; Medicine</i> , Elsevier, vol. 215(C), pages 45-52.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2021.

O estudo C1 foi realizado por meio de entrevista semiestruturada e gravado para transcrição posterior, assim foram desenvolvidas 8 categorias que se assemelhavam a ideia conceitual de determinantes sociais de saúde identificados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Serviços de Saúde Mental e Uso de Substâncias, educação, emprego, Moradia, recursos materiais, ‘cuidado médico’, relação maternal e apoio social, foram categorias elencadas pelos autores e cada uma delas tiveram suas barreiras elencadas e uma solução proposta pelas participantes (STELSON, 2018).

O artigo (C1) analisa algumas situações que demonstram as barreiras encontradas pelas participantes:

“[...]For example, housing was a barrier. Participants explained how strained familial relationships made it difficult to share housing, but participants could not afford housing on their own because of difficulty securing employment. This barrier was compounded by limited access to supportive housing programs. Many programs were full, and participants were afraid for their safety and of losing custody of their children if they accessed emergency shelter” (STELSON, 2018; p. 2).<sup>1</sup>

Assim como, conseguiram elencar sugestões das mesmas para melhorar o processo de ressocialização delas:

“[...] a participant suggested that inconsistent social support from family and friends (voiced by many participants) could be remedied by a formalized peer support program: “I think maybe if I had a mentor or somebody to help me. Maybe when I came home, if I had somebody that was like, ‘Okay, so what are your goals?’ . . . If I had somebody that stays on top of me and keeps in touch with me more”” (STELSON, 2018; p. 2).<sup>2</sup>

A amostra da pesquisa, além de pequena (15 mulheres, com uma evasão de 69% da amostra total de 135), esteve enviesada pela origem da mesma, um programa de reinserção de mulheres a comunidade, por conta disso, algumas respostas foram influenciadas pelas condições dessas mulheres, refletindo em algumas respostas como por exemplo, o acesso a assistência médica. Porém muitas situações se mostraram consistentes durante as entrevistas, principalmente a interferência de fatores econômicos e políticos, mesmo não sendo diretamente mencionados pelas participantes, relacionavam os determinantes sociais de saúde as relações sociais vivenciadas por essas mulheres, resultando em uma baixa condição de vida e saúde estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (STELSON, 2018).

---

<sup>1</sup> “[...]Por exemplo, a habitação era uma barreira. Os participantes explicaram como as relações familiares tensas dificultavam a partilha da moradia, porém não conseguiram pagar por sua moradia individual devido a dificuldade em obter emprego. Essa barreira foi agravada pelo acesso limitado a programas de habitação. Muitos projetos estavam lotados, e os participantes receavam pela sua segurança e pela perda da custódia dos seus filhos se tivessem acesso a um abrigo de emergência.”

<sup>2</sup> “[...] Um participante sugeriu que a falta de apoio social da família e amigos (manifestada por muitos participantes) poderia ser remediada por um programa formal de apoio: “penso que talvez se eu tivesse um mentor ou alguém pra me ajudar... Talvez quando eu voltasse pra casa, se tivesse alguém que pensasse: “Está bem, então quais são seus objetivos?” alguém que ficasse em contato comigo e ficasse em cima de mim.”

As normas encontradas dentro do sistema penitenciário se relacionam com elementos sociais externos, como a orientação política e ideológica de um país, as condições socioeconômicas, cultura, tradições religiosas e aspectos morais de determinada sociedade. Essa reprodução das relações que existem fora do ambiente carcerário, mostra o impacto dessas relações sociais nessa população. Em contextos diferentes, uma outra análise é necessária para se adaptar e compreender aquela realidade específica, evitando a disseminação de “modelos de pensamento e teorias sobre a prisão, o encarceramento e a justiça criminal.” que se desenvolvem e se aplicam a uma população específica (FROIS; OSUNA; LIMA; 2019).

Aproximando da realidade Brasileira, a amostra da pesquisa tem perfil semelhante ao que encontramos nas prisões de nosso estado. Mulheres jovens, em média 28 anos, em sua maioria negras e com 3 filhos em média.

Os autores do segundo artigo (C2), investigam a relação da justiça processual, conceito advindo de teorias da psicologia social, com o adoecimento mental de homens encarcerados na Holanda. A justificativa para tal pesquisa é investigar a percepção desses indivíduos em situação de privação de liberdade para além dos fatores ambientais e individuais dos mesmos (BEIJERSBERGEN *et al.* 2013).

O próprio autor coloca que a pesquisa diverge de muitos outros locais do mundo no que se refere a estrutura do cárcere, pois na Holanda, o sistema penitenciário não sofre com superlotação ou falta de profissionais. Assim como no estudo desenvolvido por Perrett *et al.* (2019) muitos reeducandos afirmaram sentirem-se respeitados pelos agentes. Aqueles que mantêm uma boa relação com os agentes costumam relatar maior sensação de segurança. Além disso, o estudo se propõe a analisar os mecanismos de enfrentamento desenvolvidos por esses para lidar com o ambiente prisional. (BEIJERSBERGEN *et al.* 2013).

“Prison conditions in the Netherlands remain rather liberal and humane compared with those of many other countries. Dutch facilities do not, for example, face major overcrowding or understaffing, most prisoners reside in a single cell and staff-prisoner relationships are generally characterised as informal and supportive”<sup>3</sup> (BEIJERSBERGEN *et al.* 2013; p. 102).

Os dados foram advindos de dois tipos de entrevista: uma estruturada aplicada pelos profissionais do projeto e outro que foi auto aplicada pelos participantes nas celas. Uma amostra de mais de 1.000 homens foi convidada a participar da pesquisa, onde tiveram suas

---

<sup>3</sup> “As condições prisionais nos Países Baixos permanecem mais liberais e humanas em comparação a muitos outros países. As instalações holandesas não enfrentam, por exemplo, superlotação ou falta de funcionários, a maioria dos presos reside em cela individual e as relações com os agentes prisionais são geralmente caracterizadas como informais e de apoio”

respostas coletadas após as 3 primeiras semanas e posteriormente, após 3 meses de prisão. Quatro categorias foram questionadas aos indivíduos: Justiça processual, saúde mental, mecanismos de enfrentamento e características individuais. Dessas quatro categorias, alguns aspectos foram analisados, como a forma como são tratados pelos funcionários, a presença ou não de alguns sintomas relacionados a saúde mental, a forma de enfrentamento (baseada na emoção, no problema ou na evitação), e nos fatores pessoais foram levados em consideração a idade na admissão do cárcere, etnia, antecedentes de encarceramento e tratamento para problemas psicológicos até 12 meses antes do encarceramento (BEIJERSBERGEN *et al.* 2013)

Os resultados, apontaram para uma relação causal entre a justiça processual e a saúde mental dos indivíduos encarcerados. Corroborando com a afirmação de que um ambiente de maior qualidade para o funcionamento do sistema penitenciário seja uma das formas de minimizar o sofrimento mental desses indivíduos. Outras relações, como o mecanismo de enfrentamento de situações estressantes não receberam tamanha significância por parte dos autores por terem avaliado como fator estável (BEIJERSBERGEN *et al.* 2013). Uma outra pesquisa indica que os homens com maiores sentenças e maior idade em aprisionamento sentiram ou experienciaram mudanças emocionais e relataram que o ambiente prisional não atendia às suas necessidades emocionais (PERRETT; GRAY; G.; E.; BROOKS, 2019).

No Brasil, os fatores de enfrentamento são encarados de forma diferente por se saber das relações de poder dentro do cárcere institucionalizadas pela presença de facções criminais dentro do sistema penitenciário. A própria experiência de encarceramento afeta a saúde desses, a exposição ao estresse está diretamente relacionada com adoecimento físico e psicológico. conflitos internos, conflitos de outros detentos, isolamento, a presença de facções como o caso do PCC no Brasil, adaptação à nova rotina ou sentenças demasiado longas, evidenciando o envelhecimento no cárcere (TURNER *et al.*, 2018) até a relação entre o preso e agente, superlotação e perda do apoio social (FROIS; OSUNA; LIMA, 2019); (ARIZA; ARBOLEDA, 2020).

Quase a totalidade dos apenados reclusos já adoeceram no presídio, os dados obtidos assemelham-se ao perfil nacional de adoecimento em outros cárceres. [...]. A capacidade excedida das celas, a má estruturação das mesmas, o confinamento em si e a higiene deficitária favoreceram ou se tornaram motivo para tal desequilíbrio entre saúde e doença nos presídios. Essa situação contribui para o agravamento da condição de saúde dessa população, constitui sério risco à saúde dos homens privados de liberdade, seus contatos e nas comunidades nas quais irão se inserir após o livramento. (PINHEIRO, 2015, p. 276)

O estudo C3 capta a experiência de homens encarcerados no processo de ressocialização e paternidade através do método de grupos focais com homens participantes de um programa voltado para paternidade negra pós-cárcere. (DILL *et al.*, 2015)

A temática surge do interesse de compreender os problemas ocasionados pela paternidade encarcerada, haja vista que a maioria dos estudos são voltados para a relação mãe-filhos (DILL *et al.*, 2015). Quando abordamos a temática de gênero sob a população podemos observar cenários dicotômicos entre gênero masculino/feminino, com pesquisa voltadas para maternidade, adoecimento mental e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis pelo “feminino”, enquanto a temática voltada para a população masculina refere-se à violência, criminalidade e uso/abuso de substâncias. Com exceção do HIV e Infecções sexuais, que são amplamente abordadas em quase toda a população carcerária (BRINKLEY-RUBINSTEIN *et al.*, 2018); (BARCINSKI, CÚNICO, 2014).

O estudo conduzido por Cúnico e Lermen (2020) conclui que “vários estudos apenas valeram-se do conceito como forma de diferenciar descritivamente os dados obtidos”. A masculinidade como ponto central das discussões coloca o homem privado de liberdade em disputas com seus semelhantes, reprodução de atitudes de risco, negligência com sua saúde física e mental, reforçado por relações sociais que atuam sobre esse indivíduo antes e durante o cárcere.

Não podemos esquecer que estamos lidando com a saúde dos homens e que estes possuem um perfil diferenciado, marcado por legados sociais de gênero que cria o estereótipo "machista". O imaginário de ser homem pode aprisioná-lo em amarras culturais, dificultando práticas de autocuidado, pois o homem é visto como viril, invulnerável e forte. Os homens que se sentem invulneráveis estão em maior exposição, pois adoecem em segredo e demoram a procurar assistência adequada, tornando-se mais vulneráveis. (PINHEIRO *et al.*, 2015, p. 276)

A análise se deu a partir da interpretação do ponto de vista, propondo a uma análise do discurso intersubjetivo, que leva em consideração a experiência dos participantes. A pesquisadora ressalta que a escolha desta metodologia está pautada no embate a uma visão positivista encontrada nas pesquisas. Dos grupos focais foram extraídas quatro categorias de análise: Redenção, emprego, saúde e apoio social. (DILL *et al.*, 2015)

A oportunidade de estar com seus filhos e ensiná-los a não cometerem os mesmos erros, e poder passar tempo de qualidade com eles, faz parte do processo de redenção descrito



pelo artigo. Esse processo é extremamente relevante para a relação pai-filhos e motiva-os a seguirem o seu processo de reinserção na sociedade de forma firme.

“Men in our study are committed to redeem themselves through mending relationships with their children, as one of the first steps or goals on release. Participants in our study see this time as an opportunity to change and make things better for themselves and for the lives of their children”<sup>4</sup> (DILL *et al.*, 2015; p. 4)

O emprego se torna categoria analítica crítica, pois parece um ciclo onde o mesmo busca emprego, não consegue ou consegue algum que não há pagamento justo. Além disso, em muitos locais dos Estados Unidos políticas discriminatórias frente à população carcerária dificultam a entrada desses homens no mercado de trabalho e impedem a participação em atividades sociais como por exemplo, o direito ao voto. O medo de ser preso novamente, também bate à porta desses indivíduos, pois muitos desses homens precisam pagar pensão para seus filhos, sendo assim o desemprego está relacionado com a remissão desses homens ao sistema penitenciário. O desemprego afeta diretamente a dinâmica familiar, levando a um ciclo de pobreza e inequidade (DILL *et al.*, 2015).

Fathers in our study admit that such stigma erodes their confidence when looking for and applying to jobs. They strive to make it past the criminal background section of employment applications in order to demonstrate their skillset and secure gainful employment. Furthermore, they are acutely aware that gainful employment will afford them the resources to pay child support, for failure to do so is a major cause of recidivism<sup>5</sup> (DILL *et al.*, 2015; p. 5)

A busca pelos serviços de saúde se torna quase impossível devido às experiências anteriores com gastos e o medo de futuras contas, como se sabe os serviços de saúde nos Estados Unidos são privados, os custos para quem não tem plano de saúde são mais altos. Tendo em vista a situação financeira desses homens, muitos deles evitam procurar os serviços de saúde. Assim, o artigo conclui que a busca por serviços de saúde não é uma prioridade, comparado com a necessidade de encontrar emprego e moradia, prover e alimentar-se e mobilidade urbana (DILL *et al.*, 2015; p. 6).

Dill *et al* (2015) destaca que o apoio social foi uma das categorias elaborada com maior dicotomia devido a amostra da pesquisa ser parte de um programa de apoio aos homens em reintegração social. Fatores como estigmatização, estresse e isolamento devido ao processo de encarceramento e ressocialização são temas abordados no grupo devido a

<sup>4</sup> “Os homens no nosso estudo estão empenhados em redimir-se através da reconstrução das relações com seus filhos, como um dos primeiros passos ou objetivos da liberdade. Os participantes veem esse tempo como uma oportunidade de mudar e fazer as coisas melhores para eles mesmos e para a vida de seus filhos.”

<sup>5</sup> “Os pais em nosso estudo admitem que tal estigma influi em sua confiança quando procuram e se candidatam a empregos. Se esforçam em fazer na seção de histórico criminal algo passado, para demonstrar as suas competências e assegurar um emprego remunerado. Além disso, eles estão cientes de que um emprego remunerado vai fornecer a eles recursos para pagar a pensão dos filhos, pois sabem essa é uma das principais causas da reincidência”

experiência deste coletivo, então nesse espaço se tem um ambiente seguro para se expressarem sobre essas situações advindas de forma negativa pela experiência do cárcere. Além dessa rede de escuta, o programa é responsável por fornecer uma rede de apoio relacionada a outras necessidades sociais como trabalho, educação, moradia e transporte. (DILL *et al.*, 2015)

O artigo (C4) de Albertie *et al* (2015) busca compreender o impacto do encarceramento na saúde mental dos indivíduos encarcerados, e fatores ambientais que podem comprometer seu estado de saúde. O estudo foi conduzido em três instituições penais, e teve uma amostra de mais de 500 participantes, que se voluntariaram para a pesquisa e estavam em consonância com os critérios de.

Esses participantes passaram por uma avaliação de saúde e responderam um questionário extenso com cinco sessões de interesse: Situação socioeconômica e demográfica, histórico de violência e de infância, comportamentos de risco relacionados a ISTs e HIV, alimentação e atividade física, saúde mental e atitudes de risco a saúde; Dessas categorias foram elencadas as variáveis dependentes e independentes, sendo elas respectivamente, depressão e uso de substâncias; e ‘connectivity’ – compreendida como ‘relações/relacionamentos’, ambiente prisional e histórico pessoal (ALBERTIE *et al.*, 2015).

Os resultados apontaram para uma condição de saúde mental precária e uso/abuso de substâncias no contexto de cárcere. Que metade da amostra apresentou condições para transtorno depressivo e mais da metade para uso/abuso de substâncias em cárcere. Pessoas que estão passando pelo sistema prisional pela primeira vez, tendem a sofrer mais com causas psicológicas, e essas condições são variantes a partir da forma de enfrentamento individual e sua rede de apoio, sendo possível observar como fator de proteção o casamento e as visitas, ou seja, o apoio social é imprescindível para adaptação e reinserção desse sujeito. Torna-se evidente a falta de assistência em saúde pública e principalmente no serviço de saúde mental para com esses indivíduos (ALBERTIE *et al.*, 2015).

“Although it is not unusual for prisoners to report feelings of abandonment, loneliness and overall distress due to deprivation, forced separation and unwanted reordered relationships with family and friends, no associations were found between having children or being married and depression or substance use.” (ALBERTIE *et al.*, 2015; p. 11)

---

<sup>6</sup> “Apesar de não ser incomum prisioneiros relataram sentimentos de abandono, solidão e angústia geral devido a privação de liberdade, separação forçada e relações reordenadas indesejadas com a família e amigos, não foram encontradas associações entre ter filhos e ser casado e depressão e uso de substâncias.”

Essa rede de apoio social, é importante para o desenvolvimento pessoal do homem encarcerado. A comunicação, associada a capacidade de se comunicar efetivamente dentro e fora do sistema, comunicação entre o homem-serviço de saúde e homem-agentes penitenciários foi evidenciada como fator positivo para o bem-estar, dentro das limitações do sistema penitenciário. (PERRETT; GRAY; G.; E.; BROOKS, 2019). Aqui, vale uma discussão de gênero já que a grande maioria dos estudos abordam essa perspectiva do ponto de vista da mulher encarcerada, sendo possível ressaltar aqui o diferencial deste artigo (ALBERTIE *et al.*, 2015).

Fatores situacionais como a violência no cárcere e superlotação, também refletem na saúde mental do homem encarcerado, porém atividades laborais e envolvimento outras atividades dentro do cárcere, funcionam como fator minimizador do sofrimento psíquico e da exposição à violência (ALBERTIE *et al.*, 2015).

Foi possível perceber por comparação que países com maiores condições econômicas obtiveram uma análise diferente da realidade do México. Massoglia e Remester (2019) ressaltam que as informações a respeito do número de infecções e doenças, divergências nas políticas de saúde, do sistema jurídico e determinantes sociais de pesquisas realizadas em território estadunidenses em comparativo ao de outros continentes, não podem ser generalizadas.

“Although length of imprisonment was not associated with decreasing depression prevalence in this sample, depression resulting from poor adjustment to incarceration may persist over first incarceration, particularly in the absence of mental health services. Similarly, context may explain substance use prevalence; most previous studies were conducted in high-income countries where general and prison-specific substance use is substantially different from Mexico.”<sup>7</sup> (ALBERTIE *et al.*, 2015; p. 10-11).

Devido a estrutura do Estado Americano, em suas leis e políticas, algumas afirmativas acerca de um considerável efeito positivo na população carcerária, exposto em outras pesquisas (MASSOGLIA; REMESTER, 2019) se mostram distintas da realidade da realidade da Cidade do México, o que podemos ver aqui é a similaridade com o contexto brasileiro. Como apontam os resultados de uma pesquisa desenvolvida a respeito das condições de vida da população prisional masculina no sistema carcerário da região nordeste (SILVA *et al.*, 2021).

---

<sup>7</sup> “Embora a duração do encarceramento não tenha sido associada à diminuição da prevalência da depressão nesta amostra, a depressão resultante de um ajustamento deficiente ao encarceramento pode persistir durante o primeiro encarceramento, particularmente na ausência de serviços de saúde mental. Da mesma forma, o contexto pode explicar a prevalência do uso de substâncias; a maioria dos estudos anteriores foram realizados em países de elevado rendimento, onde o uso de substâncias gerais e específicas das prisões é substancialmente diferente do México.”

Já os autores deste artigo (C5) se propõem a analisar o fenômeno do encarceramento em massa pela ótica racial. E o impacto desse encarceramento aos determinantes sociais de saúde relacionados ao bem-estar. Para isso, os dados utilizados são advindos de uma pesquisa em desenvolvimento intitulada *Structures, Health and Risk among Reentrants, Probationers, and Partners* (SHARRPP) que investigou o impacto da política contra drogas no ciclo de encarceramento-ressocialização-readmissão, causando instabilidades nas condições de vida dessas pessoas. Os pesquisadores fizeram uso de questionário estruturado a esses participantes voluntários que tiveram experiência de cárcere. A amostra foi composta por mais de 300 participantes acima de 18 anos. (BLANKENSHIP *et al.*, 2019)

Foram analisadas informações sociodemográficas básicas, fatores socioeconômicos, escolaridade e vínculo empregatício. Além do uso de substâncias, histórico relacionado à justiça criminal (além do encarceramento), aspectos relacionados à vigilância e controle comunitário (advindos da justiça criminal), poder policial e controle policial (Hiper vigilância). No questionário também foram inseridas questões sobre o impacto do histórico de prisão nos bem-estar social e econômico desses indivíduos. Classificando em questões voltadas à educação, emprego e moradia, relacionamentos pessoais e nas relações de pessoas próximas, como também o impacto referente a dificuldade de utilizar os serviços de saúde ou quaisquer outros serviços. (BLANKENSHIP *et al.*, 2019)

Sendo assim, surgiram duas categorias: Encarceramento em massa; e Histórico criminal, bem-estar e raça. Esses dados foram seccionados no contexto racial para avaliar a interferência do fator raça no processo de encarceramento em massa sob quatro subcategorias: Histórico Criminal; Supervisão Comunitária; Vigilância da Justiça Criminal; Exposição ao controle/poder policial. E posteriormente a relação do encarceramento com os aspectos relacionados à saúde (BLANKENSHIP *et al.*, 2019).

O artigo (C5) consegue concluir que existem diferenças pautadas em preconceitos raciais que diferem entre pessoas negras e pessoas brancas nas experiências de cárcere e de ressocialização. Corroborando que o encarceramento em massa perpetua a inequidade racial nos fatores relacionados às condições de vida, como emprego, educação, moradia e refletem diretamente nos determinantes de saúde dessa população (BLANKENSHIP *et al.*, 2019).

“Our mediation analyses indicate that race-based differences in CJ histories, including number of incarcerations, number of surveillance types, and incarceration as a juvenile, help account for some of these reported differences in impacts on well-being [...] They also were more likely to have a first conviction as a drug-related offense, a longer first sentence, and both to be incarcerated as a juvenile

and to spend time in an adult facility as a juvenile”<sup>8</sup> (BLANKENSHIP et al., 2019; p.10).

Assim como em outras pesquisas, foram identificados determinantes sociais que fomentam as condições de vida dos homens encarcerados: marginalização econômica, fatores estressantes, incidência de doenças (Infecciosas, cardiovasculares e psicológicas), integração e reintegração social relacionadas ao trabalho, estudo e moradia, evidenciando a vulnerabilidade dessa população. (MASSOGLIA; REMSTER, 2019). A população carcerária como um todo, é diretamente afetada pelas mazelas que se seguem após o período de cárcere, porém a população negra está em maior risco.

Fica evidente as distintas formas de expressão das relações sociais sob os determinantes de saúde da população privada de liberdade, durante e após o cárcere. Analisar as relações sociais durante o período de cárcere são de extrema importância para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde como apontado por Lafferty *et al.* (2018) onde os mesmos explanam sobre ‘capital social no ambiente prisional’. Nesse sentido, capital social, de acordo com os autores, é uma definição sociológica voltada para as relações sociais (rede de trabalho, segurança, autopercepção e envolvimento coletivo), em consonância com os aspectos estruturais e culturais de um determinado contexto histórico e geográfico.

Quando utilizada a teoria de análise de capital social proposta por Lafferty *et al.* (2018) leva-se em consideração a identificação dos recursos e lacunas para o desenvolvimento de políticas voltadas para as demandas da população em situação de cárcere, reafirmando que esses recursos são diferentes quando comparados com os fornecidos a sociedade

Na Holanda, por exemplo, as condições do sistema penitenciário são contrastantes a diversos outros continentes como descrito no artigo de Beijersbergen *et al.* (2013), onde cada preso vive em celas individuais e conseguem ter um vínculo forte com os agentes institucionais durante o período de reclusão. As condições de vida dessa população em específico, apesar de sofrerem com os problemas comuns, referem menor sofrimento psicológico relacionado ao ambiente e ao vínculo com os trabalhadores do sistema penitenciário.

---

<sup>8</sup> “As nossas análises de mediação indicam que as diferenças baseadas na raça nas histórias de justiça criminal, incluindo o número de encarceramentos, o número de tipos de vigilância e o encarceramento como juvenil, ajudam a explicar algumas destas diferenças relatadas no impacto sobre o bem-estar [...] Também era mais provável que tivessem uma primeira condenação como delito relacionado com drogas, uma primeira sentença mais longa, e que ambos fossem encarcerados como juvenis e passassem tempo num estabelecimento adulto como juvenis”

Sobre as pesquisas voltadas para análise do capital social, BUSS e FILHO (2007) colocam que:

Finalmente, há os enfoques que buscam analisar as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento da trama de vínculos e associações entre indivíduos e grupos. Esses estudos identificam o desgaste do chamado “capital social”, ou seja, das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, como um importante mecanismo através do qual as iniquidades de renda impactam negativamente a situação de saúde. Países com frágeis laços de coesão social, ocasionados pelas iniquidades de renda, são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social, fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Esses estudos também procuram mostrar por que não são as sociedades mais ricas as que possuem melhores níveis de saúde, mas as que são mais igualitárias e com alta coesão social. (BUSS; FILHO; 2007, p. 82).

A prisão influencia diretamente a saúde do encarcerado, sendo o sistema penitenciário um espaço importante para o desenvolvimento de saúde pública, em evidência pelo grande número de doenças infecciosas, mas sem menosprezar a experiência negativa dada pela condição de privação e o impacto nas relações sociais. A influência sobre os laços familiares, manutenção de relacionamentos e mobilidade social, oportunidades de emprego e educação, comparadas com as pessoas fora do cárcere são discrepantes (LAFFERTY; CHAMBERS; GUTHRIE; BUTLER; TRELOAR, 2018).

Durante a pesquisa nas bases de dados foi possível observar uma grande quantidade de artigos relacionados a epidemiologia de infecções sexualmente transmissíveis, adoecimento mental e outras comorbidades crônicas, desenvolvidos em diversas partes do mundo, com condições de vida muito similares desta população. (ARAÚJO *et al.* 2017); (FERREIRA *et al.* 2019); (TOBLIN *et al.*, 2021); (ZHONG *et al.*, 2021); (SILVERMAN-RETANA *et al.*, 2018); (BAILLARGEON *et al.*, 2017). (MEDINA; RICO, 2020); (SILVA *et al.*, 2021); (PINHEIRO *et al.*, 2015) Suas discussões se cruzam em vários pontos, porém sempre com foco em sobre contabilizar as enfermidades mais presentes na vida dessa população, ou efeitos de/e intervenções realizadas por projetos que buscam melhorar e compreender aressocialização.

Condições de vida relacionadas com pobreza, baixo nível educacional, moradia inadequada ou inexistente, desemprego, infecção por tuberculose, HIV, Hepatite e infecções sexualmente transmissíveis, são encaradas como fatores de risco dentro e fora da prisão, e acometem essas pessoas antes, durante e depois do encarceramento (CUNHA, 2019); (FROIS; BENTO, 2019); (HULSMAN; JUSTINO, 2021).

A morte no cárcere também é abordada em artigos: por doenças crônicas, câncer, AIDS, doenças respiratórias e suicídio. Essa temática evidencia a negligência frente a promoção de saúde, vigilância e tratamento desses indivíduos que estão sob custódia dos seus respectivos governos (CHIES; ALMEIDA, 2019); (SANTOS; NARDI, 2014).

Os resquícios estruturais de um sistema punitivo, que serviu para isolar e excluir socialmente indivíduos, sob condições de vida que eram igualmente insalubres e muitas vezes uma sentença de morte, vê-se repetindo os padrões de adoecimento: tuberculose, suicídio, leptospirose e escabiose, enfermidades frequentemente citadas em artigos que caracterizam as morbimortalidades referenciadas historicamente no que viria a ser instituição prisional (HULSMAN; JUSTINO, 2021); (CHIES; ALMEIDA, 2019); (ARIZA; ARBOLEDA, 2020).

Situações que possam produzir sentimentos de privação, raiva, frustração ou angústia são monitorados pela instituição que se utiliza da repressão e humilhação como forma de manutenção das relações de poder exercidas pelos agentes prisionais. Sendo encaradas como estratégias de governabilidade que fazem parte da organização e operacionalização do sistema prisional. O gênero é uma característica dentro dessa estrutura, o poder se sobressai independentemente, pois não importa se masculino ou feminino a frustração se dá na dinâmica do cotidiano (FROIS; OSUNA; LIMA; 2019).

As instituições prisionais se transformaram durante os anos, saindo do contexto punitivo e tendo como objetivo a ressocialização desse indivíduo. É reconhecida a necessidade de atuação em conjunto de instituições de saúde e justiça para garantir eficácia no processo de ressocialização, reconhecendo que saúde e bem-estar são determinantes desse processo. As pessoas em situação de cárcere têm maiores chances de terem experiências negativas associadas a maiores iniquidades, dificuldade de acesso à saúde, devido ao impacto do isolamento e da superlotação (PERRETT; GRAY; G.; E.; BROOKS, 2019).

O desenvolvimento de pesquisas em contexto carcerário é necessário para ampliar o conhecimento acerca das condições de vida e saúde da população em outros locais e instituições. A complexidade do tema e a dinâmica dos resultados encontrados mostram que é necessário investir em estratégias melhores para o desenvolvimento e ressocialização da população privada de liberdade, que é afetada diretamente pelas condições estruturais e suas relações (PERRETT; GRAY; G.; E.; BROOKS, 2019).

#### **4.1 Identificando os Estressores**

O levantamento sociodemográfico da população privada de liberdade consegue caracterizar muito bem esses indivíduos: população marginalizada, socialmente excluída, com altas taxas de desemprego, dificuldade de acesso à saúde, majoritariamente negra composta por homens jovens. O que compreendemos por bem-estar, não tem verossimilhança com as condições de vida e conseqüentemente de saúde dessa população, até mesmo antes do cárcere. Discutir o sistema carcerário sem esse olhar crítico a quem está adentrando ao ambiente de cárcere parece ignóbil.

A priori, durante a investigação a primeira característica que chama atenção é a quantidade de artigos voltados para doenças infectocontagiosas, crônicas e uso de drogas. Está evidenciado cientificamente há muito tempo que o ambiente de cárcere, principalmente nas instituições brasileiras e em muitos outros países “subdesenvolvidos” ou “emergentes”, que podem ser identificados também como de capitalismo tardio, fornece condições degradantes às pessoas nessas instituições. (ARAÚJO *et al.* 2017); (FERREIRA *et al.* 2019); (TOBLIN *et al.*, 2021); (ZHONG *et al.*, 2021); (SILVERMAN-RETANA *et al.*, 2018); (BAILLARGEON *et al.*, 2017). (MEDINA; RICO, 2020); (SILVA *et al.*, 2021); (PINHEIRO *et al.*, 2015) De forma abrangente, qualquer instituição que funcione como princípio a privação de liberdade, carece de estrutura física e de insumos para manutenção da vida com integridade dessa população.

Aproximando-se dos conceitos de Betty Neuman (2005), o grupo supracitado recebe a influência do ambiente, negativamente, não só durante o período do cárcere, sendo o cotidiano progresso desfavorável para o desenvolvimento e equilíbrio do bem-estar desses indivíduos. Essa população que tem sua liberdade, saúde, moradia digna, trabalho, lazer, alimentação e educação asseguradas pelo direito constitucional (BRASIL, 1988) já está sob influência de fatores estressantes de um sistema político e econômico implementado há muito tempo em nosso estado e em nosso Estado. (BRASIL, 2014)

#### **Quadro 5. Fatores estressores identificados na população carcerária.**

<b>Fatores Estressores</b>	<b>Identificados</b>
<i>Estressores Intrapessoais</i>	Depressão, TEPT (Transtorno de estresse pós-traumático), Abandono familiar, Maternidade/paternidade interrompida, Agressividade; Ambiente insalubre; Machismo;
<i>Estressores Interpessoais</i>	Falta de recurso e maior transmissão de doenças infectocontagiosas como ISTs, HIV; ambiente com facilidade de transmissão de doenças crônicas como Hanseníase e Tuberculose;



	Prejuízo no processo de desenvolvimento laboral e educacional; Relações de poder;
<i>Estressores Extrapessoais</i>	Processo de ressocialização falho; Morosidade Judicial; Política de combate às drogas retrógrada e infundada; Processos judiciais estagnados; Abandono no cárcere; Vulnerabilidade Socioeconômica;

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

As linhas de defesa são mecanismos desenvolvidos como proteção aos fatores estressores. Assim, a linha de defesa normal, pode ser considerada como o nível “normal” de bem-estar . Partindo disso, a “normalidade” tem diferentes leituras, afinal o indivíduo que sempre viveu em vulnerabilidade econômica difere de um indivíduo em uma posição social favorecida, assim suas linhas de defesas normais serão diferentes. Mas não “normais” no ponto de vista social, pois a vulnerabilidade econômica é considerada fator de adoecimento. Teríamos aqui por definição que o nível normal de bem-estar desse indivíduo socialmente adoecido é a sua adaptação a injustiça social?

A linha de defesa flexível, é considerada uma linha de prevenção aos fatores estressantes, que é construída a partir do desenvolvido de cada sistema. Utilizando o exemplo anterior, se uma pessoa que já nasceu em circunstâncias sociais desfavoráveis, e vive por exemplo a insegurança alimentar, a linha de defesa dela a esse fator estressante será diferente da de alguém que nunca passou por tal situação.

É possível observar, tanto em território nacional quanto internacional, que a situação alimentar dentro do sistema está disposta a esses indivíduos sobre a prerrogativa do “aos menos tenho o que comer” (SILVA,212), essa seria uma forma de assegurar que esse indivíduo tem como fator de proteção o fornecimento de alimentação pelo Estado? Direito esse que deveria ser garantido sem a necessidade da privação de liberdade. (BRASIL, 1988).

Por fim, as linhas de resistência trabalham em conjunto com a linha normal de defesa, quando o fator estressor perpassa a linha normal de defesa e há uma reação a linha de resistência atua defendendo a estrutura básica do sistema. O Sistema carcerário atua de maneira negativa até mesmo nas linhas de resistência devido às situações ambientais que os prisioneiros vivem, a superlotação, escassez de recursos de higiene pessoal, e outros fatores se colocam como estressores da recuperação de doenças e agravos que necessitam de condições específicas, até mesmo a suspensão da utilização de remédios de uso controlado foram registradas em pesquisas. (SILVA, 2021)

## 4.2 Prevenção

A palavra prevenção vem da junção do verbo prevenir do latim, *praevenire*, que seria algo como ‘sentido de tomar a frente e o sufixo -ção, sua palavra em latim é, *praeventio*, ‘ação de prevenir advertindo, sua definição é pelo dicionário Michaelis (2022) é “medida tomada por antecipação, a fim de evitar um mal; cautela; precaução; precaução para evitar qualquer mal; evitação.”

Em Saúde, prevenção "exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença" (Leavell & Clarck, 1976). Presente na doutrina do Sistema Único de Saúde (SUS), atualmente é interpretada como a principal estratégia de manutenção e promoção de saúde e bem-estar social, com estratégias de prevenção instauradas com a promulgação da Política Nacional de Promoção da Saúde em 2006. (BRASIL, 1990; BRASIL, 2010) Buscando intervir de forma orientada com o objetivo tanto de evitar o surgimento de doenças, quanto reduzir a incidência e prevalência dessas na população. Corroborando com a discussão dentro da perspectiva de promoção de saúde, Buss, diz que:

Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução. [sobre a prevenção dos problemas de saúde da população] (BUSS, 2000. p. 165)

A partir disso, prevenção está pautada num conjunto de valores e combinações de estratégias que proporcionam mudanças qualitativas nas condições de vida da população, tendo como significância a forma de atuar com enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado (BUSS, 2000). Essa afirmativa, coloca em perspectiva a determinação social do processo saúde doença e a forma de se trabalhar prevenção sob a ótica histórico-social. A Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS, 2008), sugere que estejamos preparados para intervir em todos os níveis de determinantes sociais de saúde, dando prioridade aos fatores socioeconômicos e aos processos educacionais e laborais da população, buscando diminuir as iniquidades em saúde de forma sistemática.

Sobre a perspectiva da prevenção em saúde surge a necessidade de se utilizar um modelo de atenção à saúde contra hegemônico onde [...] a redução do risco da doença e de outros agravos, em que a promoção, a proteção e a prevenção ocupem o mesmo patamar e recebam a mesma importância do que a recuperação e a assistência (SANTOS, 2017).

O conceito de prevenção primária como dito anteriormente, advindos da teoria de Caplan (1964), mesmo que ainda envolvidos pelas definições de Neuman (1995), apesar de nos transmitirem a impressão de agir/intervir de forma multidimensional na vida do indivíduo, onde se trabalha os fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e desenvolvimentistas, coloca o indivíduo como ponto aglutinador de determinada condição de vida e saúde. Já que a saúde, por Neuman (2005) é conceituada como “Estabilidade ideal do sistema ou o estado de bem-estar ideal em um determinado momento [...] onde os níveis variam devido aos fatores da estrutura básica e à resposta e a adaptação do sistema do cliente aos fatores ambientais”. (HANNOODEE *et al*, 2021) (UME-NWAGBO *et al*, 2006)

Leavell e Clark (1976), nos classificaram algumas ações de prevenção nos três níveis de promoção, dentro da Medicina Preventiva. Assim como Neuman (2006) traz sua construção do que se compreende como *prevenção primária* a **redução da possibilidade de contato com o estressor e fortalecimento da linha de defesa**. Como *prevenção secundária*, **diagnóstico precoce e tratamento de sintomas**. Na *prevenção terciária*, apresenta como **Readaptação, Reeducação para prevenir ocorrências futuras e manutenção da estabilidade**.

A partir disso, na prevenção primária temos ações de Educação em Saúde, padrão nutricional, atenção aos aspectos relacionados à saúde mental, condições adequadas de moradia, lazer e trabalho, educação sexual e exames preventivos como forma de redução da possibilidade de contato com fatores estressores, assim como a imunização, higiene pessoal e sanitária, prevenção à acidentes e controle de substâncias como forma de fortalecimento da linha de defesa. Na prevenção secundária, a busca ativa, tratamento adequado, provisão de recursos que auxiliem na manutenção da saúde como formas de diagnóstico precoce e tratamento de sintomas. E a inserção em atividades laborais e educacionais, bem como a educação continuada de profissionais e participação social como readaptação e reeducação na prevenção terciária.

#### **Quadro 6.** *Estratégias de prevenção identificadas em contexto carcerário*

<b>Prevenção</b>	<b>Diagnóstico</b>
<i>Prevenção Primária</i>	Triagem admissional; Ações de educação em saúde voltadas para o Infecções Sexualmente Transmissíveis; Ações de promoção de saúde voltadas para saúde sexual; Imunização; Exercício e modificações no estilo de vida;
<i>Prevenção Secundária</i>	Unidades Básicas de Saúde que prestam serviço à população carcerária; Programas de tratamento a doenças crônicas como Hanseníase, Tuberculose e HIV. Imunização;

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de análise e busca foi possível alcançar o objetivo ao qual este ensaio teórico se propôs, conclui-se que as relações sociais sob os determinantes de saúde (DSS) da população privada de liberdade é fragilizada, quase inexistente. O ambiente do sistema carcerário, é caracterizado como adoecido e adoecedor, evidenciando a necessidade de novas estratégias para o processo de ressocialização, bem como de atuação dos profissionais que atuam nesse contexto.

A partir do conceito de doença desenvolvido por Neuman como “estado de insuficiência no qual as necessidades ainda estão por ser satisfeitas”, podemos afirmar que a população carcerária está doente e pelos resultados de diversas pesquisas longitudinais encontradas na literatura, segue doente após o processo falho de ressocialização. O bem-estar, a saúde, o desenvolvimento e o progresso são privilégios de alguns, enquanto a maior parte da população vive de maneira limítrofe. Ou seja, a transformação deve ser social, é preciso não só restabelecer as condições de saúde dessa população, como também dar suporte para o seu desenvolvimento após o período de cárcere e desenvolver modelos sociais que previnam as circunstâncias que levam a ele.

A adaptação do indivíduo aos fatores estressantes não deve ser de subserviência aos modelos hegemônicos de uma sociedade em colapso, como é a atual sociedade capitalista. Sob a ótica de uma construção social, certamente é mais cômodo caracterizar o adoecimento de uma coletividade reclusa e “fora da norma”. Já compreender o processo de adoecimento desta, é apontar para uma estrutura que se sobrepõe a todos nós enquanto sociedade.

O ambiente caracterizado por isolamento social, condições estruturais que não tem capacidade de alojar e atender às necessidades de saúde, educativas e laborais para efetivar a ressocialização são fatores estressantes à saúde desses indivíduos. A falha sistemática fica evidenciada no retorno desses jovens ao sistema carcerário, a marginalização econômica da população que experienciou o cárcere e a exclusão destes do mercado de trabalho e até mesmo de direitos constitucionais.

Este estudo permite sugerir algumas intervenções para restabelecer minimamente a situação do cárcere: o desencarceramento, um melhor financiamento do sistema carcerário,

melhorias e padronização do sistema de informação sobre as condições de vida e saúde da população, maior participação da sociedade no processo de ressocialização e o treinamento e aperfeiçoamento dos profissionais que compõem o sistema.

Para além dessas medidas práticas, fundamentar conceitos e produção científica em saúde com teoria revolucionária, que se proponha a analisar as relações de produção, o desenvolvimento social e os determinantes de saúde da população, antes, durante e depois do encarceramento, pode ser considerado um avanço na forma de fazer e compreender saúde, objetivando alterar a forma como lidamos com as mazelas causadas pelo próprio sistema capitalista, atuando de forma praxica no seu desenvolvimento interferindo, assim, na realidade objetiva, como se propõe o campo da Enfermagem em Saúde Coletiva.

Pode-se concluir que as relações sociais interferem diretamente nos determinantes de saúde da população como um todo, inclusive na carcerária, de forma predominantemente negativa. Compreender essas relações, esses sistemas, os determinantes sociais de saúde em seu conceito primário, as iniquidades advindas do modo de produção e o impacto nas condições de vida é fundamental para a garantir a efetividade dos direitos humanos, corroborar uma assistência de saúde integral e objetivar uma mudança qualitativa e quantitativa no processo de ressocialização, almejando o desenvolvimento social em sua completude.

A partir dessa análise e reflexão, fica explicitado que somente a prática revolucionária da enfermagem será ferramenta da práxis da mudança social. O antagonismo das classes sociais continuará perpetuando um sistema adoecido em todos os níveis, uma dessas classes será oprimida e sofrerá mais com essa estrutura, e dela, enquanto trabalhadoras(es), urge buscar atuar em prol do desenvolvimento e em consonância com o avanço científico e filosófico do nosso fazer para melhorar as condições de suas vidas, e enquanto seres sociais e políticos, seguiremos buscando a emancipação do ser humano por completo, dentro e fora do cárcere.

## REFERÊNCIAS

ALBERTIE, A. et al. Connectivity, prison environment and mental health among first-time male inmates in Mexico City. *Global Public Health*, v. 12, n. 2, p. 170–184, 14 out. 2015.

ALCÂNTARA, Ramon Luis de Santana, SOUSA, Carla Priscilla Castro e SILVA, Thaís Stephanie Matos. Infopen Mulheres de 2014 e 2018: Desafios para a Pesquisa em Psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online]. 2018, v. 38, n. spe2 [acessado 27 fevereiro de 2022], pp. 88-101. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703000212154>>. ISSN 1982-3703. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000212154>.

ARAÚJO, Wánderon Cássio Oliveira. Recuperação da informação em saúde: construção, modelos e estratégias. *Convergências em Ciência da Informação*, v. 3, n. 2, p. 100-134, maio/ago. 2020.

ARAÚJO, T. M. E. DE; PINHEIRO, D. M.; SOUZA, A. T. DA S. Hepatitis C and associated risks in prisons: an integrative review Hepatite C e riscos associados em presídios: uma revisão integrativa. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, v. 9, n. 4, p. 939–945, 31 out. 2017.

ARISTÓTELES. *ÉTICA A NICÔMACO*. 4. ed. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1991. 375 p.

ARIZA, L. J.; TAMAYO ARBOLEDA, F. L. El cuerpo de los condenados. Cárcel y violencia en América Latina. *Revista de Estudios Sociales*, n. 73, p. 83–95, jul. 2020.

BAILLARGEON, J. et al. The changing epidemiology of HIV in the criminal justice system. *International Journal of STD & AIDS*, v. 28, n. 13, p. 1335–1340, 27 abr. 2017.

BARCINSKI, Mariana; CÚNICO, Sabrina Daiana. Os efeitos (in)visibilizadores do cárcere: as contradições do sistema prisional. **Psicologia**: Revista da Associação Portuguesa de Psicologia, [s. l], v. 28, n. 2, p. 63-70, fev. 2014.

BEIJERSBERGEN, K. A. et al. Procedural justice and prisoners' mental health problems: A longitudinal study. *Criminal Behaviour and Mental Health*, v. 24, n. 2, p. 100–112, 5 set. 2013.

BEZERRA, Juliana. O que é Sociologia? Toda Matéria, 2019. Disponível em: <https://www.todamateria.com.br/o-que-e-sociologia/>. Acesso em: 25 janeiro. 2022.

BLANKENSHIP, K. M. et al. Mass incarceration, race inequality, and health: Expanding concepts and assessing impacts on well-being. *Social Science & Medicine*, v. 215, p. 45–52, out. 2018.

CATÃO, MO. Genealogia do direito à saúde: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. A Sociedade Moderna e as Políticas de Saúde. pp. 139- 168. ISBN 978-85-7879-191-9. Available from SciELO Books

BRASIL, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação de Saúde no Sistema Prisional – 1. Ed – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 60 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Secretaria de Atenção À Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60 p. (B Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica, n. 35. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162. ISBN 978-85-334-2114-1

BRASIL. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>.

BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez.

BRASIL. Lei 8080 de 9 de setembro de 1990, [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm) , e o Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS.

BRINKLEY-RUBINSTEIN, L. et al. Knowledge, interest, and anticipated barriers of pre-exposure prophylaxis uptake and adherence among gay, bisexual, and men who have sex with men who are incarcerated. *PLOS ONE*, v. 13, n. 12, p. e0205593, 7 dez. 2018.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 1, n. 5, p. 163-177, out. 2000. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172210.21622017>.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 77–93, abr. 2007.

BUSS, Paulo. História e Geografia dos Determinantes Sociais da Saúde. [Entrevista concedida a] Cátia Guimarães. *EPSJV/Fiocruz*, Rio de Janeiro. p. 1. 21 de Outubro de 2011.

BURLANDY, L.; BODSTEIN, R. C. [Policy and collective health: a reflection on scientific production (1976-1992)]. *Cadernos De Saude Publica*, v. 14, n. 3, p. 543–554, 1 jul. 1998.

CABRAL, João Francisco Pereira. "Capital, Trabalho e Alienação, segundo Karl Marx"; Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/filosofia/capital-trabalho-alienacao-segundo-karl-marx.html> Acesso em 18 de fevereiro de 2022.

CUBAS, M. R.; EGRY, E. Y. Práticas inovadoras em saúde coletiva: ferramenta re-leitora do processo saúde-doença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 41, p. 787–792, 1 dez. 2007.

CUEVA, Agustín. A concepção marxista de classes sociais”. **Revista Debate & Crítica**, [s. l.], v. 0, n. 3, p. 69-79, jul. 1974.

CÚNICO, Sabrina Daiana; LERMEN, Helena Salgueiro. Prison from a gender perspective: a systematic review. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 205-239, 1 jun. 2020. *Psicologia, Conocimiento y Sociedad*. <http://dx.doi.org/10.26864/pcs.v10.n1.10>.

CLARK, Kirsty A.; HUGHTO, Jaclyn M. White; PACHANKIS, John E.. “What's the right thing to do?” Correctional healthcare providers' knowledge, attitudes and experiences caring for transgender inmates. **Social Science & Medicine**, [S.L.], v. 193, p. 80-89, nov. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.052>.

CUNHA, Manuela Ivone. Fronteiras corpóreas e incorporações prisionais. **Tempo Social**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 17-36, dez. 2019.



CHIES, Luiz Antônio Bogo; ALMEIDA, Bruno Rotta. Muertes en prisión preventiva en Brasil. Prisiones que matan; muertes que importan poco. **Revista de Ciencias Sociales**, [S.L.], v. 33, n. 47, p. 67-90, 6 dez. 2019. Revista de Ciencias Sociales. <http://dx.doi.org/10.26489/rvs.v32i45.3>

CNDSS, As Causas Sociais Das Iniquidades Em Saúde No Brasil Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). [2008]. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas\\_sociais\\_iniquidades.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf)>.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. Policies and strategies to promote social equity in health background document to WHO – strategy paper for europe. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>>.

DANTAS, H L L. COSTA C R B, COSTA L M C, LÚCIO I M L, COMASSETTO I. Como elaborar uma revisão integrativa: sistematização do método científico. São Paulo: Rev Recien. 2021; 12(37):334-345.

DATA DEVELOPMENT AND DISSEMINATION SECTION AND THE CRIME RESEARCH SECTION OF THE RESEARCH AND TREND ANALYSIS BRANCH (org.). Data Metters 1: Prision. United Nations Office On Drugs And Crime: United Nations Office On Drugs And Crime, 2021. 19 p.

DIANA, Daniela. Relações Sociais. Toda Matéria, 2019. Disponível em: <https://www.todamateria.com.br/relacoes-sociais/>. Acesso em: 25 janeiro. 2022.

DILL, L. J. et al. “I Want a Second Chance”. American Journal of Men’s Health, v. 10, n. 6, p. 459–465, 7 jul. 2016.

EGRY, E. Y. et al. Nursing in Collective Health: reinterpretation of objective reality by the praxis action. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, n. suppl 1, p. 710–715, 2018.

ERCOLE, Flávia Falci; MELO, Laís Samara de; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. Integrative review versus systematic review. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 9-11, 2014. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>.

FERREIRA, Melisane Rl; BONFIM, Rafele O; SIQUEIRA, Tatiane C; ANDRADE, RubiaL de P; A MONROE, Aline; VILLA, Tereza Cs; ORFÃO, Nathalia H. Tuberculosis in prison and aspects associated with the diagnosis site. **The Journal Of Infection In Developing Countries**, [S.L.], v. 13, n. 11, p. 968-977, 30 nov. 2019. Journal of Infection in Developing Countries. <http://dx.doi.org/10.3855/jidc.11522>.

FIGUEIRÓ, Rafael de Albuquerque; DIMENSTEIN, Magda. Castigo, gestão do risco e da miséria: novos discursos da prisão na contemporaneidade. **Estudos de Psicologia**, [S.L.], v. 21, n. 2, p. 192-203, jun. 2016. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1678-4669.20160019>.

FROIS, Catarina, OSUNA, CARMEN E LIMA, Antónia Pedroso de Etnografia em contexto carcerário: explorando potencialidades e limites\*. *Cadernos Pagu* [online]. 2019, n. 55 [Acessado 14 Setembro 2021], e195503. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/18094449201900550003>>. Epub 02 Dez 2019. ISSN 1809-4449.

FROIS, Catarina; BENTO, Afonso. Incarceration as Violence: Inflicting Pain in Portuguese Prisons. **Crítica de Ciências Sociais**, Portugal, p. 117-136, dez. 2019

GEORGE, J. B. et al. Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática. Porto Alegre: ArtMed, 2000.

GODÓI, Rafael. A prisão fora e acima da lei. **Tempo Social**: revista de sociologia da USP, [S.L.], v. 31, n. 3, p. 141-160, 15 dez. 2019.

GUIMARÃES, Cátia. História e geografia dos Determinantes Sociais da Saúde. 2011. Publicado em Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/>. Acesso em: 24 fev. 2022.

HANNOODEE S, DHAMOON AS. Nursing Neuman Systems Model. [Updated 2021 Jul 22]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560658/>

JIMÉNEZ, Norberto Hernández. LA RESOCIALIZACIÓN COMO FIN DE LA PENA – una frustración en el sistema penitenciario y carcelario colombiano. **Caderno Crh**, [S.L.], v. 30, n. 81, p. 539-560, dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-49792017000300010>.

LARA, A. F. L. (2006). La construcción des connaissances psychologiquespsychiatriques en santé mentale: des réflexions à partir d'un texte exemplaire. *Psicologia USP*, 17 (1), 35-52

LAFFERTY, Lise; CHAMBERS, Georgina M.; GUTHRIE, Jill; BUTLER, Tony; TRELOAR, Carla. Measuring Social Capital in the Prison Setting: lessons learned from the inmate social capital questionnaire. **Journal Of Correctional Health Care**, [S.L.], v. 24, n. 4, p. 407-417, 1 out. 2018. Mary Ann Liebert Inc. <http://dx.doi.org/10.1177/1078345818793141>.

LEAVELL, Hugh; CLARK, E. Gurney. Níveis de Aplicação da Medicina Preventiva. In: **Medicina Preventiva**. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 1976.

LIÉVANO, Edilson Silva. Violencias y resistencias en la Cárcel Modelo de Bogotá. El caso de la población LGBTI\*. **Folios**, [S.L.], n. 52, p. 87-102, 17 fev. 2020. Universidad Pedagógica Nacional. <http://dx.doi.org/10.17227/folios.52-9806>.

LOCKWOOD C, Munn Z, PORRITT K. Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *Int J Evid Based Healthc*. 2015;13(3):179–187.

MASSOGLIA, Michael; REMSTER, Brianna. Linkages Between Incarceration and Health. **Public Health Reports**, [S.L.], v. 134, n. 1, p. 8-14, maio 2019. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0033354919826563>.

MENDES, Karina dal Sasso *et al.* Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072008000400018>.

MEDINA, William Javier Salazar; RICO, Ricardo Hernán Medina. Estándares nacionales e internacionales del tratamiento penitenciario y carcelario en Colombia. Un estudio del caso de la cárcel de Neiva (Huila). **Prolegómenos**, [S.L.], v. 22, n. 43, p. 79-92, 24 fev. 2020. Universidad Militar Nueva Granada. <http://dx.doi.org/10.18359/prole.3460>.

MARCIS, Frédéric Le. A impossível governança da saúde em prisão? Reflexões a partir da MACA (Costa do Marfim). **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 21, n. 7, p. 2011-2020, jul. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.10402016>.

MARX, Karl. Contribuição à crítica da economia política / Karl Marx ; tradução e introdução de Florestan Fernandes.~2.ed. - São Paulo : Expressão Popular, 2008 . 2 8 8 p. Indexado em GeoDados - <http://www.geodados.uem.br> ISBN 978-85-7743-048- 2

MARX, Karl. Lohnarbeit und Kapital. Separata da Neue Rheinische Zeitung de 1849. Com uma introdução de Friedrich Engels, Berlim, 1891. Traduzido do alemão. Obras Escolhidas em três tomos, Editorial "Avante!". 1982.

MICHAELIS, Moderno Dicionário da Língua Portuguesa 2015. Editora Melhoramentos. ISBN: 978-85-06-04024-9

NEUMAN, B., & FAWCETT, J. (Eds.) (2011). *The Neuman systems model* (5th ed., [insert page number(s)]). Upper Saddle River, NJ: Pearson. Reproduced with the permission of Betty Neuman and Jacqueline Fawcett.

NOGUEIRA, Gabriela Alves de Moraes et al. Teoria Da Intervenção Prática Da Enfermagem Em Saúde Coletiva No Suporte Ao Processo De Enfermagem. In: 3º Simpósio Paraense de Sistematização da Assistência de Enfermagem (3º SPSAE) - Belém, 2020. Disponível em: <<https://www.doity.com.br/anais/3spsaeabenpa/trabalho/118559>>. Acesso em: 10/07/2021

OLIVEIRA, Marta Kohl de. Vygotsky: aprendizado e desenvolvimento um processo sócio-histórico. Brasil: Scipione, 1993. 111 p. (8526219367).

O'BRIEN, B. C. et al. Standards for Reporting Qualitative Research. *Academic Medicine*, v. 89, n. 9, p. 1245-1251, set. 2014.

PERRETT, Stephanie E.; GRAY, Benjamin J.; G., L.; E., D.; BROOKS, Neville J.. Exploring health and wellbeing in prison: a peer research approach. **International Journal Of Prisoner Health**, [S.L.], v. 16, n. 1, p. 78-92, 11 set. 2019. Emerald. <http://dx.doi.org/10.1108/ijph-03-2019-0019>.

PINTO, A. C. et al. Conceito de ser humano nas teorias de enfermagem: aproximação com o ensino da condição humana. *Pro-Posições*, v. 28, n. suppl 1, p. 88-110, dez. 2017.

PINHEIRO MC, ARAÚJO JL, VASCONCELOS RB, NASCIMENTO EGC. Health profile of freedom-deprived men in the prison system. *Invest Educ Enferm*. 2015; 33(2): 269-279. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v33n2a09>

PORFÍRIO, Francisco. "Materialismo histórico"; Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/sociologia/materialismo-historico.htm>. Acesso em 10 de dezembro de 2021.

QUEIROZ, V. M. DE; EGRY, E. Y. Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva, fundamentadas no materialismo histórico e dialético. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 41, n. 1, p. 26–33, mar. 1988.

RIBEIRO, Darcy. *O povo brasileiro*. São Paulo: Companhia de Bolso, 2006.

RIBEIRO JR., W.A. Hipócrates / Da doença sagrada. 2013. Portal Graecia Antiqua, São Carlos. URL: [greciantiga.org/arquivo.asp?num=0752](http://greciantiga.org/arquivo.asp?num=0752). Consulta: 11/05/2022.

RODRIGUES, Talita. Determinação Social da Saúde. 2015. Publicado em Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/>. Acesso em: 24 fev. 2022.

ROJAS, Óscar Antonio Antonio Ramírez. El alcance limitado de la resocialización como educación carcelaria. *Pedagogía y Saberes*, [S.L.], n. 52, p. 117-129, 24 dez. 2019. Universidad Pedagógica Nacional. <http://dx.doi.org/10.17227/pys.num52-9555>

SANTOS, R. F. DOS. Vigilância em Saúde: direito social à promoção e proteção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 10, p. 3134–3134, out. 2017.

SANTOS, Helen Barbosa dos; NARDI, Henrique Caetano. Masculinidades entre matar e morrer: o que a saúde tem a ver com isso?. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 24, n. 3, p. 931-949, set. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312014000300014>

SENA, Ailton. *Relações Sociais*. Educa+Brasil, 2019. Disponível em <https://www.educamaisbrasil.com.br/enem/sociologia/relacoes-sociais/>. Acesso em: 25 janeiro. 2022.

SILVA, S. A. da; SILVA, G. C. da .; NASCIMENTO, G. C. R. do .; ROCHA, M. V. C. .; OLIVEIRA, K. C. P. do N. . Prison system and life conditions of the man in prison in a region of brazilian northeast. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 10, n. 7, p.

e55210716816, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i7.16816. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16816>. Acesso em: 13 sep. 2021.

SILVERMAN-RETANA, Omar; SERVAN-MORI, Edson; BERTOZZI, Stefano Michele; OROZCO-NUÑEZ, Emanuel; BAUTISTA-ARREDONDO, Sergio; LOPEZ-RIDAURA, Ruy. Prison environment and non-communicable chronic disease modifiable risk factors: length of incarceration trend analysis in Mexico City. **Journal Of Epidemiology And Community Health**, [S.L.], v. 72, n. 4, p. 342-348, 24 jan. 2018. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2017-209843>.

SOARES FILHO, Marden Marques; BUENO, Paula Michele Martins Gomes. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 21, n. 7, p. 1999-2010, jul. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.24102015>

SOUZA, I. F. P. DE; MENDES, Á.; CARNUT, L. História política e pensamento epidemiológico. *Revista Guillermo de Ockham*, v. 17, n. 1, p. 77–84, 31 maio 2019.

STELSON, E. et al. Social Determinants of Health and What Mothers Say They Need and Want After Release From Jail. *Preventing Chronic Disease*, v. 15, 6 dez. 2018.

STERN, C.; JORDAN, Z.; MCARTHUR, A. Developing the Review Question and Inclusion Criteria. *AJN, American Journal of Nursing*, v. 114, n. 4, p. 53–56, abr. 2014.

TAMANO, L. T. O. “O movimento sanitário no Brasil: a visão da doença como mal nacional e a saúde como redentora”. *Khronos, Revista de História da Ciência*, nº4, pp. 102 - 115. 2017..

TOBLIN, Robin L. *et al.* COVID-19 Case and Mortality Rates in the Federal Bureau of Prisons. **American Journal Of Preventive Medicine**, [S.L.], v. 61, n. 1, p. 120-123, jul. 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2021.01.019>.

TURNER, Mary; PEACOCK, Marian; PAYNE, Sheila; FLETCHER, Andrew; FROGGATT, Katherine. Ageing and dying in the contemporary neoliberal prison system: exploring the ‘double burden’ for older prisoners. **Social Science & Medicine**, [S.L.], v. 212, p. 161-167, set. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.009>.

UME-NWAGBO, P. N., DEWAN, S. A., & LOWRY, L. W. (2006). Using the Neuman Systems Model for Best Practices. *Nursing Science Quarterly*, 19(1), 31–35. <https://doi.org/10.1177/0894318405284125>

HORTA, Wanda Aguiar. PROCESSO DE ENFERMAGEM. 16. ed. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda, 2005. 97 p.

HULSMAN, Jehanne; JUSTINO, Diogo. They're talking about penal abolition: the urgency of re-imagining different paths as alternatives to the criminal justice system. **Revista Direito e Práxis**, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 444-471, jan. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2179-8966/2020/57285>.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. Documentos básicos. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44194?locale-attribute=pt&>>. Acesso em: 27 jun. 2022.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. Disponível em < [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1) > acesso em 20 de janeiro de 2022.

ZHONG, Shaoling; SENIOR, Morwenna; YU, Rongqin; PERRY, Amanda; HAWTON, Keith; SHAW, Jenny; FAZEL, Seena. Risk factors for suicide in prisons: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Public Health**, [S.L.], v. 6, n. 3, p. 164-174, mar. 2021. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s2468-2667\(20\)30233-4](http://dx.doi.org/10.1016/s2468-2667(20)30233-4).