

Hipertensão Arterial Sistêmica em pessoas privadas de liberdade no Brasil e no mundo: revisão sistemática

Hypertension in people deprived of liberty in Brazil and around the world: a systematic review

Marta Cossetin Costa¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1771-8428>

Maria de Fátima Mantovani²

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7961-8273>

Fernanda Moura D'Almeida Miranda³

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7140-9557>

Diego Emanuel Gracia Duarte⁴

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-0872-5732>

María de Los Angeles Canõn Machado⁵

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-6295-6790>

Beatryz Schmidt Konczyk⁶

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1130-7572>

^{1,6} Universidade Estadual do Oeste do Paraná/UNIOESTE. Foz do Iguaçu (PR), Brasil.

^{2,3,4,5} Universidade Federal do Paraná/UFPR. Curitiba (PR), Brasil.

Editora de Seção:

Thaís Araújo da Silva

Editora Científica:

Tatiane Gomes Guedes

Editora Chefe:

Maria Wanderleya de Lavor
Coriolano Marinus

Submissão: 24/06/2023

Aceito: 17/02/2024

Publicado: 31/07/2024

RESUMO

Objetivo: analisar o estado da arte das intervenções de cuidado utilizadas para o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica em pessoas privadas de liberdade de ambos os sexos no Brasil e no mundo. **Método:** trata-se de revisão sistemática, que incluiu estudos de 2017 a 2022, nos idiomas português, inglês e espanhol, nas bases Biblioteca Virtual de Saúde, *National Library of Medicine*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* e Embase. Os dados foram codificados com auxílio do *software* NVivo, utilizando-se a análise temática. **Resultados:** a busca resultou em 10.043 artigos, dos quais 12 integraram a amostra final, na qual predominaram os estudos quantitativos e transversais. Emergiram cinco categorias de análise após a codificação: Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica; Características sociodemográficas das pessoas privadas de liberdade; Fatores de risco para Hipertensão Arterial Sistêmica; Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica; e Sugestões de ações/intervenções na Hipertensão Arterial Sistêmica. **Conclusão:** não foram encontradas intervenções de cuidados específicas para pessoas privadas de liberdade no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica; os estudos foram poucos e relacionados à prevalência e aos fatores de risco.

Descritores: Hipertensão; Prisioneiros; Prevenção Primária; Prisões; Saúde do Adulto.

ABSTRACT

Objective: to analyze the state of the art of care interventions used to control hypertension in people deprived of liberty of both sexes in Brazil and around the world. **Method:** this is a systematic review, which included studies from 2017 to 2022 in Portuguese, English and Spanish in the Virtual Health Library, National Library of Medicine, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature and Embase databases. The data were coded with the help of NVivo software, using thematic analysis. **Results:** the search resulted in 10,043 articles, of which 12 were part of the final sample, in which quantitative and cross-sectional studies predominated. Five categories of analysis emerged after coding: Hypertension prevalence; Sociodemographic characteristics of people deprived of liberty; Risk factors for hypertension; Hypertension treatment; and Suggestions for actions/interventions in hypertension. **Conclusion:** no specific care interventions were found for people deprived of liberty to control hypertension; the studies were scarce and related to prevalence and risk factors.

Descriptors: Hypertension; Prisoners; Primary Prevention; Prisons; Adult Health.

COMO CITAR ESTE ARTIGO:

Costa MCC, Mantovani MF, Miranda FMD, Duarte DEG, Machado MLAC, Konczyk BS. Hipertensão Arterial Sistêmica em pessoas privadas de liberdade no Brasil e no mundo: revisão sistemática. Rev. enferm. UFPE online. 2024;18:e259005 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2024.259005>

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) constituem-se a principal causa de morte no mundo. Entre as DCV, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) aumenta de modo significativo o risco de doenças cardíacas, cerebrais, renais, entre outras, consistindo em uma das principais causas de morte prematura. A HAS atinge cerca de 1,28 bilhões de adultos na faixa etária de 30 a 70 anos no mundo; desses, dois terços vivem em países de baixa e média renda. Pondera-se que cerca de 46% das pessoas vivendo com HAS sequer sabem que têm a doença; apenas 42% são diagnosticadas e tratadas adequadamente; e somente 21% conseguem controlar a doença.¹

Tal como na comunidade, as DCV são uma das principais causas de mortes entre as pessoas privadas de liberdade (PPL), sendo que as pessoas recém-liberadas da prisão apresentam maior risco de hospitalizações e morte que aquelas apresentadas pela população em geral, mesmo considerando-se as diferenças raciais e socioeconômicas. As PPL, quando pareadas com indivíduos na comunidade, apresentam maiores riscos e fatores de risco para DCV, bem como HAS e tabagismo.²

Estudo realizado em prisões italianas encontrou índices de 11,4% para DCV, contudo, apesar de serem menores na prisão do que na população geral, demonstraram prevalência incomum para uma população tão jovem (média de idade de 39,6 anos, chegando a 12% em idade entre 18 e 65 anos), diferindo da prevalência na população geral, maior em idosos³. No contexto brasileiro, estudos nas prisões do Rio de Janeiro encontraram prevalência de 23,9% para doenças do sistema circulatório/cardíaco nos autorrelatos das PPL.⁴

Entre as pessoas com HAS, a comparação de pessoas com histórico recente de privação de liberdade *versus* população em geral demonstrou que as ex-PPL eram mais propensas à pressão arterial (PA) descontrolada do que os não privados de liberdade.⁵ Nesse sentido, destaca-se que o cuidado em saúde dispensado às PPL deve ser equivalente àquele prestado à população em geral; contudo, é preciso considerar que os padrões de vida dos grupos populacionais interferem no padrão de saúde e adoecimento, requerendo, portanto, cuidados centrados em suas necessidades específicas.^{6,7,8}

As investigações acerca das condições de saúde de pessoas presas são parcas, faltam informações detalhadas sobre a saúde das PPL, o que dificulta a prevenção e o tratamento de doenças com maior incidência nessa população, em especial, relacionados ao adoecimento crônico, tais como na HAS.^{9,10}

OBJETIVO

Analisar o estado da arte das intervenções de cuidado utilizadas para o controle da HAS em PPL de ambos os sexos no Brasil e no mundo.

MÉTODO

Trata-se de revisão sistemática, que permite sintetizar e resumir de modo abrangente e imparcial o conhecimento existente sobre uma questão em um único documento. Utilizaram-se métodos rigorosos e transparentes, o que atribui confiabilidade e significado aos resultados; assim, é útil para nortear a prática e a política.¹¹

Para sua operacionalização, seguiram-se os passos: formulação da pergunta científica da revisão; definição dos critérios de inclusão e exclusão; identificação das bases de dados a serem consultadas e estratégias de busca para localização dos estudos; seleção dos estudos para inclusão; avaliação da qualidade dos estudos; extração dos dados; análise e síntese dos estudos relevantes; e apresentação e interpretação dos resultados.¹¹

A primeira etapa consistiu na construção da questão norteadora: quais são as ações utilizadas para o controle da HAS em PPL de ambos os sexos no Brasil e no mundo? Para tal, utilizou-se o acrônimo PICOT (P - população: PPL com HAS de ambos os sexos; I – intervenção: ações de tratamento e cuidado com HAS; C – contexto: prisão; O – desfechos: tratamento medicamentoso e não medicamentoso e/ou ações de controle para manter os níveis pressóricos normais, de acordo com as diretrizes mundiais; T – tipo de estudo: coorte, transversal, controle de caso, quase-experimentais (estudos observacionais).

Uma vez definida a questão norteadora, executou-se a segunda etapa, busca de artigos primários nos idiomas português, inglês e espanhol, do período de 2017 a 2021, nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), *National Library of Medicine* (PubMed), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e Embase. As estratégias de buscas estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1. Estratégias de busca. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2022

Bases	Estratégia de busca	Resultados
BVS	((hipertensão/prevenção & controle)) OR ((hipertensão arterial/prevenção & controle)) OR ((hipertensão arterial sistêmica/prevenção & controle)) OR ((pressão arterial alta/prevenção & controle)) OR ((pressão sanguínea alta/prevenção & controle)) OR ((hypertension/prevention & control)) OR ((hipertensión/prevenCIÓN & control)) AND ((prisioneiros)) OR ((prisoners)) OR ((prisioneros)) OR ((detento)) OR ((detentos)) OR ((encarcerado)) OR ((encarcerados)) OR ((pessoa encarcerada)) OR ((pessoa privada de liberdade)) OR ((pessoas encarceradas)) OR ((pessoas privadas de liberdade)) OR ((população privada de liberdade)) OR ((preso)) OR ((presos)) AND (fulltext:("1") AND la:("en" OR "es" OR "pt")) AND (year_cluster:[2017 TO 2022])	3.926
CINAHL	TX hypertension prevention AND TX prisoners. Expansores: Aplicar assuntos equivalentes: Limitadores: Texto completo. Data de publicação: 20170101-20221231.	2
Embase	hypertension:ti,ab,kw AND prisoner:ti,ab,kw; (#1 AND (2017:py OR 2018:py OR 2019:py OR 2020:py OR 2021:py OR 2022:py))	4
PubMed	(Hypertension/prevention & control) OR (High blood pressure) AND (People deprived libert) OR (Prisoners) OR (Prison) OR (Penitentiaries) OR (Penitentiary) (Filters applied: in the last 5 years, English, Portuguese, Spanish)	6.111
Total		10.043

Fonte: os autores (2022).

Os critérios de inclusão foram: artigos completos publicados no período de 2017-2022; nos idiomas inglês, português e espanhol; estudos de: coorte, transversal, controle de caso, quase-experimentais, estudos de caso (estudos observacionais); que abordassem ações e/ou intervenções terapêuticas em HAS com PPL hipertensas maiores de 18 anos. Já os critérios de exclusão foram: artigos de revisão/teóricos; cartas ao leitor; editoriais; comentários; resumos de trabalhos apresentados em eventos e opiniões de especialistas; artigos publicados previamente aos últimos cinco anos. Pontua-se que o recorte temporal objetiva trabalhar com evidências científicas atualizadas.

Após o planejamento de modo sistemático do estudo, procedeu-se ao seu registro na *International Prospective Register of Systematic Reviews* (PROSPERO), que foi aprovado em 23 de julho de 2022 sob ID: CRD42022346185. A triagem primária dos artigos ocorreu no período de julho de 2022 a janeiro de 2023, realizada por duas duplas de pesquisadores de forma independente com uso do *software Intelligent Systematic Review* (RAYYAN), com inserção de um quinto pesquisador para reunião de consenso quando houve discordância.

Para incluir e/ou excluir os estudos, os pesquisadores utilizaram as questões: o título/resumo corresponde aos critérios de inclusão do estudo? O estudo está duplicado? O

estudo tem um resumo? A população atende aos critérios de inclusão do estudo? O resultado de interesse corresponde (conforme definido com o estudo) aos critérios de inclusão do estudo? Os tipos de estudo correspondem aos critérios de inclusão? O estudo tem várias publicações incluindo os mesmos dados? O artigo tem um texto completo disponível? O processo se deu por meio da leitura e análise dos títulos e resumos, resultando em 20 artigos; posteriormente, passaram pela leitura completa dos textos, pelos mesmos avaliadores, quanto à elegibilidade, dos quais 12 compuseram a amostra final, explicitada na Figura 1.



Figura 1. Fluxograma de apreensão, seleção e inclusão dos artigos. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2022.

Fonte: adaptado de Moher *et al*¹².

Neste processo, consideraram-se ações de tratamento medicamentoso e não medicamentoso e/ou ações de controle para manter os níveis pressóricos normais, e exposição, definida como qualquer barreira ou facilitador que impeça ou facilite o tratamento e controle da hipertensão em prisioneiros. Esses fatores foram principalmente relacionados às PPL hipertensas, seus prestadores de cuidados e sistemas de saúde, e incluíram conhecimento, percepções, crenças, práticas e autoeficácia dos pacientes/profissionais, níveis de motivações, apoio familiar e outros fatores socioculturais ou relacionados à saúde, como disponibilidade de recursos, acessibilidade e aceitabilidade do tratamento da hipertensão.

Na sequência, independentemente, os mesmos pesquisadores extraíram dados relacionados à questão de pesquisa dos estudos selecionados para inclusão, abrangendo

desenho do estudo, participantes do estudo, resultados do estudo, ano de publicação, prevalência de fatores influenciadores no tratamento e controle da hipertensão (como barreiras e/ou facilitadores), sua medida de associação, tipos de estratégias e seus efeitos no tratamento e controle da hipertensão.

Para a análise integral dos estudos selecionados, utilizou-se a *Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale* (NOS) para avaliar a qualidade dos incluídos observacionais (não randomizados e ensaios controlados randomizados).¹³ A qualidade da evidência dos estudos transversais incluídos foi avaliada pela mesma escala adaptada para esta modalidade de pesquisa.¹⁴ Contudo, os estudos não foram excluídos com base no resultado das avaliações de qualidade.

A análise quantitativa agrega os dados dos participantes, abordando-os descritivamente. Os dados individuais de cada estudo foram adicionados a um quadro das principais características dos estudos (autor, ano, idioma, objetivo, população, local, resultados principais, tipo de estudo, nível de evidência). Os dados qualitativos extraídos foram codificados com apoio do *software* NVivo®, versão para Windows, para organização e armazenamento dos dados e para fins de identificação dos códigos, os quais constituem-se as categorias de análise da pesquisa, usados para uma análise descritiva.

RESULTADOS

A busca resultou em 10.043 artigos; desses, 251 estavam duplicados entre as bases de dados e 9.772 foram excluídos por meio da leitura do resumo e título, uma vez que não atendiam aos critérios de inclusão. Foram selecionados 20 artigos para a leitura completa, dos quais 11 integraram a amostra final, cujos achados estão sumarizados no Quadro 2. Em relação ao ano de publicação dos artigos incluídos na amostra, predominam as publicações do ano de 2018, com 45,5% (n= 5), seguidas das de 2019 e 2020, com 18,2% (n= 2) cada, e 2021 e 2022, com 9,1% (n= 1). Quanto ao tipo de estudo, predominaram os transversais, com 81,8% (n= 8) da amostra.

Em relação ao idioma, predominaram os de língua inglesa, com 90,9% (n= 10), seguidos dos estudos em espanhol, com 9,1% (n= 1). Quanto ao continente, predominaram o continente americano, com 63,6,3% (n= 7), e, desses, 81,7% da América do Norte (n= 6) e 14,3% (n= 1) da América do Sul, seguidos do continente europeu, com 36,7% (n= 4). Os Estados Unidos da América foi o país com maior quantitativo de pesquisas, com 45,6% (n= 5). Os principais achados também estão elencados no Quadro 2.

Em análise das evidências científicas, foram classificados conforme indicações de Melnyk e Fineout-Overholt¹⁵ em nível 6 (72,7%; n= 8), nível 7 (18,2%; n= 2) e nível 4 (9,1%;

n=1). Realizou-se, ainda, a avaliação da qualidade de evidência dos estudos transversais por meio da NOS adaptada para estudos transversais¹⁴: 37,5% (n= 3) pontuaram 9 e 10 cada; e 12,5% (n= 1) pontuaram 7 e 8 cada. Estudo que não delimitou o tipo de estudo, que aparentemente é transversal, foi avaliado pela mesma escala com pontuação 8. E o estudo de coorte pontuou 9 na NOS para estudos de coorte. As pontuações para cada desfecho são apresentadas na Tabela 1.

Quadro 2. Síntese dos artigos. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023

	Autor/ Ano/ Idioma	Objetivo	População/ Local	Resultados principais	Tipo de estudo/ Nível de evidência
A1	Fobian AF Froelich M Sellers A Cropsey K Redmond N ¹⁶ 2018 Inglês	Identificar a prevalência dos principais fatores de risco de DCV e avaliar se o risco varia de acordo com a raça/etnia.	100 homens com histórico de encarceramento em prisão ou prisão ≥ seis meses durante seu encarceramento mais recente e inscrito em um programa comunitário de correções. Alabama, Estados Unidos da América	Usaram o <i>Life's Simple da American Heart Association 7™ (LS-7)</i> e concluíram que, semelhante ao encontrado na comunidade, os não brancos encarcerados ou com histórico de encarceramento correm risco elevado para eventos cardiovasculares, têm menor engajamento em mudanças no estilo de vida para cessação da HAS e piores dietas e PA. A maioria dos participantes apresentou níveis ideais de colesterol, glicose e exercícios, e 78% eram fumantes. Quanto à PA, a maioria dos participantes obteve níveis baixos ($\geq 140/90$ mmHg) ou intermediários (129-139/80-89 mmHg), conforme classificação do LS-7. Os dados sugerem que fumo, Índice de Massa Corporal, dieta e PA podem ser fatores significativos para atingir a prevenção nessa população.	Transversal Nível 6
A2	Gray BJ Craddock C Couzens Z Bain E Dunseath GJ Shankar AG Luzio SD Perrett SE ¹⁷ 2018 Inglês	Examinar a prevalência de risco cardiometabólico não diagnosticado e fatores de risco associados, além de investigar se a exposição prolongada ao ambiente prisional afeta esses riscos fatores.	299 PPL homens. Reino Unido	A maioria dos homens apresentava sobrepeso (43,5%) ou obesidade (37,5%) e/ou evidência de obesidade central (40,1%). Fatores de risco cardiometabólicos, incluindo hipertensão sistólica (25,1%), colesterol alto (29,8%), colesterol HDL baixo (56,2%) e relação colesterol total:HDL elevada (23,1%) foram observadas em um número considerável de homens; 15,4% foram calculados com risco aumentado de DCV; e 31,8% foram calculados com risco moderado ou alto de Diabetes Mellitus 2.	Transversal Nível 6
A3	Silverman-Retana O Servan-Mori E Bertozzi SM	Estimar a prevalência de fatores de risco modificáveis para doenças crônicas e avaliar sua relação	3.774 PPL de quatro prisões. Cidade do México, México	Os resultados sugerem que, à medida que aumenta o tempo de encarceramento, aumenta a atividade física, bem como o uso de álcool e cocaína, enquanto a qualidade da dieta diminui.	Transversal, descritivo, analítico Nível 6

	Orozco-Núñez E Bautista-Arredondo S López-Ridaura R ¹⁸ 2018 Inglês	com o tempo de encarceramento.			
A4	Trotter RT Lininger MR Camplain R Fofanov VY Camplain C Baldwin JA ¹⁹ 2018 Inglês	Descrever as características dos indivíduos encarcerados, informações demográficas, <i>status</i> de renda, condições de vida antes do encarceramento e medidas gerais de saúde, e identificar doença infecciosa, doença crônica, saúde comportamental, uso de substâncias e condições globais de saúde.	199 PPL. Arizona, Estados Unidos da América	Houve comorbidades interativas e disparidades significativas em relação à população geral, além de alta prevalência de sobrepeso e obesidade (61,3%). HAS teve prevalência de 35,9%, colesterol alto, 17,8%, artrite, 17,5%, asma, 14,9%, Diabetes Mellitus e pré-Diabetes Mellitus, 12,3%, hepáticos, 11,9% e bronquite, 7,2%.	Transversal Nível 6
A5	Vera-Remartínez EJ Monge RL Chinesta, SG Sánchez-Alcón RDS Ramos MVP ²⁰ 2018	Descrever os fatores de risco cardiovascular detectados em uma população de adultos jovens internados em um centro penitenciário.	População de 211 PPL de ambos os sexos com idade entre 18 e 35 anos até 15 de setembro de 2017 do Centro Penitenciário Castellón I. Espanha	Os fatores de risco identificados foram o alto consumo de tóxicos, a influência de um estilo de vida sedentário e fatores psicológicos e dietéticos.	Observacional, descritivo, analítico, transversal Nível 6

	Espanhol				
A6	Rosen DL Thomas S Kavee AL Ashkin EA ²¹ 2019 Inglês	Analisar a prevalência de doenças crônicas em pessoas que reingressam na comunidade.	Registros de dispensação de medicamentos de ex-PPL (já libertadas do sistema prisional) de julho de 2015 a junho de 2016. Carolina do Norte, Estados Unidos da América	Entre os 20.585 liberados, a prevalência de condições crônicas de saúde foi a seguinte: psiquiátrica, 15%; cardiovascular, 15%; neurológicos, 7%; pulmonar, 6%; Diabetes Mellitus, 3%; e infecciosas, 3%. A HAS obteve prevalência de 13,4%.	Não delimitado Nível 7
A7	Wright NMJ Hearty P Allgar V ²² 2019 Inglês	Explorar a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus fatores de risco.	199 PPL do sexo masculino de duas prisões nortenhas. Inglaterra	Doenças físicas, com exceção das doenças respiratórias, são menos comuns. No entanto, problemas de saúde mental são mais frequentes. Essas diferenças possivelmente se devem à média de idade mais jovem da população carcerária, já que a prevalência de fatores de risco foi alta. Das PPL, 46% relataram pelo menos uma DCNT. As mais autorreferidas foram ansiedade e depressão (34%), doença respiratória (17%) e hipertensão (10%). Ter uma DCNT de saúde física foi independentemente associada ao aumento da idade ou dependência de drogas. Concluíram que as PPL, comparadas à comunidade, apesar da alta prevalência de fatores de risco para DCNT, com exceção das doenças respiratórias, são menos comuns. No entanto, problemas de saúde mental são mais comuns. Essas diferenças ocorrem, possivelmente, devido à média mais jovem de idade das populações prisionais, uma vez que a prevalência de fatores de risco foi relatada como alta.	Quantitativo, transversal Nível 6
A8	Davies M ²³ 2020	Não delimitado.	Registros do relatório <i>Bromley Briefings Prison</i>	A taxa de internação hospitalar de PPL por problemas cardíacos foi de 252 por 1.000 habitantes – 24% menor do que para a idade e sexo, equivalente na população em geral de 331 por 1.000 habitantes. As doenças mais frequentes foram hipertensão	Não delimitado Nível 7.

	Inglês		<i>Factfile: Winter.</i> Reino Unido	(15,5%) e isquemia cardíaca (10,1%). Quanto aos fatores de risco, o ambiente prisional apresenta muitos desafios para a manutenção da boa saúde, com oportunidades de exercício e controle de dieta limitados, bem como desafios para o autocuidado. Cerca de 80% das PPL também são fumantes de longa data <i>versus</i> 15% na comunidade.	
A9	Hachbardt NB Hattori TY Nascimento VF Silva JH Terças-Trettel ACP Oliveira VKV Atanaka M ²⁴ 2020 Inglês	Avaliar o risco cardiovascular em mulheres privadas de liberdade de uma prisão pública.	120 PPL mulheres. Mato Grosso, Brasil	91,5% das PPL eram sedentárias. Em relação à saúde, 9,6% referiram doenças cardíacas, 21,4% com história familiar (primeiro grau) de cardiopatias, 63,4% com hipertensão, 37,8% com hipertensão em parentes de primeiro grau e 17,3% com história familiar de diabetes. Assim, duas PPL tinham HAS autorreferidas e estavam em tratamento medicamentoso. Contudo, as medidas de PA realizadas no triênio (2017-19) mostraram que 20 (1,7%) participantes tinham pressão alta, com valores acima do normal. A maioria dos participantes com PA acima da normalidade eram jovens, com menos de 30 anos (45%), era parda (100%), com ensino fundamental (65%), baixa renda (um a dois salários mínimos) (65%) e sem tinha renda (25%). Em relação aos fatores de risco cardiovascular, a maioria estava acima do peso (80%), tinha circunferência abdominal aumentada (70%), sendo 70% tabagistas, 75% sedentárias e 60% com histórico de alcoolismo pré-prisão.	Transversal Nível 6
A10	Camplain R Lininger MR Baldwin JA Trotter RT ²⁵ 2021 Inglês	Estimar a prevalência de fatores de risco cardiovascular, incluindo hipertensão, diabetes, colesterol alto, tabagismo, consumo de álcool e obesidade entre uma amostra de indivíduos encarcerados e comparar as estimativas de prevalência com população não institucionalizada.	450 PPL. Arizona, Estados Unidos da América	Das PPL, 59,6% estavam acima do peso ou obesos, 36,8% relataram saúde geral regular ou ruim, 72,3% relataram fumar cigarros (72,3%), 60,7% bebiam em excesso. Assim, as PPL tiveram estatisticamente maior prevalência de tabagismo e consumo excessivo de álcool que na comunidade. Assim, 35,9% das PPL relataram ter sido informadas por profissional de saúde que eram hipertensas em detrimento de 27,1% na comunidade (usaram para comparação dados do <i>National Health and Nutrition Examination Survey</i> (NHANES)); desses, 19,8% das PPL <i>versus</i> 23,5% na comunidade relataram ter recebido medicações para tratamento de HAS. Concluíram que a triagem de fatores de risco cardiovascular, medidas e intervenções preventivas, como alimentação saudável, atividade física, intervenções farmacológicas, durante a privação de liberdade, podem contribuir para a prevenção e gestão de fatores de risco cardiovasculares e, eventualmente, DCV em PPL.	Transversal Nível 6

A11	Howell BA Puglisi LB Aminawung J Domingo KB Elumna J Gallagher C Horton N Kazi DS Krumholz HM Lin HJ Roy B Wang EA ²⁶ 2022 Inglês	Entender melhor o risco de DCV em pessoas expostas ao encarceramento e as vias pelas quais o risco cardiovascular se acumula ao longo do tempo.	500 indivíduos com fatores de risco cardiovascular conhecidos dentro de três meses após a libertação da cadeia/prisão.	Identificou os fatores associados ao controle inadequado dos fatores de risco de DCV em pessoas libertadas do encarceramento, buscando compreender o impacto desses fatores na carga de DCV nessa população.	Coorte, observacional prospectivo Nível 4
-----	---	---	--	--	--

Fonte: os autores (2023).

Tabela 1. Descrição da qualidade dos estudos avaliados pela *Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale* adaptada para estudos transversais e *Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale* para estudos de coorte

Estudo	Desenho do estudo	Seleção			Comparabilidade		Resultado		
		Representatividade	Tamanho da amostra	Não respondentes	Apuração da exposição	Baseado no desenho e análise	Avaliação do resultado	Teste estatístico	Total
A1 ¹⁵	Transversal	*	*	*	**	**	**	*	10
A2 ¹⁶	Transversal	*	*	*	**	**	**	*	10
A3 ¹⁷	Transversal	*	*	*	*	*	**	*	8
A4 ¹⁸	Transversal	*	*	*	**	*	**	*	9
A5 ¹⁹	Transversal	*	*	*	**	*	**	*	9
A6 ²⁰	Não delimitada –	*	*	*	*	**	**	-	8

	provavelmente transversal								
A7 ²¹	Transversal	*	*	*	**	**	**	*	10
A8 ²²	Não delimita	-	-	-	-	-	-	-	-
A9 ²³	Transversal	*	-	-	**	**	**	-	7
A10 ²⁴	Transversal	*	*	*	**	*	**	*	9
A11 ²⁵	Coorte	*	*	-	**	**	**	*	9

Fonte: os autores (2023).

Na análise qualitativa dos dados, emergiram cinco categorias, que estão ilustradas no Quadro 3.

Quadro 3. Categorias que emergiram no processo de codificação, Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2023

Códigos ou categorias				
1. Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica	2. Características sociodemográficas das pessoas privadas de liberdade	3. Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica	4. Fatores de risco para Hipertensão Arterial Sistêmica em pessoas privadas de liberdade	5. Sugestões de ações/intervenções na Hipertensão Arterial Sistêmica

Fonte: os autores (2023).

Em sequência, são discutidas as cinco categorias da pesquisa:

Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica

Na categoria “Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica”, codificaram-se 18 referências, as quais corresponderam a 8,23% do *corpus* da análise. Os índices encontrados variaram de 10 a 35,9% entre homens privados de liberdade (35,9%²⁵; 10%¹⁹; 25,1%¹⁷; 13,4%²¹) e 1,7% em mulheres privadas de liberdade²⁴. Medidas de PA nessa população revelaram uma população jovem com média de PA sistólica de 132±13 mmHg.¹⁷

Os estudos demonstram elevado índice de DCNT (46%), cuja prevalência da HAS foi menor apenas se comparada à depressão e às doenças respiratórias²². Os índices de HAS encontrados foram superiores aos da comunidade na mesma localidade (35,9% *versus* 19%)¹⁹. Para as PPL que têm acesso aos cuidados secundários, as doenças cardíacas são as DCNT mais prevalentes.²⁶

Em relação às internações hospitalares, evidenciou-se que as PPL, comparando-se à idade e sexo equivalentes, tiveram menores taxas de admissão que a população geral (252 *versus* 331 por 1.000 habitantes), sendo que a hipertensão e as doenças cardíacas prevaleceram como causas dessas, cuja taxa para a HAS foi de 15%.²³

Características sociodemográficas das pessoas privadas de liberdade

A categoria “Características sociodemográficas das pessoas privadas de liberdade” foi composta de 28 referências ou 8,72% do *corpus*. Demonstrou que as PPL foram, em maioria, do sexo masculino, 78,9% a 78,7%^{19,25}, em detrimento de 13%, do sexo feminino²¹, jovens, cuja idade média variou nos artigos analisados de 29,9 a 38 (29,9²⁰; 34²²; 29¹⁸; 38²⁵), idades entre 18 e 34 anos (47,7% e 63,3%)^{25,21}, e apenas 4% eram maiores de 55 anos²¹. A idade média das PPL aumentou nos últimos anos, bem como o número de PPL.²²

Quanto à escolaridade, apresentou poucos anos de estudo. A maioria não concluiu o ensino médio (40%)¹⁶ e/ou possui qualificações educacionais elevadas (38%)²². Esse elemento parece repercutir na ocupação, uma vez que os índices de desemprego e baixa renda são prevalentes. 31% estavam trabalhando previamente à detenção¹⁶ e 60% estavam desempregados²², 48% sem nenhuma renda anual¹⁶ e/ou com rendas inferiores à comunidade (45,3% possuíam renda inferior a \$10.000)²⁵. Já no contexto prisional, 60% das PPL estavam incluídas em atividades laborais.¹⁸

Sobre a raça/etnia, houve bastante disparidade entre os estudos. Em estudo com PPL no Reino Unido¹⁷, 88% das PPL eram brancas. Já em outra pesquisa nos Estados Unidos da América²¹, 50% eram negros, o que se pode inferir que se relacionam aos diferentes países onde os estudos foram realizados e seus perfis populacionais.

Quanto aos vínculos familiares, parecem ser mantidos para a maioria das PPL, pois mais de 70% tinham recebido visitas na última semana. Contudo, conforme o tempo de prisão aumenta, o índice tende a diminuir.¹⁸

Em relação aos determinantes sociais de saúde, as pessoas que adentram o sistema penal possuem maiores probabilidades que a população geral de prévia exposição a abuso, falta de moradia e desemprego, o que pode repercutir em necessidades complexas de saúde. Considerando-se a vulnerabilidade, podem apresentar piores resultados de saúde. Contudo, informações/evidências quantitativas sobre sua saúde ainda são escassas, dificultando o cuidado adequado pelos serviços de saúde, em especial no contexto das DCNT.^{18,19,22,23}

Os fatores demográficos e determinantes socioeconômicos podem ser responsáveis pela diferença de prevalência de adoecimento entre PPL e comunidade^{22,23}. Cabe pontuar que a prisão pode manter esse ciclo de sofrimentos à medida que as PPL ainda experienciam violências no último mês na prisão, com 37,5% relatando-as¹⁸. Destaca-se que a condição de saúde da população prisional pode representar risco à saúde da comunidade à medida que doenças não tratadas neste cenário podem acrescentar carga de doenças na comunidade e aumentar os gastos com saúde, além do prejuízo individual.¹⁹

Considera-se que PPL com faixa etária de 18-34 anos apresentaram 43% do total das DCNT²¹, e maior risco cardiovascular foi encontrado entre os homens não brancos com histórico de privação de liberdade¹⁶. Todavia, apesar de todas as limitações, a avaliação das condições de saúde pelas próprias PPL foram positivas, boa em 34,9% e 29,2%, respectivamente.^{19,25}

Fatores de risco para Hipertensão Arterial Sistêmica em pessoas privadas de liberdade

A categoria “Fatores de risco para Hipertensão Arterial Sistêmica em pessoas privadas de liberdade” abarcou o maior número de referências codificadas, sendo 90% ou 36,87% da totalidade do *corpus*. Os estudos indicam alto índice de risco cardiovascular. Para DCNT entre PPL, apenas 8,8% não os apresentavam – o alto risco é maior que 20%, sendo que as mulheres apresentaram maior número, apesar de apresentarem baixo risco cardiovascular.^{20,22,25} Em estudo realizado no Reino Unido, esse índice chegou a 15,4%.¹⁷

Assim, PPL apresentam altas taxas de fatores de risco cardiovascular, como HAS e tabagismo, sendo as DCV uma das principais causas de internação e mortalidade nessa população²⁶. O tempo de encarceramento parece promover fatores de risco modificáveis para DCNT à medida que promove comportamentos de risco, bem como tende a associar-se ao aumento na PA entre as PPL.^{17,18,21}

Considerando que DCNT se desenvolvem a longo prazo, têm relação com os fatores de risco modificáveis e são aliadas ao aprisionamento, que dificulta a adoção de hábitos saudáveis, tal população jovem já apresenta fatores predisponentes para DCV, demandando maior necessidade de acompanhamento. Assim, as PPL têm maior risco de doença cardiometabólica em idade mais jovem do que as pessoas na comunidade, e esse risco elevado aparece em uma idade mais jovem que as diretrizes de triagem atual.^{17,24}

Os fatores de risco mapeados foram:

- a) Substâncias ilícitas – explicitou-se alto consumo de substâncias ilícitas¹⁹ e interrupção de medidas de prevenção e tratamento de transtornos de abuso delas¹⁸. O uso de cocaína variou de 24,2% a 62,4% (62,4%²⁰; 24,2%¹⁸; 49,5%¹⁹; 8%¹⁷) em homens e foi de 37,1% em mulheres²⁰, cujo uso aumentou com o tempo de privação de liberdade¹⁸; 37,5% a 80% usaram *cannabis*/maconha no último mês (37,5%¹⁸; 80%¹⁹); 57,7% usaram metanfetamina¹⁹; 27% tinham dependência em drogas no geral²². Considera-se que esse consumo se associa à síndrome coronária aguda, miocardiopatias, hipertrofia de ventrículo esquerdo, alterações no eletrocardiograma e morte súbita;
- b) Tabagismo – as PPL apresentaram prevalência elevada de tabagismo (72,3%²⁶) muito superior aos índices encontrados na comunidade (82%²⁰; 53,2%¹⁸; 70%²⁴; 1%¹⁷; 72,3%²⁵; 80%²³), maior entre homens em relação às mulheres (83,5% *versus* 74,3%²⁰). O uso prévio à privação de liberdade chegou a 83%²²; 39,1% relataram uso de *vapes*¹⁷;
- c) Uso de álcool – as PPL apresentaram prevalência elevada de consumo excessivo de álcool nos últimos 30 dias, de 16% a 70,1% (16%²²; 23,4%¹⁸; 76,1%¹⁹; 51,7%²⁴; 60,7%²⁵), sendo que o uso de álcool aumentou com o tempo de privação de liberdade¹⁸;

- d) Sedentarismo – a inatividade física foi maior em mulheres²⁰, 50% das PPL relataram realizar atividade física antes da prisão, sendo que 72% referiram menores níveis de atividade física na prisão^{17,22} (48,7%). As oportunidades de exercício físico são limitadas²³, e elementos como superlotação e falta de infraestrutura contribuem negativamente para a prática de atividades físicas e alimentação²⁴. Contudo, as PPL com maior tempo de privação de liberdade foram mais ativas fisicamente, e as PPL do sexo masculino apresentaram índices de atividade física superiores aos da comunidade¹⁸; todavia, divergindo desse achado, em estudo brasileiro 91,5% das PPL eram sedentárias ou insuficientemente ativas²⁴;
- e) Fatores psicossociais – baixo nível socioeconômico, isolamento social, depressão, hostilidade, estresse laboral e/ou familiar se encontram em maiores percentuais na prisão²⁰;
- f) Alimentação – em relação ao excesso de ingestão e abuso de alimentos não saudáveis^{18,20}, além de capacidade de controle mínimo da dieta, 80% referiram comer frutas, 45%, saladas e/ou legumes, e 41%, sal, diariamente²², sendo que a percepção de qualidade da dieta diminuiu com o tempo de privação de liberdade¹⁸. Em estudo realizado na Inglaterra, 49% eram eutróficos.²² Já em outro brasileiro, demonstrou-se que as PPL realizavam pelo menos três refeições por dia, porém com consumo frequente de industrializado²⁴;
- g) Excesso de peso – o sobrepeso variou de 46% a 59,2% (46%²²; 80%²⁴; 59,2%²⁵), e a obesidade, de 10 a 22,8%, e níveis de sobrepeso/obesidade concomitantes foram de 22,8% a 61,3% (22,8%²⁵; 61,3%¹⁹; 54,4%²⁴; 40,1%¹⁷). Foi encontrado Índice de Massa Corporal com níveis intermediários em estudo estadunidense¹⁶;
- h) Colesterol elevado – em 17,8% a 23,1% das PPL^{19,17}, os índices de tratamento eram menores para colesterol alto que os encontrados na comunidade (9,1% *versus* 15,3%)²⁵;
- i) Desafios para o autocuidado – eram relacionados, por exemplo, com a privação de manter consigo a medicação, uma vez que não pode ficar na cela, podendo dificultar a utilização da medicação de modo regular¹⁹;
- j) Idade – o aumento da idade foi associado à HAS¹⁹;
- k) Concentração potencial de exposição a doenças infecciosas pode colaborar com risco cardiovascular¹⁹;
- l) Dificuldade de acesso ao tratamento para condições crônicas de saúde, interrupção e descontinuidade do cuidado para condições graves de saúde comportamental¹⁹;
- m) Sono – 46,9% apresentavam alterações no padrão de sono²⁴;
- n) Antecedentes familiares – houve relatos de 63,4% de HAS, sendo 37,8% em parentes de primeiro grau.²⁴

Destaca-se alto índice de fatores de risco entre as PPL, mas os índices de adoecimento crônico podem não ser tão expressivos quando relacionados à média de idade de tal população, que é majoritariamente mais jovem.²³

Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica

Na categoria “Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica”, foram codificadas três referências, as quais corresponderam a 0,30% do *corpus* total. Explicitou-se que, quando comparadas aos dados da população geral, as PPL da análise, quando informadas por profissional de saúde que eram hipertensas, tinham índices inferiores de tratamento medicamentoso efetuado (19,8% *versus* 23,5%)²⁵ e baixo índice de tratamento de HAS. Em estudo com PPL brasileiras, a prevalência foi de 1,7%, e era muito superior ao número de PPL em tratamento medicamentoso.²⁴

Em relação ao acesso aos serviços de saúde, em especial os hospitalares, as PPL acessam menos e faltam a uma proporção maior de consultas que a população geral e ainda apresentam piores condições de saúde.^{22,23}

Sugestões de ações/intervenções na Hipertensão Arterial Sistêmica

A categoria “Sugestões de ações/intervenções na Hipertensão Arterial Sistêmica” totalizou 25 referências codificadas, correspondendo a 11,5% do *corpus*. Os estudos analisados direcionam para ações preventivas, as quais precisam ter como ponto de partida a realidade das PPL, o que permite planejar e implementar ações de prevenção, promoção à saúde e gerenciamento da doença, inclusive com pessoas jovens, especialmente propondo intervenções preventivas relacionadas aos fatores de risco modificáveis.^{16,18-20,25}

- a) Cessação do tabagismo e drogas ilícitas – a integração da saúde prisional e saúde pública é fundamental para fortalecer estratégias de reabilitação; entre elas, está a prisão como ambiente livre de fumo e drogas;
- b) Programas de incentivo à atividade física, em especial entre mulheres;
- c) Alimentação saudável – priorizando alimentos não industrializados, reduzindo o sódio, tal como a dieta DASH. A avaliação da alimentação fornecida na instituição e a não institucional, em termos de micronutrientes e macronutrientes, deve ser realizada a fim de garantir a qualidade da alimentação ofertada nas prisões;
- d) Controle do peso, PA,  ndice de Massa Corporal;
- e) Adesão ao tratamento farmacol gico^{1.6,20,25}

A abordagem inicial das PPL, por meio de triagem para fatores de risco cardiovascular na entrada na unidade penal, a fim de coletar informações precocemente

sobre possíveis condutas/fatores de risco, propicia prevenção primária para melhoria de suas condições de saúde atuais e futuras, garantindo inclusive a continuidade do cuidado/acompanhamento no pós-soltura, considerando o risco aumentado desse grupo de pessoas em faixas etárias mais jovens que as pessoas da comunidade.

Para tanto, a atenção à saúde das PPL precisa ser abordada de modo sistêmico pela complexidade que agrega ao contexto prisional social e ambiental. As prisões têm o papel fundamental de abordar e gerenciar adequadamente o risco e o adoecimento, com vistas a minimizar o impacto geral da privação de liberdade na saúde pública em geral.^{16,17,19-21,23,26}

DISCUSSÃO

Prevaleceram, nesta revisão, os estudos transversais (n= 8). Nesse sentido, ponderam-se o potencial dessa modalidade de pesquisa na descrição das características das populações, dos grupos de risco e a contribuição para o planejamento em saúde. Contudo, devido ao fato de possuírem medições em um único momento e revelarem associações entre as variáveis, não investigam a relação causal.²⁷ Logo, a discussão da HAS nas prisões possui poucos estudos com maior robustez teórico-metodológica (n=1) e, assim, as evidências ainda são frágeis. Emergiram da análise dos estudos incluídos nesta revisão cinco categorias temáticas: Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica; Características sociodemográficas das pessoas privadas de liberdade; Fatores de risco para Hipertensão Arterial Sistêmica; Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica; e Sugestões de ações/intervenções na Hipertensão Arterial Sistêmica.

A categoria “Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica” encontrou percentagem da doença relatada nas PPL variando de 10% a 35,9%. Corroborando os achados desta revisão, está o contexto brasileiro dos dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), obtidos por meio de ligações telefônicas com 27.093 pessoas das capitais brasileiras, que apontam índices de relatos de diagnóstico médico de HAS de 26,3%.²⁸ Ainda, destaca-se o estudo com dados do Inquérito Nacional de Saúde na População Penitenciária Feminina e em Servidoras Prisionais com amostra de 1.327 pessoas que encontrou percentuais de 24,4%.¹⁰

O estudo com 199 PPL nos Estados Unidos da América encontrou percentuais de HAS nas PPL superiores aos da comunidade em que se inseriam.¹⁸ Em contraponto, os dados do VIGITEL, Brasil e de estudo com PPL brasileiras^{28,10} (2023) evidenciam maior prevalência no contexto extramuros.

O perfil de PPL encontradas nos estudos quanto às características sociodemográficas evidencia que são, em maioria, do sexo masculino, jovens, com baixa escolaridade, que apresentavam altos índices de desemprego e baixa renda prévios à detenção.^{16,18-22,25} Alinham-se, então, aos dados desta revisão, o estudo com PPL brasileiras¹⁰ que concluiu serem majoritariamente pobres e com baixa escolaridade.

Cabe retomar os determinantes sociais da saúde (DSS), os quais são fatores não médicos que influenciam os resultados de saúde, relacionados às condições de vida das pessoas, que são um conjunto de forças e sistemas políticos, econômicos, agendas de desenvolvimento, normas e políticas sociais. Influenciam de modo importante nas iniquidades em saúde, que são as diferenças injustas e evitáveis no estado de saúde entre diferentes locais e países. São exemplos de DSS: renda e proteção social; educação; desemprego e precariedade laboral; condições de vida no trabalho; insegurança alimentar; habitação, comodidades básicas e meio ambiente; desenvolvimento na primeira infância; inclusão social e não discriminação; conflito estrutural; e alcance dos serviços de saúde acessíveis e de qualidade decente.²⁹ Sendo assim, as condições de vida das PPL repercutem sobre o seu processo de adoecimento.

Entre as referências codificadas no *corpus* total da revisão, a categoria que abarcou o maior número de codificações foi a “Fatores de risco para Hipertensão Arterial Sistêmica em pessoas privadas de liberdade” (36,9% do *corpus*), que evidenciou elevado risco cardiovascular, HAS e tabagismo entre as PPL, os quais foram as principais causas de mortalidade e internação nessa população.^{17,18,20-26}

As PPL apresentaram risco de doença cardiometabólica em idade mais jovem do que as pessoas na comunidade.^{17,18,20-26} Elemento que corrobora o estudo com 4.350 participantes, realizado nos Estados Unidos da América – desses, 288 ex-PPL –, concluiu que o encarceramento esteve associado a um risco de hipertensão futura, hipertrofia ventricular esquerda e incidência acumulada de hipertensão arterial de 12% entre jovens de 23 a 35 anos, em comparação aos 7% sem histórico de encarceramento. Os autores sugerem que tais dados possam estar relacionados ao estresse e ao aumento das catecolaminas provocados pelo encarceramento.³⁰

Os fatores de risco mapeados foram uso de substâncias ilícitas, tabagismo, uso de bebidas alcoólicas, sedentarismo, fatores psicossociais, alimentação com excesso de ingesta e abuso de alimentos não saudáveis, excesso de peso, dislipidemias, desafios para o autocuidado, idade, tédio, exposição aumentada a doenças infecciosas, dificuldade de acesso ao tratamento, sono inadequado e antecedentes familiares.^{16-20,22,24,25} São dados que corroboram o estudo realizado embasado em autorrelatados do *Bureau of Justice*

Statistics (BJS), nos Estados Unidos da América, indicando que PPL possuem taxas aumentadas de fatores de risco para DCV, em comparação com indivíduos de mesma população vivendo na comunidade, especialmente hipertensão e tabagismo.²

As PPL possuem, em maioria, acesso limitado à saúde, alto índice de uso de drogas, tabaco e álcool, e foram vítimas de traumas prévios ao encarceramento. Assim, o padrão de adoecimento das PPL difere da população geral, relacionado às condições de vida que possuem. Desse modo, chegam à prisão com o estado de saúde precário, evidenciando que as iniquidades sociais entre as populações intensificam as múltiplas disparidades em saúde^{3,10}, o que pode ser mantido caso os cuidados em saúde nas prisões não atendam às suas demandas.

Meta-regressão realizada por Bondolfi *et al.*³¹ observou que o encarceramento repercute em aumento médio de peso de 5,3 kg, além de alteração no Índice de Massa Corporal de 1,8 kg em dois anos, tendendo ser maior nos primeiros dois anos para, então, estabilizar. Essas repercussões foram relacionadas ao sedentarismo, estilo de vida, dieta pouco saudável, cessação forçada do tabagismo, uso de medicamentos psicotrópicos e altos níveis de estresse encontrado no ambiente prisional.

Enfatiza-se que, ainda que os índices de HAS nas PPL possam parecer não tão expressivos, é preciso destacar o alto índice de fatores de risco apresentado por essa população, ponderando-se que são sujeitos majoritariamente jovens.²³ Conforme evidenciado em estudo em 57 prisões italianas, as DCV, apesar de apresentarem índices menores na prisão do que na população livre, demonstraram prevalência incomum para uma população de adultos jovens (média de idade de 39,6 anos, atingindo 11,4% desse grupo populacional), diferindo da prevalência na população geral, maior em idosos. Entre as DCV, a HAS foi a mais recorrente, com 7,1% naquele estudo.³

Assim, as PPL com HAS são jovens, elemento que se alinha ao apontado acerca das PPL do sexo feminino. A população carcerária feminina, embora mais jovem que a população feminina em geral, apresentou um perfil de adoecimento semelhante ao das mulheres mais velhas da população livre.¹⁰

Nesse sentido, a associação entre encarceramento prévio e maior risco de DCV pode ser parcialmente explicada pela predominância aumentada de fatores de risco cardiovascular pela população carcerária, especialmente relacionada à HAS, embora os mecanismos não sejam conhecidos. O controle da PA em tal contexto é indispensável para evitar as complicações dela decorrentes.⁵

A categoria “Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica” foi a que apresentou menor número de referências codificadas (0,30% do *corpus*), evidenciando que grande

parte das PPL diagnosticadas com HAS por profissional de saúde não se encontrava em tratamento medicamentoso, bem como apresentava maior falta às consultas que a população geral e piores condições de saúde.²²⁻²⁵ O acesso das PPL ao cuidado em saúde limita-se ao fato de que essas têm sua autonomia limitada e, assim, não conseguem acessar o serviço quando desejam, além de que os recursos humanos são insuficientes, os serviços especializados são precários, bem como possuem dificuldades para transporte (escoltas) e há ausência ou pouco diálogo entre as instituições de saúde.^{32,33}

No que se refere à categoria “Sugestões de ações/intervenções na Hipertensão Arterial Sistêmica”, apresentada pelos estudos, é direcionada para ações preventivas, as quais precisam ter como ponto de partida a realidade das PPL, o que permite planejar e implementar ações de prevenção, promoção da saúde e gerenciamento da doença, inclusive com pessoas jovens, especialmente propondo intervenções preventivas relacionadas aos fatores de risco modificáveis e adesão medicamentosa.^{16,18-20,25} As intervenções, nesse sentido, precisam envolver estrutura, atividade física, modificação de dieta, educação nutricional, cessação tabágica.³¹

Destaca-se que, no caso de doenças crônicas como a HAS, a mensuração do conhecimento sobre a doença é um fator que afeta o seguimento da terapêutica, sobretudo por tratar-se de doença silenciosa e agressiva, dependendo de conhecimento, colaboração e participação da pessoa.³⁴ Assim, a compreensão dos níveis de conhecimento em HAS nas PPL deve ser norteadora do processo de gestão da doença e das atividades de educação em saúde pelos profissionais de saúde e para essa população.

Cabe retomar que a educação em saúde se constitui ferramenta fundamental para promoção da saúde, hábitos mais saudáveis e prevenção de doenças nas prisões. Contudo, é preciso pontuar que as ações de promoção da saúde nas prisões ainda são básicas e insuficientes, e os programas de promoção da saúde precisam ser pautados nas características da população prisional, uma vez que, se planejados desde as características da população geral, estão fadados ao insucesso e/ou baixos resultados³⁵.

Enfatiza-se a relevância da abordagem de todas as PPL que ingressam à unidade penal quanto aos fatores de risco cardiovascular e HAS.^{16,17,19-21,23} Ainda mais, as PPL devem ter acesso aos cuidados equivalentes aos da comunidade, mas adequados às especificidades que possuem, sendo um cuidado centrado em suas necessidades⁷. Outrossim, mesmo que não se limitem às diretrizes vigentes para a população geral, devem ser consideradas.

CONCLUSÃO

A análise do estado da arte das intervenções de cuidado utilizadas para o controle da HAS em PPL no Brasil e no mundo demonstrou que os estudos que discutem a HAS no contexto prisional ainda são escassos e, em sua maioria, discutem-na em termos de prevalência e fatores de risco em detrimento de propor ações/intervenções, rotinas e/ou protocolos de cuidados. Em relação às metodologias utilizadas nos estudos, carecem de maior robustez teórica, uma vez que predominam os transversais, pois, ainda que muito relevantes, não apresentam a relação causal e/ou apresentam implementações de protocolos de cuidados. Nesse sentido, não foram encontradas ações/intervenções de cuidados específicas aplicadas e/ou utilizadas em PPL para o controle da HAS, o que expressa a relevância de estudos com essa população. É imprescindível o desenvolvimento de protocolos de cuidados baseados em suas especificidades/necessidades de cuidados, visto que apresentam condições de saúde que divergem da população geral.

CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores contribuíram igualmente na concepção, planejamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não possuem qualquer conflito de interesse relacionado ao artigo.

FINANCIAMENTO

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – Chamada CNPq/MS/SAPS/DEPROS nº 27/2020 – pesquisa em DCNT e fatores de risco associados.

AGRADECIMENTO

Ao CNPq, pela bolsa produtividade de um dos autores.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Hypertension [Fact sheet] [internet]. 2021 [cited 2023 Jan 17]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
2. Wang EA, Redmond N, Himmelfarb CRD, Pettit B, Stern M, Chen J, Shero S, Iturriaga E, Sorlie P, Roux AVD. Cardiovascular Disease in Incarcerated Populations. J Am Coll Cardiol. [internet]. 2017 [cited 2023 Apr 23]; 69(24):2967-2976. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.04.040>

3. Voller F, Silvestri C, Martino G, Fanti E, Bazzlerla G, Ferrari F, Grignani M, Libianchi S, Pagano AM, Scarpa F, Stasi C, Di Fiandra T. Health conditions of inmates in Italy. *BMC Public Health* [internet]. 2016 [cited 2023 Apr 23]; 16(1):1162. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3830-2>
4. Minayo MCS, Ribeiro AP. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2016 [cited 2023 Apr 20]; 21(7): 2031-2040. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.08552016>
5. Howell BA, Long JB, Edelman EJ, McGinnis KA, Rimland D, Fiellin DA, Justice AC, Wang EA. Incarceration History and Uncontrolled Blood Pressure in a Multi-Site Cohort. *J Gen Intern Med.* [internet]. 2016 [cited 2023 Jan 20]; 31(12):1496-1502. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3857-1>
6. World Health Organization. Regional Office for Europe. Declaration on prison health as part of public health: adopted in Moscow on 24 October 2003. [internet]. 2003 [cited 2022 Dec 10]; World Health Organization. Regional Office for Europe. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352130>
7. World Health Organization. Prisons and health. World Health Organization. Regional Office for Europe. [internet]. 2014 [cited 2022 Dec 10]; Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/128603>
8. Giovanella, L. (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012
9. Agência Câmara de Notícias. Audiência Pública da Comissão de Seguridade Social e Família [internet]. 2021. [cited 2022 Mar 22]; Available from: <https://www.camara.leg.br/noticias/809392-falta-de-informacoes-sobre-saude-de-presos-dificulta-controle-de-doencas-alertam-debatedores/>
10. Silva PN, Kendall C, Silva AZ, Mota RMS, Araújo LF, Pires Neto RJ, Leal Júnior FMP, Macena RHM, Kerr LRFS. Hipertensão em mulheres presas no Brasil: muito além do biológico. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet] 2023. [cited 2023 Jun 15]; 28(1): 37-48. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023281.10672022>
11. Aromataris E, Munn Z (editors). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI [Internet] 2020. [cited 2021 Jan 15]; Available from: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
12. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Int J Surg.* [Internet]. 2009 [cited 2020 Dez 28]; 6(7): e1000097. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
13. Wells GA, Shea B, O'Connell D, Peterson J, Welch V, Losos M, Tugwell P. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of non randomised studies in meta-analyses. The Ottawa Hospital: Research Institute [internet] 2023. [cited 2022 Jun 15]; Available from: http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp
14. Herzog R, Álvarez-Pasquin MJ, Díaz C, Del Barrio JL, Estrada JM, Gil Á. Are healthcare workers' intentions to vaccinate related to their knowledge, beliefs and attitudes? A

systematic review. BMC Public Health [internet]. 2013 [cited 2023 Jan 20]; 13 (154). DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-154>

15. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005

16. Fobian AD, Froelich M, Sellers A, Cropsey K, Redmond N. Assessment of Cardiovascular Health among Community-Dwelling Men with Incarceration History. J Urban Health [internet]. 2018 [cited 2022 Jul 05]; 95(4):556-563. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11524-018-0289-8>

17. Gray BJ, Craddock C, Couzens Z, Bain E, Dunseath GJ, Shankar AG, Luzio SD, Perrett SE. Abundance of undiagnosed cardiometabolic risk within the population of a long-stay prison in the UK. Eur J Public Health [internet]. 2021 [cited 2022 Jul 05]; 31(3): 461-466. DOI: <https://doi.org/0.1093/eurpub/ckaa187>

18. Silverman-Retana O, Servan-Mori E, Bertozzi SM, Orozco-Núñez E, Bautista-Arredondo S, Lopez-Ridaura R. Prison environment and non-communicable chronic disease modifiable risk factors: length of incarceration trend analysis in Mexico City. J Epidemiol Community Health [internet]. 2018 [cited 2022 Jul 06]; 72(4): 342-348. DOI: <https://doi.org/10.1136/jech-2017-209843>

19. Trotter RT, Lininger MR, Camplain R, Fofanov VY, Camplain C, Baldwin JA. A Survey of Health Disparities, Social Determinants of Health, and Converging Morbidities in a County Jail: A Cultural-Ecological Assessment of Health Conditions in Jail Populations. Int J Environ Res Public Health [internet]. 2018 [cited 2022 Jul 06]; 15 (11): 2500. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph15112500>

20. Vera-Remartínez EJ, Monge RL, Chinesta SG, Rodríguez DS, Ramos MVP. Factores de riesgo cardiovascular en adultos jóvenes de un centro penitenciario. Rev Esp Salud Pública [internet]. 2018 [cited 2022 Jul 30]; 92 (6): 1-12 Available from: DOI: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29978853/>

21. Rosen DL, Thomas S, Kavee AL, Ashkin EA. Prevalence of Chronic Health Conditions Among Adults Released From the North Carolina Prison System, 2015-2016. N C Med J. [internet]. 2019 [cited 2022 Jul 07]; 80(6): 332-337. DOI: <https://doi.org/10.18043/ncm.80.6.332>

22. Wright NM, Hearty P, Allgar V. Prison primary care and non-communicable diseases: a data-linkage survey of prevalence and associated risk factors. BJGP Open [internet]. 2019 [cited 2022 jul 10]; 3(2). DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgpopen19X101643>

23. Davies M. Cardiovascular health within the UK prison population. Heart [internet]. 2020 [cited 2022 jul 10]. 107: 509. DOI: <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2020-318011>

24. Hachbardt NB, Hattori TY, Nascimento VF, Silva JH, Terças-Trettel ACP, Oliveira VKY, Atanaka M. Cardiovascular Risk in Women Deprived of Freedom from a Public Prison in Mato Grosso, Brazil. High Blood Press Cardiovasc Prev. [internet]. 2020 [cited 2022 jul 15]; 27(2): 139-150. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40292-020-00365-2>

25. Camplain R, Lininger MR, Baldwin JA, Trotter RT. Cardiovascular Risk Factors among Individuals Incarcerated in an Arizona County Jail. *Int J Environ Res Public Health* [internet]. 2021 [cited 2022 jul 15]; 18(13): 7007. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18137007>
26. Howell BA, Puglisi LB, Aminawung J, Bibbins- Domingo K, Elumn J, Gallagher C, Horton N, Kazi DS, Krumholz HM, Lin H, Roy B, Wang EA. A prospective cohort study examining exposure to incarceration and cardiovascular disease (Justice-Involved Individuals Cardiovascular Disease Epidemiology – JUSTICE study): a protocol paper. *BMC Public Health* [internet]. 2022 [cited 2023 Jan 01]; 22(1): 331. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12688-x>
27. Marçal CCB, Heidemann ITSB, Fernandes GCM, Rumor PCF, Oliveira LS. A salutogênese na pesquisa em saúde: uma revisão integrativa. *Rev Enferm UERJ* [internet]. 2018 [cited 2023 Jan 30]; 26: e37954. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.37954>.
28. Brasil. Vigitel Brasil 2021. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde, Brasília. [internet]. 2022 [cited 2023 Jan 28]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2021-estimativas-sobre-frequencia-e-distribuicao-sociodemografica-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas>
29. World Health Organization. Determinantes sociais da saúde [internet]. 2023 [cited 2023 Apr 04]. Available from: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
30. Wang EA, Pletcher M, Lin F, Vittinghoff E, Kertesz SG, Kiefe CI, Bibbins-Domingo K. Incarceration, incident hypertension, and access to health care: findings from the coronary artery risk development in young adults (CARDIA) study. *Arch Intern Med*. [internet]. 2009 [cited 2023 Jan 28]; 169(7): 687-693. DOI: <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.26>
31. Bondolfi C, Taffe P, Augsburg A, Jaques C, Malebranche M, Clair C, Bodenmann P. Impact of incarceration on cardiovascular disease risk factors: a systematic review and meta-regression on weight and BMI change. *BMJ Open* [internet]. 2020 [cited 2023 Mar 14]; 10: e039278. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/10/10/e039278>
32. Jesus LO, Scarparo HBKO. Trabalho em saúde nas prisões: produção de sujeitos e territórios. *Rev Interinst Psicol*. [Internet]. 2015 [cited 2021 Jul 03]; 8(1): 78-93. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v8n1/v8n1a07.pdf>
33. Schmitt HBB, Bolsoni CC, Conceição TB, Oliveira WF. Políticas Públicas e Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade. Florianópolis: UFSC, 2014. [citado 2021 Jul 30]. Available from: <https://unasus.ufsc.br/saudeprisional/files/2018/06/Pol%C3%ADticas-P%C3%BAblicas-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-Sa%C3%BAde-das-Pessoas-Privadas-de-Liberdade.pdf>
34. Arthur JP, Mantovani MF, Ferraz MIR, Mattei AT, Kalinke LP, Corpolato RC. Tradução e adaptação transcultural da Hypertension Knowledge-Level Scale para uso no Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2018 [cited 2023 Jan 03]; 26: e3073. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2832.3073>

35. Chaer-Yemlahi SS, Freixenet-Ramírez FX. Healthy prisons: analysis of health promotion in Catalanian prisons. Rev Esp Sanid Penit. [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 03]; 24(1): 23-32. DOI: <https://doi.org/10.18176/resp.00046>

Correspondência

Marta Cossetin Costa

E-mail: m_cossetin@hotmail.com

Copyright© 2024 Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL.

 Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License, a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.