

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE

CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO

VALÉRIA DE SOUSA LIMA

**PERFIL NUTRICIONAL DE PENITENCIÁRIOS CONFINADOS
EM CADEIA PÚBLICA NA CIDADE DE CUITÉ-PB**

Cuité-PB

2016

VALÉRIA DE SOUSA LIMA

**PERFIL NUTRICIONAL DE PENITENCIÁRIOS CONFINADOS EM CADEIA
PÚBLICA NA CIDADE DE CUITÉ-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição, com linha específica em Nutrição Clínica.

Orientador: Prof^ª. Msc. Michelly Pires Queiroz

Cuité-PB
2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Msc. Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

L732p

Lima, Valéria de Sousa.

Perfil nutricional de penitenciários confinados em cadeia pública na cidade de Cuité-PB. / Valéria de Sousa Lima. – Cuité: CES, 2016.

56 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Nutrição) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2016.

Orientadora: Michelly Pires Queiroz.

1. Presidiários. 2. Perfil nutricional. 3. Exame físico. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 612.3

VALÉRIA DE SOUSA LIMA

PERFIL NUTRICIONAL DE PENITENCIÁRIOS CONFINADOS EM CADEIA
PÚBLICA NA CIDADE DE CUITÉ-PB

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade
Federal de Campina Grande, como requisito
obrigatório para obtenção de título de Bacharel em
Nutrição, com linha específica em Nutrição Clínica.

Aprovado em ____ de _____ de ____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^aMcs. Michelly Pires Queiroz

Universidade Federal de Campina Grande – Centro de Educação e Saúde
Orientador

Prof.^aDr.^a. Nilcimelly Rodrigues Donato

Universidade Federal de Campina Grande – Centro de Educação e Saúde
Examinador

Prof.^a Luciana Maria Pereira de Sousa

Universidade Federal de Campina Grande – Centro de Educação e Saúde
Examinador

Cuité/PB

2016

Dedico este trabalho aos meus Avôs, Valdemar (*in memorian*) e Nior (*in memorian*), por carinho, amor, atenção e confiança proporcionados durante toda vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus**, por não ter me deixado fraquejar nos momentos mais difíceis até aqui, nunca ter me abandonado. A minha caminhada foi árdua, mas o Senhor me fortaleceu a cada momento. Obrigada por sempre atender as minhas orações e acalmar a minha alma nos momentos de aflição e dor. A ti Senhor, eu devo a minha vida e todas as minhas conquistas. O amo acima de tudo!

À mãe e ao meu pai, **Maria de Fátima Sousa Diniz** e **José Mendes de Lima**, por ter me concebido a vida e me ensinado tudo que hoje pratico. Serei eternamente grata por tudo que a vocês fazem por mim, me deram a oportunidade que não puderam ter, trabalhando diariamente para nos manter e nos proporcionar o melhor, agradeço também todo amor, carinho, lições. Palavras não são suficientes para agradecer toda dedicação de vocês. Eu os amo muito!

À minha família, em especial á minha irmã **Andiquele Sousa Diniz**, que é minha confidente das melhores horas e das mais difíceis, conselheira e protetora. Eu te amo irmã. Obrigada por sempre confiar em mim e nos meus propósitos. Como também meus demais irmãos, **Valdemar Neto** e **Andiquelme**.

Aos meus avôs maternos, que foram meus segundos pais. Obrigada vovó **Mariinha**, por todas as orações pedidas em meu nome, e por todo amor e carinho dedicados a mim, ser de luz, muito unguida. Ao meu vovô **Valdemar** (*in memoriam*) que foi o meu exemplo de homem digno, trabalhador, batalhador e inteligência, eu desconheço ser na Terra tão sábio, e que me dedicou tanto carinho e alegrias durante sua vida. Assim como também agradeço aos meus avôs paternos, Vovó **Rita**, por todo amor escancarado e mimo. Uma senhora tão doce e amável, agradeço muito todo amor e ao meu Vovô **Nior**, outro exemplo de dignidade, garra, honestidade e perseverança, sou imensamente abençoada por conviver com pessoas tão especiais. Eu os amo muito!

À minha amiga de longa data e orientadora **Michelly Pires Queiroz**, por ter aceitado me orientar neste trabalho, realmente teria que ser você, o destino apenas se

encarregou de nos juntar novamente. A você toda a minha amizade sincera. Muito obrigada!

Às professoras **Nilcimelly Rodrigues Donato** e **Luciana Maria Pereira de Sousa**, por terem aceitado o convite de participarem da minha banca examinadora.

À todos os **professores da graduação**, por todos os ensinamentos doados.

À minhas amigas e irmãs **Barbara Antonino, Márcia Heloísa, Marielle, Jayanny Claybianny, Janieli**, por todos os momentos compartilhados, por todos os risos, palavras de conforto, motivação, pelas preocupações não apenas acadêmicas. Obrigada por me proporcionarem momentos que serão lembrados com tanto carinho e nostalgia por toda minha vida. Juntas teremos ótimas histórias. Eu quero vocês para minha vida, amo muito vocês!

Aos meus demais amigos que conheci durante essa jornada, aqui representados por **Evandro, Belmiro e Gregório**, minha total estima. Obrigada por fazer meus dias mais felizes!

Aos meus queridos amigos, **Bruno, Éster e Marcielle**, que se disponibilizaram para que esse trabalho acontecesse. Muito obrigado, valeu pela força.

À **Jessé Soares**, meu namorado, que se mostrou um verdadeiro companheiro de vida nos últimos tempos, que sempre acredita mim e tem o poder de extrair o melhor que tenho, por todo carinho, incentivo em mim depositado, parte desse trabalho aconteceu por sua causa. Obrigada por me colocar de volta ao eixo sempre que eu me desestabilizava, sei que me aguentar esses dias não foi tarefa fácil, mas essa foi só mais uma prova do quão sincero e verdadeiro é o que estamos vivendo. Te amo, Jessé!

A todos que contribuíram direta e indiretamente para a realização deste trabalho.

Muito obrigada!

RESUMO

LIMA, V. S. **Perfil nutricional de penitenciários confinados em cadeia pública na cidade de Cuité-PB**. 2016. 57 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2016.

A reclusão social de humanos por delitos cometidos se mostra crescente no mundo e no Brasil, essa parte dessa população vem caindo no esquecimento da sociedade e do Estado, vários os problemas que essa parcela é acometida, entre eles, os de saúde, relacionados aos fatores estruturais, a falta de higiene, má alimentação e ao uso de drogas. A Avaliação Nutricional é um excelente indicador de qualidade de vida, sendo ela um instrumento de diagnóstico, que mede de diferentes maneiras as condições nutricionais do organismo. Objetivou-se com a presente pesquisa avaliar e traçar o perfil nutricional dos detentos confinados na cadeia pública da cidade de Cuité-PB. Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva transversal, realizada com os detentos que se disponibilizassem, constituindo uma amostra de 16 reclusos. Por meio de questionário pessoal, sobre a alimentação, foram abordadas questões sobre tempo de confinamento, os alimentos que geralmente os visitantes trazem, uso de medicamentos e aspectos socioculturais. Por meio dos resultados deste estudo permitiu-se identificar maior parte da população encontra-se em estado nutricional de sobrepeso (43,75%), mas representou baixo risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (81,25%) e um número considerável, risco para desenvolvimento de SM relacionadas à obesidade (31,75%). Quando correlacionou-se o tempo de confinamento e o IMC, observou que houve um aumento de peso em alguns detentos com o passar dos anos. Todos apresentaram um estilo de vida sedentário e quanto à semiologia realizada pouco foi evidenciado, a não ser, a possibilidade de anemia, e a desidratação. Também observamos a prevalência de usuários de psicotrópicos, o que evidencia a existência de pessoas com provável sofrimento mental e psicológico, bem como o uso de anti-hipertensivos, que revela a presença de hipertensos. Assim, faz-se necessário um acompanhamento nutricional realizado por um profissional de saúde bem como nutricionista, visando o controle de peso, à prevenção e/ou ao tratamento das complicações cardiovasculares e, conseqüentemente, para garantir melhor qualidade de vida a essa população, por meio da adoção de hábitos de vida saudável.

Palavras chaves: Presidiários. Perfil nutricional. Exame físico.

ABSTRACT

LIMA, V. S. **Nutritional profile of correctional confined in a jail in the city of Cuité-PB.** 2016. 57 f. Completion of course work (Undergraduate Nutrition) - Federal University of Campina Grande, Cuité, 2016.

The social seclusion of humans for crimes committed shown growing in the world and in Brazil, this part of society is falling by the wayside of society and the state, there are several problems that this portion is affected, among them health related to factors structural, lack of hygiene, poor diet and drug use. The Nutritional Assessment is an excellent indicator of quality of life, it is a diagnostic tool that measures in different ways the nutritional status of the organism. The objective of this research was to evaluate and map out the nutritional profile of inmates confined in the public prison in the city of Cuité-PB. This is a cross-sectional descriptive field research conducted with detainees who were available, providing a sample of 16 inmates. Through personal questionnaire on nutrition issues were addressed on confinement time, the food we usually bring visitors, medication use, and socio-cultural aspects. From the results of this study allowed to identify the population is in most nutritional status of overweight (43,75%), representing most of low risk for developing cardiovascular disease (81,25%) and a significant number risk for the development of obesity-related SM (31,75%). When correlated the confinement time and BMI, it noted that there was an increase in weight in some inmates over the years. All had a sedentary lifestyle, as the semiotics held little evidenced unless, possible anemia, but are necessary biochemical tests for their diagnosis, and dehydration. We also observed the prevalence of psychotropic users, which bought the existence of people with mental and psychological disorders, and the use of antihypertensive drugs, which reveals the presence of hypertension. Thus, it is necessary nutritional monitoring performed by a professional nutritionist, aimed at weight control, prevention and/or treatment of cardiovascular complications and, consequently, to ensure better quality of life for this population, through the adoption of healthy living habits.

Keywords: Convict. nutritional profile. Physical exam.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Análise descritiva das variáveis: idade, grau de escolaridade e cor dos detentos - Cuité, Paraíba, 2016.....	31
Tabela 2- Aspectos gerais da alimentação dos detentos: número de refeições, aceitação da refeição oferecida, recebimento de alimentação de fora e frequência de recebimento - Cuité, Paraíba, 2016.....	32
Tabela 3- Análise descritiva das variáveis da avaliação nutricional e incidência de patologias de sinais e sintomas: IMC, CC, CC/CQ dos detentos - Cuité, Paraíba, 2016.....	35
Tabela 4- Análise da correlação entre IMC e o tempo de confinamento dos detentos - Cuité, Paraíba, 2016.....	37
Tabela 5- Análise da correlação entre IMC e o risco de desenvolvimento de complicações metabólicas associadas à obesidade, quanto a CC dos detentos - Cuité, Paraíba, 2016.....	38
Tabela 6- Análise descritiva do exame físico, das variáveis: cabelo, face, olhos, lábios, gengiva, dentes, pele, unhas, forma do abdômen, turgor da pele, cloração palmoplantar dos detentos - Cuité, Paraíba, 2016.....	39
Tabela 7- Análise sobre o uso de medicamentos dos detentos - Cuité, Paraíba, 2016.....	41

LISTA DE SIGLAS

CC- Circunferência da Cintura

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

CQ- Circunferência do Quadril

IMC- Índice de Massa Corpórea

OMS- Organização Mundial de Saúde

RCQ- Relação Cintura/ Quadril

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SM- Síndrome Metabólica

SPN- Sistema Penitenciário Nacional

SPSS- *Statistical Package for the Social Sciences*

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO.....	14
2OBJETIVOS.....	16
2.1OBJETIVO GERAL.....	16
2.2OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
3REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1HISTÓRICO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO.....	17
3.1.1Sistema Penitenciário Brasileiro.....	17
3.1.2Sistema Penitenciário Da Paraíba.....	18
3.2DIREITOS HUMANOS DO PRESO E GARANTIAS LEGAIS.....	20
3.3SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL.....	20
3.3.1Direito a Alimentação de Qualidade no Sistema Prisional.....	20
3.4PROBLEMAS MAIS RECORRENTES RELACIONADOS À SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL.....	23
3.5AVALIAÇÃO NUTRICIONAL.....	24
3.5.1Índice De Massa Corpórea.....	25
3.5.2Relação Cintura / Quadril.....	26
3.5.3Avaliação Física ou Semiologia.....	27
4MATERIAIS E MÉTODOS.....	27
4.1CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	27
4.2POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	27
4.3CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	27
4.5COLETA DE DADOS.....	28
4.6ANALISES ESTATÍSTICAS.....	28
4.7AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA.....	29
5RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	30
5.1CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	30
5.1.1DADOS SOCIOCULTURAIS.....	30
5.1.2DADOS ANTROPOMÉTRICOS.....	31
5.2CARACTERIZAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E NUTRICIONAL.....	33
5.2.1Dados Antropométricos.....	33
5.2.2Correlação do Diagnostico do IMC e o Tempo de Confinamento.....	35
5.2.3Estado Nutricional e Complicações Metabólicas.....	36
5.2.4Dados do Exame Físico.....	38
5.3USO DE MEDICAMENTOS.....	39
6CONCLUSÃO.....	41
REFERÊNCIAS.....	42
APÊNDICES.....	47

1 INTRODUÇÃO

Os altos índices de violência e criminalidade em nossa sociedade refletem no aumento de prisioneiros. A literatura aponta diversos modelos para descrever às causas desses fenômenos, nos quais, cada teoria, centra-se em alguns fatores em particular, focando desde as patologias individuais até as sociais. Atualmente está sendo relacionadas às características biopsicológicas, juntamente com o histórico de vida pessoal e com as relações sociais, englobando assim outros fatores associados (CERQUEIRA; LOBÃO, 2004).

Segundo Canazaro (2010), o Brasil é atualmente um dos países com maior população carcerária, estando em quarto lugar no ranking mundial depois dos EUA (2.299.116), China (1.565.771) e Rússia (894.855).

O Sistema Penitenciário Nacional (SPN) apresentou uma população carcerária em 2010 de 496.251 indivíduos. Os estados brasileiros que apresentam maior população carcerária no mesmo período foram: São Paulo, com 163.676 indivíduos, Minas Gerais, com 37315 indivíduos, e Rio Grande do Sul, com 31.383 indivíduos (BRASIL, 2015).

Dados adquiridos junto a Gerência de Planejamento, Segurança e Informação da Secretária de Administração Penitenciária do Governo da Paraíba, no mês de fevereiro de 2016, o Estado contava com 79 unidades penitenciárias ativas, distribuídas em três regiões integradas de segurança pública, instaladas na Zona da Mata, Agreste e Borborema e Sertão, com somatório total de 11.352 reclusos (BRASIL, 2015).

Nos presídios encontram-se vários problemas, destacando-se entre eles, os de saúde, relacionados aos fatores estruturais, a falta de higiene, má alimentação e ao uso de drogas (COELHO et al., 2009). Brasil (2006), fala da superlotação das celas, sua precariedade e insalubridade, transformam as prisões num ambiente propício à proliferação de doenças. Além desses fatores, o sedentarismo posto também contribui para os problemas de saúde dos detentos. Não diferente de outras áreas da saúde, a nutrição tem um importante papel na prevenção de doenças, pois uma alimentação saudável previne agravos à saúde.

Com isso, a avaliação nutricional é um excelente indicador de qualidade de vida, sendo ela um instrumento de diagnóstico, que mede de diferentes maneiras as condições nutricionais do organismo, determinadas pelos processos de ingestão, absorção, utilização e excreção de nutrientes; ou seja, a avaliação nutricional

classifica o estado nutricional, que é resultante do balanço entre a ingesta e a perda de nutrientes. O estado nutricional de uma população é um excelente indicador de sua qualidade de vida (MELO, 2002).

Assim, partindo da idéia de que pessoas em reclusão social, mediante encarceramento têm sua saúde, sobre tudo nutricional, dependente do serviço e debilitada pelas condições penitenciárias, faz-se pensar em uma forma de avaliar nutricionalmente esses indivíduos e entender quais os fatores que os levam à provável risco nutricional. Então, a avaliação antropométrica, avaliação física e aplicação de questionário, seriam métodos viáveis para se obter informações dessa população no âmbito nutricional?

Acredita-se que o uso destes, pode ser uma opção factível, considerando a aplicabilidade e confiabilidade dos métodos, junto à importância epidemiológica da classe em estudo no País, seja de realmente de grande importância científica.

Logo, faz-se necessário um estudo aprofundado que venha evidenciar os supostos que a literatura levanta e vendo no trabalho a possibilidade de contribuir cientificamente com a sociedade, podendo possivelmente servir de base para formulação de ações futuras que visem o melhoramento do estado nutricional do público assistido. Uma vez que é obrigação do Estado oferecer suporte, voltado ao cumprimento/promoção dos Direitos Humanos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o perfil nutricional e correlaciona-lo ao consumo alimentar dos detentos confinados na cadeia de uma cidade do Curimataú Paraibano.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Verificar as medidas antropométricas;
- ✓ Classificar o estado nutricional, segundo Índice de Massa Corpórea (IMC);
- ✓ Analisar a relação das circunferências da cintura e do quadril;
- ✓ Realizar avaliação física ou semiológica;
- ✓ Correlacionar o estado nutricional com o comportamento alimentar e o tempo de confinamento.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 HISTORICO DO SISTEMA PENITENCIARIO

Ensina Bucci (2012) que o sistema penitenciário foi criado como alternativa mais humana aos castigos corporais e à pena de morte, quando estas deixaram de ser aceitas, passou-se, então, a procura de solução para as punições e proteção.

A idéia de prender as pessoas ao infringirem regras vem desde a antiguidade. Naquela época, entretanto, desconhecia-se a idéia de privação de liberdade, deixando os criminosos presos somente até o seu julgamento, que costumava estar vinculado a alguma punição física, baseado no Código de Hamurabi. A partir da Idade Média, passou-se a conviver com um sistema em que as penas aos infratores costumavam ser definidas a partir da decisão pessoal e política dos governantes, e as punições eram novamente físicas, dessa vez incluídas as sessões públicas de tortura, que costumavam ter grande apelo junto à população da época (MELO, 2009).

Com a Idade Moderna e todas as crises que se abateram sobre o continente europeu, a criminalidade acentuou-se e o uso exclusivo das penas física e de morte como forma de organização das regras sociais passou a mostrar-se insuficiente. Com todas as mudanças sociais que ocorreram naquela época, a idéia de se criar instituições que privassem seus cidadãos de liberdade, que funcionasse como um espaço de re-socialização e combate ao ócio e à criminalidade, representou uma grande mudança no sistema jurídico e penal. A partir daí, construiu-se na Inglaterra e em outros locais da Europa casas de trabalho que cumprissem essa função e que foram se desenvolvendo, convertendo-se em grandes prédios de presídios e espalhando-se pelo mundo até o presente momento (MELO, 2009).

3.1.1 Sistema Penitenciário Brasileiro

Um dos principais marcos do sistema penitenciário brasileiro apontados por Roig (2005) foi a construção, em 1850, da Casa de Correção da Côrte, um estabelecimento prisional destinado aos vadios, tuberculosos, capoeiras e aos marginalizados. Acreditava-se que esse projeto transformaria homens entregues à ociosidade em cidadãos ressocializados, com bons costumes e, conseqüentemente,

úteis à pátria. E que além de servir para uma “limpeza” social, a Casa de Correção tinha como finalidade passar uma imagem de nação civilizada ao mundo, uma vez que “deixava” no passado a bárbara ideia de punição, que muitos países já haviam deixado para trás. O projeto inicial de ressocialização era destinado apenas aos presos denominados “comuns”, contudo, aos presos escravos e marginais, o sistema prisional tornou-se apenas a institucionalização da punição vingativa e privada, que recaía sobre o corpo do apenado através de tortura, açoites e outros castigos físicos que deixaram de ser públicos.

A proclamação da República Federativa dos Estados Unidos do Brasil trouxe, em 1890, um novo Código Penal que, entre outras evoluções, aboliu a Casa de Correção, prisão perpétua, limitando a privação de liberdade há trinta anos, e adotava a pena de prisão como a pena principal a ser aplicada (ROIG, 2005).

Nos dias atuais o Brasil é um dos países com maior população carcerária do mundo. Dos quase 500 mil presos, 56% já foram condenados e estão cumprindo pena e 44% são presos provisórios que aguardam o julgamento de seus processos; A capacidade prisional é de cerca de 320 mil presos. Assim, o déficit no sistema prisional gira em torno de 180 mil vagas Um levantamento de dados do número presos feito em 2007, pelo Conselho Nacional de Justiça e Departamento Penitenciário Nacional (CNJ/DPN), o Brasil tinha 422.373 presos, número que subiu 6,8% (451.219) em 2008 e 4,9% (473.626) em 2009. Atualmente, o país conta com quase 500 mil presos – seguindo esse ritmo, estima-se que em uma década dobre a população carcerária brasileira (AZEVEDO et al., 2015).

Ainda segundo Azevedo et al., (2015), diversas são as críticas a respeito da situação carcerária brasileira e muitas são as discussões acerca da sua eficácia. A superlotação dos presídios é talvez o mais crônico problema que aflige o sistema penal brasileiro. Há a necessidade da redução populacional dos presídios, pois fica evidente a superpopulação existente nesses estabelecimentos, o que também dificulta o cumprimento das penas.

3.1.2 Sistema Penitenciário da Paraíba

Os princípios básicos e fundamentais do Sistema Penitenciário da Paraíba emanam de concepções humanísticas, filosóficas, políticas, éticas e sociais que são: A correção do homem que delinuiu manifesto na existência de um regime progressivo pelo qual transita o apenado em função do seu comportamento, passando de níveis

mais severos a mais suaves, até a fase de reintegração à sociedade, de forma adequada; O humanismo, que se expressa na inviolabilidade da integridade física e psíquica do apenado, não existindo nenhum tipo de discriminação por motivos de raça, cor, religião sexo ou nacionalidade; partindo do princípio de que todo homem que tenha cometido um delito é capaz de reintegrar-se à sociedade de uma forma útil, tendo direito a um tratamento justo e digno (BRASIL, 2015).

Segundo informações da Secretaria de administração Penitenciária, o sistema penitenciário da Paraíba conta com três regiões integradas de segurança pública (Zona da Mata, Agreste e Borborema e Sertão), contidas nelas 79 unidades em plenas atividades. Os números apontam que em fevereiro deste ano a somatória é de 11.352 apenados, dentre ele homens e mulheres, de regime semi-aberto, aberto, provisórios e sentenciados. As mulheres representam aproximadamente 5,8% apenas da população carcerária da Paraíba (BRASIL, 2015).

3.2 DIREITOS HUMANOS DO PRESO E GARANTIAS LEGAIS

No âmbito infraconstitucional, a Lei n. 7.210/84, Lei de Execuções Penais, por sua vez, prevê, no seu artigo 41, diversos direitos inerentes ao preso como alimentação suficiente e vestuário, atribuição de trabalho e sua remuneração, proporcionalidade na distribuição do tempo para o trabalho, o descanso e a recreação, exercício das atividades profissionais, intelectuais, artísticas e desportivas anteriores, compatíveis com a execução da pena, assistência material, à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa, proteção contra sensacionalismo, visitas em dias determinados, chamamento nominal, igualdade de tratamento, audiência especial com o diretor do estabelecimento, representação e petição a qualquer autoridade, em defesa de direito, contato com o mundo exterior por meio de correspondência escrita, da leitura e de outros meios de informação que não comprometam a moral e os bons costumes (BRASIL, 2010).

Foi instituído pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário um plano tem por finalidade prover a atenção integral à população carcerária e reorientar as práticas de saúde no sistema penitenciário, assegurando a eficácia das ações de promoção, prevenção e atenção integral à saúde (BRASIL, 2010).

Sua elaboração foi e está sendo considerado um avanço para a saúde no sistema penitenciário. Contudo, ressalta-se que a promoção da saúde no sistema carcerário não se constitui uma responsabilidade apenas do Estado e representa uma missão e um desafio aos profissionais de saúde e cidadãos que acreditam em uma sociedade melhor (BRASIL, 2004).

De acordo com Kloch (2008), na maioria das vezes os direitos do preso são violados nas unidades do sistema prisional brasileiro, resultando em rebeliões, pois seres humanos desejam ser tratados como tais. A Constituição da República Federativa do Brasil, ao tratar dos direitos e deveres individuais e coletivos fundamentais, em seu artigo 5º prevê diversas hipóteses de proteção ao preso, como, por exemplo, ao dispor em seu inciso III que ninguém será submetido a tratamento desumano ou degradante (BRASIL, 2010).

Assim, o simples acesso aos meios de comunicação nos demonstra que o Estado brasileiro tem submetido os internos e condenados por prática delitiva, de forma inconsequente e irresponsável, a um sistema prisional totalmente alheio às normas de direito, que afronta pactos internacionais nos quais nosso país é signatário, que vira as costas para a legislação penal e processual penal brasileira, e que viola até mesmo a Constituição, que deveria ser o alicerce de um Estado Democrático de Direito. Como consequência, ao efetuarmos a análise das instituições carcerárias, flagramos facilmente uma lista extensa e aterrorizante de direitos fundamentais violados (MATTOS, 2015).

3.3 SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Segurança Alimentar e Nutricional é a garantia do direito de todos ao acesso a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente e de modo permanente, com base em práticas alimentares saudáveis e respeitando as características culturais de cada povo, manifestadas no ato de se alimentar (MALUF; MENEZES, 2012).

Pode-se definir como um alimento seguro aquele cujos constituintes ou contaminantes que podem causar perigo à saúde estão ausentes ou em concentrações abaixo do limite de risco. Um alimento pode tornar-se de risco por razões como: manipulação inadequada; uso de matérias primas cruas e contaminadas; contaminação e/ou crescimento microbiano; uso inadequado de aditivos químicos; adição acidental de produtos químicos; poluição ambiental e degradação de nutrientes (SOUSA, 2006).

Os alimentos são expostos a mudanças de condições durante várias fases, como plantação, colheita/abate, beneficiamento, preparação e distribuição. Essas etapas são importantes, pois podem amplificar o potencial de contaminação microbiana. A prevenção de doenças veiculadas por alimentos, através de instituição de medidas preventivas eficazes e de treinamento, aliada à implantação de boas práticas de higiene, desde o campo até o consumidor final, irá contribuir para a minimização de contaminação e/ou crescimento bacteriano indesejado em produtos alimentícios (SOUSA, 2006).

Além de condições higiênico-sanitária, a alimentação deve conter as necessidades nutricionais suficientes para que o corpo possa obter energia e material necessário à manutenção e síntese dos novos tecidos do organismo. Podendo apresentar propriedades funcionais, de contribuição benéfica sobre a saúde, performance física ou mental do indivíduo. Sendo o alimento a única fonte saudável de nutrientes para a manutenção da vida, uma dieta balanceada garantirá a reposição desses nutrientes que formam a massa corporal (PALERMO, 2008).

Portando, uma dieta, para ser considerada nutritiva deve ter como características a adequação, equilíbrio, controle calórico, moderação e variedade, ou seja, a dieta deve fornecer em quantidade suficiente os nutrientes essenciais, respeitado a harmonia entre todos os nutrientes, fornecer energia suficiente para manter o peso adequado, ser composta de alimentos que não sejam fontes excessivas de açúcares, sal e gorduras, além de conter diferentes alimentos a cada dia (PALERMO, 2008).

Com isso, conta-se com uma alimentação diversificada do ponto de vista nutricional e de boas condições de higiene para garantir o aproveitamento ao máximo dos nutrientes disponíveis, mas infelizmente, em quase todas as unidades prisionais, os presos reclamam da qualidade da comida. Denúncias de cabelos, baratas e objetos estranhos misturados na comida foram constantes. Comida azeda, estragada ou podre também foi denunciada. Em vários presídios, a CPI encontrou quentinhas amontoadas do lado de fora das celas, prontas para irem para o lixo, recusadas pelos presos, em face da péssima qualidade da alimentação servida (MASSAROLLO, M. D. et al, 2015).

3.3.1 Direito a Alimentação de Qualidade no Sistema Prisional

A alimentação adequada é um direito humano e para assegurar esse cumprimento é fundamental a segurança alimentar e nutricional, que é definida como a garantia a todos os cidadãos ao acesso contínuo e permanente a alimentos básicos de qualidade e em quantidade suficiente e em condições higiênico-sanitárias adequadas, de modo a contribuir para uma existência digna (CONSEA, 2004).

Reforçando Mattos (2015), relata que a alimentação, além de ser uma necessidade básica do ser humano, é um direito social garantido pela Constituição Federal, em seu artigo 6º, a todo e qualquer cidadão. No mais, a Lei de Execução Penal nº 7.210, de 11 de Julho de 1984, em seu artigo 41, inciso I, que é direito do preso ter uma alimentação suficiente.

Nos presídios, a alimentação é a expressão importante na vida cotidiana da massa carcerária e isto confere à nutrição características muito particulares com a responsabilidade de influenciar o cotidiano nos presídios. Os profissionais de saúde que tratam dos problemas relacionados à nutrição devem considerar os valores, concepções, percepção e representações da alimentação, bem como os hábitos alimentares dos presos e a sua cultura alimentar (MARTINS, 2007).

A visão que a grande maioria das pessoas possui é que o sistema prisional brasileiro desrespeita vários direitos do preso, alguns básicos, dentre os quais, o de receber uma alimentação digna. O tema recebe pouca atenção e não causa estranheza que, poucos autores escrevam sobre ele e destes, a maioria o faz superficialmente (RUDNICKI; PASSOS, 2012).

O artigo nº 20 das Regras Mínimas da ONU determina que o Estado deve fornecer ao preso, em horas determinadas, alimentação de boa qualidade, bem preparada e servida, cujo valor nutritivo seja suficiente à manutenção de sua saúde e de seu vigor físico. O fornecimento de alimentação faz parte da assistência material a ser provida ao preso, conforme o artigo 11 da Lei de Execução Penal. Já o artigo nº 13 da Resolução do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP), além de conter as mesmas determinações acima citadas, determinam a preparação da alimentação do preso segundo normas de higiene e de dieta controladas por nutricionista (MASSAROLLO, M. D. et al, 2015).

3.4 PROBLEMAS MAIS RECORRENTES RELACIONADOS À SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

A superlotação das celas, sua precariedade e insalubridade tornam as prisões um ambiente propício à proliferação de epidemias e ao contágio de doenças. Todos esses fatores estruturais, como também a má-alimentação dos presos, seu sedentarismo, o uso de drogas, a falta de higiene e toda a salubridade da prisão fazem com que o preso que ali adentrou, numa condição sadia e de lá não saia sem ser acometido de uma doença ou com sua resistência física e saúde fragilizadas (ASSIS, 2007).

Os presos adquirem as mais variadas doenças no interior das prisões. As mais comuns são as doenças do aparelho respiratório, como a tuberculose e a pneumonia. Também é alto o índice de hepatite e de doenças venéreas em geral, a AIDS por excelência. Conforme pesquisas realizadas nas prisões, estima-se que aproximadamente 20% dos presos brasileiros sejam portadores do HIV, principalmente em decorrência da violência sexual praticada por parte dos presos e do uso de drogas injetáveis (ASSIS, 2007).

Muitos são os casos de deficiências vitamínicas (fadiga, anemia, alterações na pele e da visão, desmineralização óssea, entre outras), desnutrição energético-proteica, doenças crônicas, tais como, diabetes, hipertensão. Quanto mais tempo for o confinamento, maiores são as chances de desenvolvimento de patologias associadas à alimentação e sedentarismo, além dos fatores genéticos e individualidade de cada.

Além dessas doenças, há um grande número de presos portadores de sofrimentos mentais, de câncer, hanseníase e com deficiências físicas (paralíticos e semiparalíticos). Quanto à saúde dentária, o tratamento odontológico na prisão resume-se à extração de dentes. Não há tratamento médico-hospitalar dentro da maioria das prisões. Para serem removidos aos hospitais, os presos dependem de escolta da PM, a qual na maioria das vezes é demorada, pois depende de disponibilidade da instituição (ASSIS, 2007).

3.5 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Segundo Jeejeebhoy et al (1990), o estado nutricional expressa o grau no qual as necessidades fisiológicas por nutrientes estão sendo alcançadas, para manter a composição e funções adequadas do organismo, resultando do equilíbrio entre ingestão e necessidade de nutrientes. As alterações do estado nutricional contribuem para aumento da morbi-mortalidade.

Segundo Shils (1994) a antropometria é uma técnica desenvolvida por antropologistas no final do século XIX, usando medidas simples para quantificar diferenças na forma humana, porém a era moderna da antropometria nutricional se iniciou durante a primeira guerra mundial com a preocupação com a eficiência física dos soldados.

Antropometria é um método não-invasivo de baixo custo e universalmente aplicável, disponível para avaliar o tamanho, proporções e composição do corpo humano. A idade deve ser estabelecida, pois tanto as medidas recomendadas quanto os padrões de referência são considerados com base na mesma. Outro fator que deve ser considerado é o gênero, pois existem diferenças expressivas entre o tamanho de homens e mulheres. (WHO, 1995).

A antropometria permite a obtenção de muitas informações, porém peso, altura, suas combinações e pregas cutâneas são os métodos antropométricos mais utilizados em estudos epidemiológicos (WILLETT et al., 1998).

A avaliação antropométrica representa uma das etapas mais importantes do processo de avaliação nutricional dos indivíduos. A Organização Mundial de Saúde indica o uso da antropometria para a vigilância dos fatores de risco das doenças crônicas. Além do peso e da altura, recomenda a medida da cintura e do quadril como forma de avaliar a deposição da gordura abdominal e o diagnóstico de obesidade (HAMMOND, 1999).

Esses parâmetros antropométricos têm a vantagem de apresentar fácil mensuração e obtenção a baixo custo, podendo ser utilizados tanto na saúde pública quanto na clínica. (WHO, 1998).

3.5.1 Índice de Massa Corpórea

Índice de massa corporal ou corpórea (IMC): foi criado por Quetelet, sua utilização na prática clínica foi proposta há alguns anos, sendo considerado por diversos autores o melhor indicador de massa corporal no adulto, porém outros autores chamam atenção para limitações do IMC: 1) relação com a proporcionalidade do corpo, pessoas com as pernas curtas para a sua altura terão IMC aumentado; 2) relação com a massa livre de gordura, especialmente em homens, pois atletas e indivíduos musculosos podem ter IMC na faixa da obesidade; 3) relação com a estatura, que, apesar de baixa, pode ser significativa, especialmente em menores de 15 anos (GIBSON, 1993).

Em 1995, um Comitê de Especialistas da OMS modificou os pontos de corte do IMC para emagrecimento e, em 1998, para obesidade, preconizando sua utilização tanto para diagnóstico de desnutrição quanto de obesidade, sendo os seguintes: magreza grau III (grave): $IMC < 16,0$; magreza grau II (moderada): $16,0 \leq IMC \leq 16,99$; magreza grau I (leve): $17,0 \leq IMC \leq 18,49$; faixa normal: $18,5 \leq IMC \leq 24,99$; pré-obesidade (aumentado): $25,0 \leq IMC \leq 29,99$; obesidade grau I (moderado): $30,00 \leq IMC \leq 34,99$; obesidade grau II (grave): $35,0 \leq IMC \leq 39,99$; obesidade grau III (muito grave): $IMC \geq 40,00$ (OMS, 1995).

Anjos (1992) sugeriu ainda que, apesar de o IMC não indicar a composição corporal, a facilidade de sua mensuração e sua relação com morbi-mortalidade parecem ser motivos suficientes para sua utilização como indicador do estado nutricional em estudos epidemiológicos em associação ou não com outras medidas antropométricas.

3.5.2 Relação Cintura/Quadril

As circunferências aferidas isoladamente ou em conjunto com outra medida antropométrica são utilizadas para verificação do tamanho de secções transversais e dimensões do corpo, indicando crescimento, estabelecendo o padrão muscular, e verifica a distribuição de gordura corporal. São empregadas também para verificação da predisposição de algumas patologias, segundo a distribuição da gordura. Constituindo assim, importante instrumento de diagnóstico do estado nutricional (MUSSOI, 2015).

Os principais locais anatômicos para a aferição da circunferência da cintura (CC) utilizados em adultos e idosos de acordo com Wang et al., (2003) são: Abaixo do último arco costal, imediatamente abaixo da última costela, que é, em geral, na marca anterior da região lateral em ambos os lados do tronco; Ponto mínimo, entre o último arco costal e a costa ilíaca; Ponto médio, para essa mensuração, é necessário a identificação absoluta do ponto médio entre o último arco costal e a crista ilíaca; Circunferência do abdômen, que é medida imediatamente acima da crista ilíaca; Circunferência do quadril (CQ) é escolhida a parte com diâmetro maior entre a coxa e a cintura.

A relação CC/CQ tem vantagem de indicador de risco de doenças cardiovasculares, assim funcionando como mensurador da distribuição da gordura corporal (MUSSOI, 2015).

3.5.3 Avaliação Física ou Semiológica

O exame físico oferece uma perspectiva única na avaliação do estado nutricional, desse modo ele oferece evidências das deficiências nutricionais ou de piora funcional do indivíduo. Convém realizá-lo de modo sistemático e progressivo, da cabeça aos pés, por meio de observações e perguntas ao examinado, com o objetivo de determinar as condições nutricionais do paciente (DIAS, 2011).

Neste exame físico deve ter atenção na pele, caso tenha ferimentos, edema, perda de massa muscular, ressecamento; Crânio, caso tenha falta de cabelo (alopecia), enfraquecimento capilar (sinal de bandeira), brilho do cabelo, aspecto; Unhas se estão onduladas, quebradiças, formato diferenciado; Mucosas, caso estejam coradas ou pálidas; Boca, ocorrência de sangramento gengival, presença dos dentes, e caries; entre outros (HAMMOND, 1999).

Segundo Dias (2011), o exame físico, ou semiológico nutricional, faz parte da avaliação nutricional e sua função é de auxiliar no diagnóstico nutricional com as demais ferramentas de avaliação do estado nutricional.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de caráter transversal realizada no período de agosto de 2016 no município de Cuité - PB.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para a realização do levantamento, inicialmente foi feito um contato com o Diretor responsável da cadeia, onde este orientou quanto a confecção de um ofício, para a confirmação do interesse do proposto trabalho ao responsável do recinto, já que se trata de uma instituição sob jurisdição da justiça do município, sendo este ofício validado pelo Juiz vigente de Cuité-PB (APÊNDICE A). Após a autorização, a amostra foi composta pelos detentos confinados na Cadeia Municipal de Cuité-PB, onde todos os envolvidos são do sexo masculino e de diversas faixas etárias.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os detentos foram entrevistados de forma aleatória, segundo os serviços da carceragem e da polícia militar responsável pela proteção. A coleta de dados foi realizada em fase única, com aqueles que concordaram em participar, após esclarecimento sobre a metodologia e objetivos do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando a utilização dos dados coletados e arquivados por cinco (5) anos, onde este termo irá assegurar o sigilo da entrevista e a identificação do participante, inclusive, podendo este desistir a qualquer momento da pesquisa, sem lhes trazer qualquer prejuízo ou diferença no tratamento no recinto.

4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Por se tratar de uma pesquisa realizada com seres humanos, foram observados os princípios éticos, estabelecidos pela resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que preconiza no seu capítulo III que as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender as exigências éticas e científicas fundamentais, destacando, entre seus princípios éticos (capítulo III, item 1.a.) a

necessidade de TCLE – a fim de explicar aos participantes o objetivo da pesquisa e a garantia do anonimato, bem como o direito de desistir a qualquer momento do estudo sem risco de qualquer penalização ou prejuízo pessoal ou financeiro. Para aqueles que aceitaram a participar, foi apresentado o TCLE (APÊNDICE B), que depois de lido e assinado, em duas vias, ficando uma com o participante e outra com a orientadora da pesquisa. Todo o protocolo utilizado na realização do projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

4.5 COLETA DE DADOS

O levantamento de dados se deu por meio da aplicação de questionário de autoria própria (APÊNDICE C), com informações pessoais, de saúde, alimentares, prática de exercícios, este aplicado no mesmo dia da avaliação antropométrica e exame físico ou semiológico (APÊNDICE D), com o objetivo de reconhecer a situação da saúde e observar o consumo alimentar. As perguntas foram feitas de forma oral, espontânea, seguindo um roteiro, propondo não induzir a resposta e deixar o entrevistado livre a responder.

4.6 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

A análise de dados teve início com a transposição para o meio digital dos questionários utilizados na coleta de dados. Para isto uma máscara de armazenamento de dados foi construída com o auxílio do Programa Microsoft Access (2007) do pacote Microsoft Office, todos os questionários foram digitados.

Finalizada a construção do banco de dados iniciou-se a análise de dados propriamente dita com a construção de um planejamento de análise de dados, que contava com análises descritivas. A análise estatística de dados foi realizada com o auxílio do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows* versão 22.0. Para as análises estatísticas dos dados correlacionados, o teste de significância utilizado foi o Qui-quadrado considerando o valor de $p < 0,05$. Assim, analisaram-se variáveis de interesse, a exemplo de: estado nutricional, questões sociais, consumo alimentar, de saúde. O tempo previsto para a realização da apuração dos dados, bem como sua análise e interpretação foi de um (1) mês.

4.7 AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

A avaliação antropométrica foi realizada por meio de aferição de peso, altura, circunferências da cintura e quadril, utilizando como instrumento para obtenção dos dados uma balança portátil e uma fita métrica. Os dados foram coletados seguindo as recomendações de Cuppari (2005). O peso foi aferido através da balança digital portátil, onde o indivíduo se posicionou em pé, no centro da base da balança, com os braços entendidos ao longo do corpo, com cabeça erguida, sem adornos, como relógio, anel, boné, e pés descalços (APÊNDICE E). Para a mensuração da altura foi utilizado uma fita métrica fixada na parede, no qual o indivíduo se manteve em pé, ereto, descalço com os calcanhares juntos a parede e costas retas (APÊNDICE F). Com a obtenção do peso e da altura, foi calculado o índice de massa corporal (IMC) e posteriormente os dados foram classificados de acordo com os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) do ano de 2000. A circunferência da cintura foi realizada com os participantes em pé e que a fita métrica circundasse a região mais estreita entre o tórax e o quadril (APÊNDICE G), já a circunferência do quadril foi aferida de modo que a fita métrica circundasse o maior perímetro entre a cintura e a coxa (APÊNDICE H).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO

5.1.1 Dados socioculturais

Dos vinte e cinco (25) detentos que aceitaram participar da pesquisa, dezesseis (16) participaram da aplicação dos questionários. A idade mínima foi de dezoito (18) anos e máxima setenta (70) anos, onde a maioria das participantes (68,75%) tinha o ensino fundamental I completo ou incompleto, assim como a maior da parte da amostra se auto declarou pardo ou negro (68,8%), conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Análise descritiva das variáveis: idade, grau de escolaridade e cor dos detentos - Cuité, Paraíba, 2016 (n=16).

Variável	Categoria	N	%
Idade	De 18 a 25	3	18,8
	De 26 a 30	3	18,8
	De 31 a 35	4	25
	De 36 a 40	2	12,5
	De 41 a 45	1	6,3
	De 46 a 50	1	6,3
	Mais de 51	2	12,5
Escolaridade	Analfabeto	3	18,75
	Fundamental I incompleto	6	37,5
	Fundamental I completo	5	31,25
	Fundamental II incompleto	0	0
	Fundamental II completo	0	0
	Médio incompleto	0	0
	Médio completo	2	12,5
	Cor	Branco	4
Amarelo	1	6,3	
Pardo	6	37,5	
Negro	5	31,3	

A população carcerária da pesquisa é considerada pequena quando comparada a outros locais de apreensão similar, sua capacidade é reduzida devido à estrutura do local e sua rotatividade, pois a maioria fica alojada até o julgamento e definição de pena a ser cumprida, então sendo transferidos para penitenciárias.

Exceto casos antigos, que já tiveram sua penalização definida e estão pagando a reclusão na própria cadeia.

O presente estudo não teve a oportunidade de ser desenvolvido com todos os que aceitaram via TCLE, pois houve uma resistência de força maior para a conclusão com todos os interessados. Dos quarenta e oito (48) reclusos internalizados, vinte e cinco (25) consentiram participar da referente pesquisa, mas apenas foi possível realizar a avaliação antropométrica e física, bem como a aplicação dos questionários, em dezesseis (16) indivíduos.

Segundo Mattos (2015) em sua pesquisa sobre a violação dos direitos no cárcere, fala sobre o descaso que essa população sofre e o esquecimento do Estado, apesar de ser uma realidade com elevado número de pessoas presas, somado a isso o desinteresse de pesquisa e escassez de trabalhos nessa temática.

Estudos realizados em São Paulo – SP para averiguar a soroprevalência de hepatite B em encarcerados e mostraram baixa escolaridade dos excluídos 60,58% e 53,7% respectivamente (COELHO et al., 2009). Dados semelhantes foram vistos em pesquisa realizada por Sousa et al., (2013), onde 78,3% dos presidiários não chegaram a ter o segundo grau de escolaridade completo. Esses dados se assemelham a presente pesquisa, onde dos 56,25% dos entrevistados são analfabetos ou tem apenas o primeiro grau incompleto.

5.1.2 Aspectos gerais da alimentação

A Tabela 2 apresenta os aspectos gerais da alimentação dos detentos. Pode-se observar que a grande maioria dos detentos se alimentam duas (2) a três (3) vezes por dia (75%), todos classificam as refeições oferecidas pela cadeia regular ou boa. 56,35% acham a alimentação suficiente e não sentem fome nos intervalos das refeições. Seguindo as informações, 81,25% recebem alimentação vinda de fora da cadeia, dentre elas, alimentação caseira (92,31%) e massas e bolos (84,62%) são as mais apontadas, seguidas de refrigerante e sucos industrializados (69,23%).

Tabela 2 – Aspectos gerais da alimentação dos detentos: número de refeições, aceitação da refeição oferecida, recebimento de alimentação de fora e frequência de recebimento - Cuité, Paraíba, 2016 (n=16).

Variável	Categoria	N	%
Quantas	Somente 1	0	0

refeições realiza por dia	De 2 a 3	12	75
	De 4 a 6	4	25
	Mais de 6	0	0
O que acha da alimentação oferecida pela cadeia	Péssima	0	0
	Ruim	0	0
	Regular	10	62,5
	Boa	6	37,5
	Ótima	0	0
Acha a alimentação oferecida suficiente	Sim	9	56,35
	Não	7	43,75
Sente fome nos intervalos das refeições	Sim	7	43,75
	Não	9	56,35
Recebe alimentação de fora	Sim	13	81,25
	Não	3	18,75
Dos que recebem alimentação de fora, o que recebe	Massas e bolos	11	84,62
	Refrigerantes e sucos industrializados	9	69,23
	Suco da fruta	0	0
	Comida caseira	12	92,31
	Embutidos	0	0
	Frutas	5	38,46
	Outros	0	0
Dos que recebem qual a freqüência de recebimento	Diariamente	0	0
	Semanalmente	10	76,92
	Quinzenalmente	2	15,38
	Mensalmente	1	7,7

A alimentação oferecida na cadeia é feita pelos próprios presidiários, onde são disponibilizadas as três principais refeições: desjejum, almoço e jantar. Não existe um cardápio fixo, assim as refeições são produzidas com base nos gêneros disponíveis no dia. Na cadeia existe uma cozinha, equipada com geladeira, fogão com forno, armário e utensílios, onde podem ser guardados alimentos trazidos pelos familiares ou visitantes dos detentos e estes podem ser solicitado a qualquer momento por eles. As refeições são realizadas dentro das celas, onde os presos se acomodam como pode para se alimentar, já que não há mesa nas celas.

Verificou-se, em relação à alimentação recebida de fora, que os carboidratos estão em evidência, o que pode está ligado ao aumento do peso dos encarcerados.

Lamarão; Navarro (2007) em trabalho sobre aspectos nutricionais e proteção cardiovascular, mostra que os hábitos alimentares e a prática de atividades físicas exercem uma poderosa influência sobre o balanço energético total, sendo considerados os principais fatores, passíveis de modificação para a determinação do ganho de peso e a obesidade. Dietas com alta densidade energética, pobre em micronutrientes, fibras e com excesso de carboidratos simples, associadas a um estilo de vida sedentário são apontadas como os principais fatores etiológicos do aumento da prevalência da obesidade.

Segundo Rezende et al., (2006), nos últimos trinta anos, a prevalência de sobrepeso dobrou e 29,9% da população brasileira possui uma ou mais doenças crônicas, uns dos motivos citados pelo autor são os inadequados hábitos alimentares desenvolvidos ao longo dos anos pela população em geral, sendo essa uma das principais causas para o aumento de peso, assim como o alto consumo de alimentos industrializados, ricos em gorduras saturadas, sódio e açúcar. Corroborando com os estudos anteriores. Carmo et. al., (2006) ao estudarem o perfil de servidores públicos, destacaram também o elevado consumo de carboidrato simples (36,7%) em forma de massas e refeições prontas, além de baixo consumo de fibras e boas fontes lipídicas, como os principais fatores agravantes para o excesso de peso.

Assim, Colares e Freitas (2007) em seu achado sobre o processo de trabalho e saúde de uma UAN, que é notória a importância de um nutricionista para elaboração balanceada nutricionalmente, adequada microbiologicamente em locais que sirvam alimentação em maiores escalas, visando a saúde e a manutenção desta, como princípio básico. No que tange a alimentação em presídios, Moreira (2013) comenta que uma boa alimentação não ai fazer um homem que está preso feliz, mas evita motins e, por isso, a alimentação não deve ser descuidada, mas pelo contrário, escrupulosamente atendida.

5.2 CARACTERIZAÇÃO ANTROPOMETRICA E NUTRICIONAL

5.2.1 Dados Antropométricos

O peso médio aferido dos participantes foi 71,01 kg \pm 10,6 (mínimo de 51, 5 kg e máximo de 86,5 kg) e a estatura média de 1,70 cm \pm 0,1 (mínima de 1,64 cm e

máxima de 1,82 cm). O Índice de Massa Corporal (IMC) médio foi de $24,58 \pm 4,18$ (mínimo de $17,82 \text{ kg/m}^2$ e máximo de $31,01 \text{ kg/m}^2$).

A Tabela 3 mostra a análise dos dados da avaliação nutricional, reafirmando que a população carcerária entrevistada, encontra-se com sobrepeso (43,75%). Quanto a CC, mais da metade está exposta a baixo risco de complicações metabólicas associadas à obesidade, como também a baixo risco de complicações cardiovasculares, segundo a relação CC/CQ. Fato que ocorreu, mesmo com número considerável de diagnóstico de sobrepeso.

Tabela 3 - Análise descritiva das variáveis da avaliação nutricional e incidência de patologias de sinais e sintomas: IMC, CC, CC/CQ dos detentos - Cuité, Paraíba, 2016 (n=16).

Variável	Categoria	N	%
IMC	Magreza grau II	0	0
	Magreza grau I	3	18,75
	Eutrofia	5	31,25
	Sobrepeso	7	43,75
	Obesidade grau I	1	6,25
	Obesidade grau II	0	0
CC	Baixo risco de complicações metabólicas associadas à obesidade	11	68,25
	Elevado risco de complicações metabólicas associadas à obesidade	4	25
	Risco muito elevado de complicações metabólicas associadas à obesidade	1	6,75
Relação CC/CQ	Baixo risco de complicações cardiovasculares	13	81,25
	Elevado risco de complicações cardiovasculares	3	18,75

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2000), a prevalência de sobrepeso e obesidade está aumentando de forma preocupante em todo o mundo, onde o sobrepeso atinge 49% da população e a obesidade 14,8%.

Resultados semelhantes ao presente estudos foram observados no estudo de Ell et al., (1999), que analisou o perfil antropométrico de trabalhadores bancários, os autores relatam a existência de 37,8% dos indivíduos em sobrepeso e 6,4% em

obesidade em uma população de 647 bancários. Mariath et al., (2007), observaram uma população constituída de 1.252 funcionários da fábrica e do escritório, de ambos os sexos, de uma indústria. Observaram que o sobrepeso atingia 45% do total da população e 10% estavam obesos. Trabalho semelhante realizado por Castanheira et al., (2003), avaliou 3.464 adultos de ambos os sexos com idade entre 20 a 69 anos, e verificou que mais da metade da população masculina apresentava excesso de peso.

No que diz respeito à relação CC/CQ, pode-se observar que a população em estudo apresentou índice baixo para risco de complicações cardiovasculares (81,25%). Mas ao analisar, isoladamente a CC, vemos que esse dado é representativo, chegando a 31,75% da amostragem com elevado risco ou risco muito elevado de desenvolver complicações metabólicas relacionadas à obesidade e ao desenvolvimento de DCNT.

Segundo Schneider et al., (2007), quando aplicou a RCQ em funcionários de uma penitenciária, diagnosticou que 41,74% dos analisados não apresentaram risco ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, pois a RCQ da maioria apresentou-se dentro da normalidade. No mesmo estudo, quando verificou a CC 46,88% dos participantes apresentavam risco elevado ($CC > 94\text{cm}$ e $< 102\text{cm}$) e 26,56% risco muito elevado ($CC > 102\text{cm}$) para o desenvolvimento de complicações relacionadas à obesidade, corroborando assim com estudo presente.

Segundo Cardinal (2015), em um estudo longitudinal sobre os pontos corte da CC e RCQ, diz que não há um consenso sobre o que é uma RCQ e CC elevadas, pois as diferenças na composição corporal dos diversos grupos étnicos e raciais dificultam o desenvolvimento de pontos de corte universais.

Ferreira et al., (2006) em seu estudo sobre a acurácia da RCQ e CC como preditores de dislipidemia em doadores de sangue de Cuiabá – MG, fala que o ponto de corte foi de 85 cm Para predição de dislipidemia.

Rajput e colaboradores (2014), avaliando indianos da área urbana e rural, encontraram os valores de corte ótimos da CC para SM de 89 cm para homens urbanos e rurais e para mulheres urbanas 83 cm enquanto que para as rurais foi de 79 cm.

5.2.2 Correlação do diagnostico de IMC e o tempo de confinamento

Segundo a Tabela 5, pode-se observar que não há diagnóstico de magreza grau I em detentos recém alojados até dois 2 anos, havendo evolução a medida que o tempo de confinamento aumenta, conseqüentemente o estado de eutrofia é diminuindo com o passar dos anos, ou seja, com o aumento do tempo de confinamento. Houve prevalência de sobrepeso com o passar dos anos.

Tabela 4 - Análise da correlação entre IMC e o tempo de confinamento dos detentos - Cuité, Paraíba, 2016 (n=16).

IMC	< 1 ano à 2 anos	2 anos e 1 mês à 4 anos	4 anos e 1 mês à 6 anos
Magreza I	0	3	0
Eutrofia	3	2	0
Sobrepeso	3	3	1
Obesidade I	1	0	0

Valor de $p > 0,05$.

Conforme Banks et al. (2011), que buscou examinar a relação entre obesidade, atividade física e sedentarismo na Tailândia, observou que 51,6% de indivíduos com sobrepeso e obesidade da amostra examinada, tinham o total de sessões semanais de atividade física mínima ou nenhuma. Assim, em consonância com o estudo, Tavares (2008), observou alta taxa de sedentarismo (78,8%) e que desse percentual, 96,7% foi diagnosticado com sobrepeso ou obesidade. Iguais resultados foram apontados por Zanchetta et al. (2010) e Malta et al., (2011) onde 55,3% dos classificados como sedentários tinham sobrepeso e estudo sobre fatores de risco de doenças crônicas e inatividade física, reparou que 61,9% dos envolvidos eram sedentários ou pouco se exercitavam, dentre essa população 82,4% tinha excesso de peso, respectivamente.

Assim destacando a correlação da baixa prática de atividade física e o sedentarismo com o excesso de peso, citados trabalhos se igualam com o achado do atual estudo.

5.2.3 Estado nutricional e complicações metabólicas

Correlacionando o estado nutricional e o risco de desenvolvimento de complicações metabólicas associadas à obesidade, mensurados quanto a CC, pode-se observar que os classificados com diagnóstico de magreza grau I e eutrofia, correm baixo risco à complicações. No entanto, pessoas que se encontram com

sobrepeso, estão distribuídas nas três áreas de riscos sendo maior número para risco elevado, segundo indica a Tabela 7.

Tabela 5 - Análise da correlação entre IMC e o risco de desenvolvimento de complicações metabólicas associadas à obesidade, quanto a CC dos detentos - Cuité, Paraíba, 2016 (n=16).

IMC	Baixo risco de complicações metabólicas associadas à obesidade	Elevado risco de complicações metabólicas associadas à obesidade	Risco muito elevado de complicações metabólicas associadas à obesidade
Magreza II	0	0	0
Magreza I	3	0	0
Eutrofia	5	0	0
Sobrepeso	2	3	2
Obesidade I	0	1	0
Obesidade II	0	0	0

Valor de $p > 0,05$.

Assim como o sedentarismo, a obesidade também é considerada fator de risco para doenças crônicas. Haun et al., (2009) considera que o excesso de gordura na região central do corpo está associado ao aparecimento de doenças cardiovasculares, diabetes e mortalidade. Sarno (2007), ao estudar o excesso de peso e a propensão de risco de doenças associadas, mostra relação entre obesidade e aumento da CC (>102 cm) nos dois sexos, sendo ainda maiores no sexo feminino, e que este torna-se um indicador confiável de DCNT. Rego et al. (1999), confirma que a CC é sim considerada fator de risco isolado e independente para doenças crônicas, risco cardiovascular e síndrome metabólica (SM). Edwald et al., (2003) analisaram fatores de risco para SM em colaboradores de uma unidade de alimentação e constataram obesidade abdominal em 58,06% da amostra avaliada, onde 78,3% tinham algum tipo de doença crônica. Assim como Mariath et al., (2007) que também verificaram que em indivíduos com CC elevada, 2/3 da amostra analisada no estudo tinham alguma DCNT. Rezende et al., (2006) observaram que a obesidade estava presente em grande parte da amostra analisada (74% das mulheres e 46,1% nos homens) assim como doenças relacionadas a esta condição.

Mesmo os resultados não apresentarem diferença estatística significativa, não invalida a intenção do trabalho, pois se justifica pelo número da amostra ser reduzido. Podendo servir de incentivo para trabalhos com número amostral maior.

5.2.4 Dados do Exame Físico

Acerca do exame físico, foi constatado que nas variáveis face e gengiva não houveram alterações; em relação ao cabelo a maioria apresentou os fios brilhantes (68,75%) e todos cabelos firmes; quanto aos olhos a maioria apresentou conjuntiva úmida e róseo (56,25%); quanto aos lábios, a prevalência foi de lábios lisos e sem rachaduras (93,75%); poucos foram os detentos sem caries (37,5%) e com dentição completa (18,75%); no que se refere à pele, todos (100%) se encontravam sem edema e sem manchas e apenas 6,25% com erupções; no que tange as unhas, todos (100%) se apresentaram sem ondulação, havendo a prevalência de unhas firmes (81,25%) e somente 18,75% estavam quebradiças; acerca da forma do abdômen, 50% se representa por distendido e 50% por plano; no tocante à turgor da pele e coloração palmoplantar, houve o predomínio de indivíduos hidratados (87,5%) e coloração normal (100%). Lembrando que um entrevistado podia atender mais de um quesito de cada variável, como mostra a tabela a seguir.

Tabela 6 - Análise descritiva do exame físico, das variáveis: cabelo, face, olhos, lábios, gengiva, dentes, pele, unhas, forma do abdômen, turgor da pele, cloração palmoplantar dos detentos - Cuité, Paraíba, 2016 (n=16).

Variável	Categoria	N	%
Cabelo	Brilhante	11	68,75
	Firme	16	100
	Seco	5	31,25
	Sem brilho	5	31,25
	Fino	0	0
	Sinal de bandeira	0	0
Face	Cor uniforme	16	100
	Sem edema	16	100
	Com edema	0	0
	Palidez	0	0
Olhos	Conjuntiva úmida e róseo	9	56,25
	Conjuntiva pálida	7	43,75
Lábios	Lisos	15	93,75
	Sem rachaduras	15	93,75
	Estomatite angular	0	0
	Com rachaduras	1	6,25
Gengiva	Sem sangramento	16	100
	Com sangramento	0	0
	Espanjosa	0	0
Dentes	Há falta de dentes	13	81,25
	Há carie	10	62,5
	Sem carie	10	62,5

	Dentição completa	6	37,5
		3	18,75
Pele	Sem erupções	15	93,75
	Sem edema	16	100
	Sem manchas	16	100
	Com erupções	1	6,25
	Com edema	0	0
	Com manchas	0	0
Unhas	Firmes	13	81,25
	Sem ondulações	16	100
	Quebradiças	3	18,75
	Rugosas	0	0
	Em formato de colher	0	0
Forma do abdômen	Plano	8	50
	Distendido	8	50
	Escavado	0	0
Turgor da pele	Hidratado	14	87,5
	Desidratado	2	12,5
Coloração palmoplantar	Coloração normal	16	100
	Pálido	0	0

A fim de detectar a presença de sinais da anemia e da deficiência de outros nutrientes específicos como zinco, proteína, ácido fólico e vitamina A, foi realizado o exame físico. E como podemos observar, não teve relevância aos pontos negativos que indicam alguma deficiência, a não ser quanto à possível deficiência de ferro, onde observamos uma grande quantidade de conjuntiva do olho pálida, que é um indicativo a esta deficiência, mas não o suficiente para diagnóstica - lá. Assim como a aparência do cabelo, onde houve alguns casos que fugiram do padrão, mas esse se diz mais respeito à própria higiene dos excluídos, de que a uma possível deficiência.

Para Bento et al. (2008), o exame físico geral é parte integrante da avaliação do estado nutricional e se aplica para identificar sinais e sintomas clínicos de má nutrição, principalmente desnutrição. O contato inicial com o paciente é feito por meio do exame físico e em alguns momentos será o único elemento a ser usado na avaliação nutricional desses indivíduos. Destaca-se que para a realização do exame físico é necessário o uso das seguintes técnicas: inspeção, palpação e ausculta. Diz ainda que esse exame sirva para complementar a avaliação antropométrica, exames bioquímicos e anamnese.

5.3 USO DE MEDICAMENTOS

Como mostra a Tabela 9, 43,75% dos detentos fazem uso de terapia medicamentosa, podendo um detendo fazer o uso de dois medicamentos ou mais.

Tabela 7 - Análise sobre o uso de medicamentos dos detentos - Cuité, Paraíba, 2016 (n=16).

Variável	Categoria	N	%
Faz uso de medicamento	Sim	7	43,75
	Não	9	56,25
Se sim, qual?			
		2	28,57
Gardenal®		1	14,28
Clonazepan®		1	14,28
Sertralina®		2	28,57
Diazepam®		2	28,57
Carmabazepina®		1	14,28
Risperidona®		1	14,28
Neozine®		4	57,14
Captopril®			

Visto que a maioria dos medicamentos apontados pelos usuários são psicotrópicos, dentre eles antidepressivos, anticonvulsivantes, antiepilépticos, ansiolíticos, podemos concluir que sofrimentos mentais estão presente nesse ambiente. Assadi et al (2006), em estudo com prisioneiros do Irã, reafirma que há alta prevalência de transtornos mentais na população carcerária, no qual dados estatísticos apontam que a prevalência de doença mental na população carcerária é de 42%, enquanto na comunidade não carcerária em torno de 15%. Português (2001) relata ainda em seu estudo realizado no estado de São Paulo, que a incidência de sofrimentos mentais (depressão e ansiedade) na população carcerária, podem estar condicionados a fatores como a privação de liberdade, mudança do ambiente social, para o confinamento e a tensão, assim desencadeando séries de manifestações.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria da população estudada apresentou-se acima do peso, maior parte representou baixo risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e um número considerável, risco para desenvolvimento de SM relacionadas à obesidade. Todos apresentaram um estilo de vida sedentário.

Verificou-se, ainda, que a grande maioria além da alimentação habitual disponibilizada, fazia alta ingestão de carboidrato, favorecendo assim ao ganho de peso. Igualmente ficou evidenciado que com o passar do tempo de confinamento há um aumento tanto de detentos com excesso de peso quanto com baixo peso. Quanto à semiologia realizada, pouco ou quase nenhuma carência foi evidenciada. Com exceção de possíveis sinais de anemia, mas que são necessários exames bioquímicos para um diagnóstico mais fidedigno.

Também observamos a prevalência de usuários de psicotrópicos, o que indica a existência de pessoas com sofrimentos mentais e psicológicos, bem como o uso de anti-hipertensivos, que revela a presença de hipertensos.

Diante do exposto, torna-se necessário um acompanhamento nutricional realizado por um profissional nutricionista, visando ao controle de peso, à prevenção e/ou ao tratamento das complicações cardiovasculares e, conseqüentemente, para garantir melhor qualidade de vida a essa população, por meio da adoção de hábitos de vida saudável.

Por fim, a classe alvo do estudo se mostrou esquecida, poucos são os estudos com este público, concluindo que mais estudos na área devem ser realizados.

REFERÊNCIAS

- ANJOS, L. A. Índice de massa corporal (massa corporal x estatura²) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão da literatura. **Revista Saúde**, v. 26, n. 4, p. 431-476, 1992.
- ASSADI, S.M; NOROOZIAN, M; PAKRAVANNEJAD, M; YAHYAZADEH, O, et al. Psychiatric morbidity among sentenced prisoners: prevalence study in Iran. **Journal Psychiatry**, v.6, p.159-188, 2006.
- ASSIS, R. D. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. **Revista CEJ**, Brasília. n. 39, p. 74-78, 2007.
- BANKS, E; LYNETTE, L; SEUBSMAN, S; BAIN, C; SLEIGH, A. Relation ship of obesity to physical activity and sedentary behaviours: cross-sectional findings from a national, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília, DF. f.72, v. 8, p.12-59, 2008.
- BRASIL. Legislação em saúde no sistema penitenciário. Brasília: Ministério Saúde;2010.
- BRASIL. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Portaria Interministerial nº 1.777 de 09 de novembro de 2003. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Diário Oficial de Justiça**, 2015. Disponível em:< <http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/politicas2/diretrizes> >. Acesso em: 14.ago.2016
- BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. **Lei de execução penal**. Presidência da república. Casa civil. Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm > Acesso em: 02 ago. 2016
- BUCCI, D; SALA, J. B; CAMPOS, J. R. *Direitos Humanos: proteção e promoção* SILVA, Cristiane Vieira de Mello. **Direitos humanos e direitos fundamentais: realidade e herança da humanidade**. São Paulo: Saraiva. 2012.v. 7,n.3.
- CANAZARO, D.; ARGIMON, I. I. L. Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2010. v. 26, n. 7.
- CARDINAL, T. R. **Pontos de corte ótimos para circunferência da cintura e circunferência da cintura na definição da síndrome metabólica no Brasil**. Tese de Doutorado-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

CARMO, M. B; TORAL, N; SILVA, M. V; SLATER, B. Consumo de doces, refrigerantes e bebidas com adição de açúcar entre servidores da rede pública de Piracicaba, São Paulo. **Rev Bras Epidemiol** 2006; 9: 121- 30.

CASTANHEIRA, M.; OLINTO, M.T.A.; GIGANTE, D.P. Associação de variáveis sócio-demográficas e comportamentais com a gordura abdominal em adultos: estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, supl. 1, S55-S65, 2003.

CERQUEIRA, D; LOBÃO, W. Determinantes da criminalidade: arcabouços teóricos e resultados empíricos. **Revista Ciências Sociais**. v. 3, p.47-69, 2004.

COELHO, H. C. et al . Soroprevalência da infecção pelo vírus da Hepatite B em uma prisão brasileira. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 2, 2009.

COLARES, L.G; FREITAS, C. Processo de trabalho e saúde de trabalhadores de uma unidade de alimentação e nutrição: entre a prescrição e o real trabalho. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2007.c. 23, p. 3011- 3020.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (CONSEA). **Princípios e diretrizes de uma política de segurança alimentar e nutricional**. Brasília: CONSEA, 2004.

CUPPARI,L. et al. Avaliação Nutricional.In: CUPPARI, L. **Guia de medicina ambulatorial e hospitalar: Nutrição clínica no adulto**. Barueri: Manole, 2005. c 6,p. 89-128.

DIAS, M. C. G., et al. Triagem de Avaliação de Estado Nutricional. Projeto de Diretrizes. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE), 2011.

DUARTE, A. C. G. **Avaliação Nutricional: aspectos clínicos e laboratoriais**. São Paulo: Atheneu, 2007. 607 p.

ELL, E. et al. Perfil antropométrico de funcionários de banco estatal no estado do Rio de Janeiro/Brasil: I – Índice de massa corporal e fatores sócio demográfico. **Caderno de Saúde Pública**, v. 15, n. 1, p. 113-121, 1999.

EWALD, D; HOFELMANN, D. A; RIEKES, B. H; CHEREM, A. R; AZEVEDO, L. C. Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis entre colaboradores internos de Unidade de Alimentação e Nutrição. In: **Simpósio Internacional sobre Obesidade**, 2003. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; p. 13. 2003.

FERREIRA, M. G. et al. Acurácia da circunferência da cintura e da relação cintura/quadril como preditores de dislipidemias em estudo transversal de doadores de sangue de Cuiabá, Mato Grosso. Cuiabá-MG, 2006.

GIBSON, R. S. **Nutritional assessment: A laboratory manual**. Oxford: Oxford University Press, 1993.

HAMMOND, K. The nutricional dimension of physical assessment nutrition, In: HAMMOND, K. **The nutritional assessment**, cap. 9, p. 17-41, 1999.

HAUN, D. R. et al. Razão cintura/estatura comparado a outros indicadores antropométricos de obesidade como preditor de risco coronariano elevado. Instituto de Saúde Coletiva – ISC e na Universidade Federal da Bahia – UFBA, Salvador, BA, 2009.

JEEJEEBHOY, K.N.; DETSKY, A. S.; BAKER, J. P., **Assessment of Nutritional Status**, 1990.

LAMARÃO, R. C; NAVARRO, F. Aspectos nutricionais promotores e protetores das doenças cardiovasculares. **RBONE – Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, 2007. Ed. 1, p. 57-70.

KLOCH, H. O sistema prisional e os direitos da personalidade dos apenados com fins de (res)socialização. **Revista Científica da UNESCO**, v.13, n.16, p. 76-84, 2015.

MALTA, D. et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel, Brasil, 2008. **Ciênc. saúde coletiva** [online] 2011.

MALUF, R.S.; MENEZES, F. **Caderno Segurança Alimentar**. Disponível em: <http://ag20.cnptia.embrapa.br/Repositorio/seguranca+alimentar_000gvxlxe0q02wx7ha0g934vgwlj72d2.pdf>. Acesso em 25 jul 2016.

MARIATH, A. B. et al. Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 897-905, 2007.

MARTINS, V. C. **Avaliação da alimentação fornecida pelo DEPEN, na Casa de Custódia de Curitiba, no Centro de Detenção e Ressocialização de Piraquara e na Penitenciária Central do Estado**. 2007. Monografia do curso de Diereito - Universidade Federal do Paraná Curitiba, 2007.

MASSAROLLO, M. D. et al. **Interfaces da alimentação no sistema prisional: o caso de um centro de detenção e ressocialização do Paraná**, v.14, n.20, p. 125-151, 2015.

MUSSOI, T; D. **Avaliação nutricional na prática de clínica da gestação ao envelhecimento: Avaliação nutricional**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Kooga, 2015. Ed 1, cap 2, p 7-124.

MATTOS, M.C. **Presídio Central de Porto Alegre: A atuação das organizações de defesa de direitos humanos, junto ao sistema interamericano de proteção dos direitos humanos, para coibir as violações a direitos humanos no cárcere**,

2015. Monografia do curso de Direito. Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais – FAJS, 2015.

MOREIRA, S et al. **Nutrição e saúde física em detentos das penitenciárias de Cascavel: Relato de experiência**, 2013.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Manejo da desnutrição grave: um manual para profissionais de saúde de nível superior e suas equipes auxiliares**. Genebra, 2000.

PALERMO, J. R. **Bioquímica da nutrição**. São Paulo: Atheneu, 2008.

PORTUGUÊS, M. R. **Educação de adultos presos: possibilidades e contradições da inserção da educação escolar nos programas de reabilitação do sistema penal no Estado de São Paulo**. 2001. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

RAJPUT, R. et al. Waist heiter ratio: A universal screening tool for predictionof metabolic syndrome in urban and rural population of Haryana. **Indian Journal Endocrinal. Metabolic**, 2014.

REGO, R.A; et al. Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis: inquérito domiciliar no município de São Paulo, SP (Brasil). **Revista de Saúde Pública**. p.24 – 85, 1990.

REZENDE, F. A. C; ROSADO, L.E.F; RIBEIRO, R. C .L; VIDIGAL, S. C; VASQUES, A. C; BONARD, I. S; CARVALHO, C. S. Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. **Arquivos Brasileiro de Cardiologia**, 2006.

ROIG, R. D. E. Direito e prática histórica da execução penal no Brasil. Editora Revan: Rio de Janeiro, 2005.

RUDNICKI, D; PASSOS, G. B. A alimentação das presas na penitenciária feminina Madre Pelletier . **Tempo da Ciência**, 2012. v. 19, n.37, p. 107-123.

SCHNEIDER, V. C.; CARVALHO, S. A. T.; PEREIRA, C. A. M.; MAGALHÃES, P. Avaliação antropométrica em funcionários de uma penitenciária no município de Itirapina – SP. **Alim. Nutr.**, Araraquara, v. 22, n. 4, p. 593-599, 2007.

SOUSA, C. P. Segurança alimentar e doenças veiculadas por alimentos: utilização do grupo coliforme como um dos indicadores de qualidade de alimentos. **Revista APS**, v.9, n.1, p. 83-88, 2006. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Seguranca.pdf>.> Acesso em: 23 jul 2016.

SHILS, M. E.; OLSON, JA, M. S., **Nutrition in health and disease**. Baltimore: Williams & Wilkins, ed. 8,v. 6,n. 23,p. 235-297, 1994.

SARNO, F; MONTEIRO, C. A. Importância relativa do Índice de Massa Corporal e da circunferência abdominal na predição da hipertensão arterial. *Revista de Saúde Pública*. v. 5, p. 41- 96, 2007.

TAVARES, D. M.S. Condições de saúde do município de Uberaba/MG: Sedentarismo, 2008.

WANG, J., et al. **Comparosison of waist circunferences mesured. Am J Clin Nutri.**,cap.77, p 379-384, 2003.

Willett W. **Nutritional epidemiology**. 2th edition. Oxford: Oxford University Press, 1998.

WHO, World Health Organization. **Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO expert committee**. Geneva, 1995.

WHO, World Health Organization. **Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity**. Geneva, 1998.

ZANCHETTA, L. M; BARROS, M. B. A; CÉSAR, C. L. G; CARANDINA, L; GOLDBAUM, M; ALVES, M. C. G. P. Inatividade física e fatores associados em adultos, São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, 2010, 13:387-99.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Ofício de permissão.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
SÍTIO OLHO D'ÁGUA DA BICA, S/N CUITÉ, PB – 58175-000
FONE: (83)3372-1900 - FAX: (83)3372-1945
WWW.CES.UFCG.EDU.BR - CES@UFCG.EDU.BR

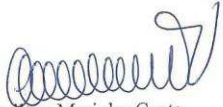
OFÍCIO DE PERMISSÃO

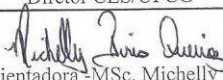
Ao Ilmo. Senhor Fabiano Fernandes Queiroga,
Diretor da Cadeia Estadual do Município de Cuité

Ao tempo em que o cumprimento, solicito a permissão para que a aluna, Valéria de Sousa Lima, Brasileira, Estudante do Curso de Bacharelado em Nutrição, matrícula 511220275, CPF 097129614-60, inscrito no RG sob o nº 003.054.534- SSP/RN, residente e domiciliada na Rua Janduí Carneiro, Nº 214, em Cuité – Paraíba, possa realizar em 2 dias (03 e 04 de agosto de 2016) coleta de dados antropométricos e aplicação de questionários de consumo alimentar dos confinados nesse ambiente, com a finalidade de execução do Projeto de Pesquisa, que tem como título: Perfil nutricional de penitenciários confinados em presídio público na cidade de Cuité-PB. Comprometendo-se a mesma com o sigilo sobre as informações dos envolvidos, tendo o propósito apenas de trabalho científico. Também participarão da pesquisa, e com o mesmo comprometimento, os Estudantes do Curso de Bacharelado em Nutrição, pela Universidade Federal de Campina Grande, Bruno Silva Dantas, RG nº 3.445.267- SSP/PB, CPF 090.644.324-57, matrícula 514220519; Ester Pereira de Carvalho, RG nº 11.599.703-27- SSP/BA, CPF 05767583536, matrícula 515120459; Macielly Buriti de Macedo, RG nº 3611964- SSP/PB, CPF 101.951.134-62, matrícula 51312034, Heloísa do Nascimento Travassos, RG nº 3354036-SSP/PB, CPF 08941309433, matrícula 516120789; sob a supervisão da Professora do Curso de Bacharelado em Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande, Michelly Pires Queiroz, RG nº 2826218- SSP/PB, CPF 05900791408.

Limitado ao exposto, fique com meus votos de estima e consideração.

Cuité, 18 de Julho de 2016


Ramilton Marinho Costa
Diretor CES/UFCEG


Professora Orientadora - MSc. Michelly Pires Queiroz
SIAPE - 2323200

CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

DATA
26-07-2016

Juliana Nascimento dos Santos
mat. 170.669

APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Termo do Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado como voluntário a participar da pesquisa “Perfil nutricional de penitenciários confinados em presídio público na cidade de Cuité-PB”. Neste estudo pretendemos realizar a avaliação antropométrica e avaliar o consumo alimentar dos encarcerados da cadeia estadual de Cuité – PB, o motivo que nos leva a estudar esse assunto é correlacionar o estado nutricional diagnosticado com o ambiente e condições de encarceramento, visto que trabalhos neste sentido ainda são escassos.

Para participar deste estudo você precisará estar disponível a participar da avaliação antropométrica e a responder um questionário sobre a alimentação fornecida.

Você será esclarecido em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. A participação neste estudo é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é tratado. O pesquisador garante que irá tratar a sua identidade e seus dados com padrões de sigilo.

Este estudo não apresenta risco, e tem como benefícios expor a situação nutricional do público em questão, podendo servir como subsídio para uma futura intervenção.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada a pesquisa. Seu nome ou material que indique sua participação não será liberado sem a devida permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, fui informado dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o termo de assentimento já assinado, declaro que concordo em participar do estudo. Recebi uma cópia deste termo assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Cuité-PB, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Participante

APÊNDICE C- Questionário com informações pessoais.

Questionário Pessoal

1. Nome: _____
2. Cidade de origem: _____
3. Idade:
() 18- 25 () 26-30 () 31-35 () 36-40 () 41-45 () 46-50 () mais de 51 : _____
4. Escolaridade: _____
5. Profissão: _____
6. Cor:
() Branco () Amarelo () Pardo () Negro () Outra: _____
7. Estado civil:
() Solteiro () Casado () Viúvo () Separado () Outro: _____
8. Fuma?
() Sim () Não. Se sim, a quanto tempo? () menos de 1 ano-1 ano () 2-4 () 5-6 () mais de 7 anos
9. Tempo de confinamento?
() menos de 1 ano-1 ano () 2-4 () 5-6 () mais de 7 anos
10. Se sente desmotivado, sem animo, ou depressivo?
() Sim () Não
11. Sente insônia?
() Sim () Não
12. Recebe visita dos familiares?
() Sim () Não.
13. Pratica alguma atividade física?
() Sim () Não. Se sim, qual? _____
14. Gostaria de realizar alguma atividade?
() Sim () Não. Se sim qual? _____
15. Realiza quantas refeições por dia?
() Somente 1 () 2-3 () 4-6 () mais de 6
16. O que acha da alimentação oferecida no presídio?
() Péssima () Ruim () Regular () Boa () Ótima
17. Sente fome nos intervalos das refeições? () Sim () Não
18. Acha a quantidade de comida fornecida suficiente? () Sim () Não
19. Recebe comida de fora?
() Sim () Não. Se sim, o que recebe: () Massas e bolos
() Refrigerantes e sucos industrializados () Embutidos () Comida caseira () Frutas
Outros: _____
20. Quantas vezes recebe comida de fora? () Diariamente () Semanalmente
() Quinzenalmente () Mensalmente

APÊNDICE D- Questionário de avaliação antropométrica e física.

ANTROPOMETRIA

Peso:

Altura:

IMC:

Diagnostico:

CC:

CQ:

Relação CC/CQ:

Diagnostico:

Alguma doença: ()DM ()HAS ()Dislipidemia ()Gastrite ()Úlcera ()IC

Perdeu ou ganhou peso nos últimos meses? ()Perca ()Ganho. Quantos?

Apresenta sinais? () Constipação ()Diarréia ()Pirose ()Vômito

Faz uso de algum medicamento? ()Sim ()Não. Se sim, qual (is)?

EXAME FÍSICO

CABELO: ()Brilhante ()Firme ()Seco ()Sem brilho ()Fino ()Sinal de bandeira

FACE: ()Cor uniforme ()Sem edema ()Com edema ()Palidez

OLHOS: ()Conjuntiva úmida e róseo ()Conjuntiva pálida

LÁBIOS: ()Lisos ()Sem rachaduras ()Estomatite angular ()Com rachaduras

GENGIVA: ()Sem sangramento ()Com sangramento ()Esponjosa

DENTES: ()Há falta de dentes ()Há carie ()Dentição completa ()Sem carie

PELE: ()Sem erupções ()Sem edema ()Sem manchas ()Com erupções ()Com edema ()Com manchas

UNHAS: ()Firmes ()Sem ondulações ()Quebradiças ()Rugosas ()Em formato de colher

FORMA DE ABDOMEM: ()Plano ()Distendido ()Escavado

TURGOR DA PELE: ()Hidratado ()Desidratado

COLORAÇÃO PALMOPLATAR: ()Coloração normal ()Pálido

APÊNDICE E- Aferição de peso.



APÊNDICE F- Aferição de altura.



APÊNDICE G- Aferição da CC.



APÊNDICE H- Aferição da CQ.

