

Natacha Alexandra Ramos Fernandes



**Promoção de Práticas Alimentares Saudáveis e Melhores Cuidados de Higiene
em Meio Prisional: Um Programa de Educação por Pares**

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Porto, 2015

Natacha Alexandra Ramos Fernandes



**Promoção de Práticas Alimentares Saudáveis e Melhores Cuidados de Higiene
em Meio Prisional: Um Programa de Educação por Pares**

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Porto, 2015

Natacha Alexandra Ramos Fernandes



**Promoção de Práticas Alimentares Saudáveis e Melhores Cuidados de Higiene
em Meio Prisional: Um Programa de Educação por Pares**

(Natacha Alexandra Ramos Fernandes)

Projecto de Graduação apresentado à Faculdade de Ciências Humanas e
Sociais da Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos
para a obtenção do grau de Mestre em Criminologia,
sob a orientação da Prof. Dr.^a Glória Jolluskin.

Porto, 2015

“A prisão não são as grades, e a liberdade não é a rua; existem homens presos na rua e livres na prisão. É uma questão de consciência”.

Mahatma Gandhi

Resumo

O acesso aos cuidados de saúde é um direito fundamental de todos os cidadãos; no entanto, durante séculos, foi visto apenas como um privilégio para aqueles se encontravam em reclusão. Somente no século XX estas crenças se modificaram e, hoje em dia, a maioria dos países desenvolvidos considera essencial oferecer aos seus reclusos a oportunidade de utilizar os serviços de saúde regularmente. Contudo, a iliteracia da comunidade prisional nesta área contribui para que esta não utilize adequadamente estes cuidados, uma vez que considera esta actividade desnecessária, já que não compreende a importância da adopção de atitudes preventivas, prejudicando, desta forma, a sua condição física e psicológica. A educação para a saúde torna-se assim imprescindível no interior dos estabelecimentos penitenciários, oferecendo à comunidade reclusa não só a oportunidade de assimilar informações básicas nesta área, mas também capacitá-la para a transmissão dos conhecimentos adquiridos aos seus companheiros e familiares, promovendo atitudes mais saudáveis e preventivas, assim como a capacidade de realização de auto-cuidados. O combate à iliteracia em saúde entre a população reclusa é, assim, uma prática cada vez mais comum em diversos países, que, através da educação por pares, promovem programas de intervenção que contribuem para o bem-estar físico e psicológico de uma população maioritariamente enferma.

Palavras-chave

Literacia em saúde, População Reclusa, Promoção de Saúde, Educação por Pares, Projecto de Intervenção.

Abstract

Access to health care is a fundamental right of all citizens, however for centuries has only been seen as a privilege for those in prison. Only in the XX century these beliefs have changed and today most developed countries considers essential to offer its inmates the opportunity to use the health care services regularly. However the illiteracy of the prison community in this area contributes for a not proper use of these services, such as it considers this an unnecessary activity, since they do not understand the importance of taking preventive measures, thereby undermining their physical and psychological condition. The health education thus becomes essential within the prisons, providing the inmate community, not only the opportunity to assimilate basic information in this area, but also enabling them for the transmission of knowledge acquired to their companions and family members, promoting healthier and preventive measures, as well as the ability to perform self-care. Tackling health illiteracy among the prison population is, therefore, an increasingly common practice in many countries that through peer education promote intervention programs that contribute to the physical and psychological well-being of a majority sick population.

Key-Words

Health Literacy; Prison Population; Health Promotion; Peer Education; Intervention Project

Agradecimentos

Todos os projectos concretizados ao longo da nossa vida resultam não só do nosso trabalho, mas também da ajuda, directa ou indirecta, de um determinado grupo de pessoas. Como tal, não poderia deixar de fazer referência a algumas destas pessoas que, durante a realização desta dissertação, colaboraram e contribuíram para a sua conclusão:

À Professora Doutora Glória Jólluskin, agradeço a sua orientação, disponibilidade, dedicação, apoio e amizade demonstrada, bem como a oportunidade que me ofereceu de trabalharmos em conjunto, não só no decorrer desta dissertação, mas também noutros projectos.

À Professora Doutora Andreia de Castro-Rodrigues, à Professora Doutora Isabel Silva e à Mestre Verónica Fernandes, cuja ajuda foi fundamental para a realização deste trabalho, agradeço toda a dedicação e interesse demonstrados, assim como a oportunidade de trabalharmos em conjunto.

À Professora Anabela Lamelas, pela sua longa amizade e dedicação e, também pela disponibilidade e apoio que sempre demonstrou.

Ao Rui, pelo companheirismo, pela amizade, paciência e tolerância demonstradas.

A todos os meus amigos que sempre me apoiaram e estiveram presentes.

E, por último, aos meus pais, a quem dirijo um especial agradecimento, pelo seu apoio incondicional, amizade e carinho e, não menos importante, pela oportunidade de prosseguir os meus estudos e realizar esta dissertação, já que, sem eles, tal não teria sido possível.

Índice

<u>I. Introdução</u>	1
<u>II. Enquadramento Teórico</u>	3
1. Breve História da Saúde Prisional	3
2. Prestação de Cuidados de Saúde em Meio Penitenciário	6
3. Promoção de Saúde nos Estabelecimentos Prisionais	13
4. Literacia em Saúde	14
4.1. Características que Contribuem para o Aumento das Taxas de Literacia em Saúde.....	20
5. Programas de Educação por Pares	25
6. Conclusão	29
<u>III. Estudo Empírico</u>	33
1. Introdução	33
2. Objectivos	34
3. Método	35
3.1. Descrição do Procedimento de Recolha de Dados	36
3.2. Procedimento de Tratamento e Análise de dados.....	37
4. Resultados	37
5. Conclusão	53
<u>IV. Projecto de Intervenção</u>	57
1. Introdução	57
2. Objectivos	57
3. Procedimento	58
4. Propostas de Sessões	60
4.1. Sessão 1.....	61
4.2. Sessão 2.....	65
4.3. Sessão 3.....	68
4.4. Sessão 4.....	69

“Promoção de Práticas Alimentares Saudáveis e Melhores Cuidados de Higiene em Meio Prisional:
Um Programa de Educação por Pares”

4.5. Sessão 5.....	72
4.6. Sessão 6.....	75
4.7. Sessão 7.....	76
4.8. Sessão 8.....	77
4.9. Sessão 9.....	79
4.10. Sessão 10.....	80
4.14. Sessão 14.....	89
4.15. Sessão 15.....	91
4.16. Sessão 16.....	92
4.17. Sessão 17.....	93
4.18. Sessões de Seguimento	94
7. Avaliação do Processo.....	96
8. Avaliação dos Objectivos.....	98
9. Conclusão.....	100
<u>V. Conclusão Final.....</u>	102
<u>VI. Referências bibliográficas.....</u>	104
ANEXOS.....	115

Lista de Abreviaturas/Acrónimos

DST- Doenças Sexualmente Transmissíveis

EP- Estabelecimento Prisional

EPSCB- Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo

EUA- Estados Unidos da América

IMC- Índice de Massa Corporal

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

SIDA- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

VIH- Vírus da Imunodeficiência Humana

DGRSP- Direcção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais

WHO- World Health Organization

I. Introdução

Nas últimas décadas a saúde tem desempenhado um papel importante na nossa sociedade, havendo diariamente notícias devastadoras de como graves patologias são responsáveis pelo mal-estar físico e psicológico de inúmeros indivíduos. Comunidades socialmente marginalizadas, com uma reduzida escolaridade, trabalhos precários, poucas condições de habitabilidade e reduzido acesso aos cuidados de saúde, parecem enquadrar-se nesta realidade. Este é o resultado de uma taxa de literacia em saúde muito reduzida, que não permite a estas populações compreender as graves consequências dos seus comportamentos, nomeadamente a falta de utilização dos serviços de saúde (Kanj e Mitic, 2009). Consequentemente, a comunidade prisional demonstra necessitar de inúmeros cuidados de saúde que permitam combater estes comportamentos e, garantir o seu bem-estar (Neset, Rustad, Kjelsberg, Almvik & Bjorngaard, 2011). Como tal, as intervenções junto destas comunidades são comuns, no entanto devido às dificuldades em trabalhar com estas populações, estas intervenções revelam-se muitas vezes sem sucesso, obrigando a procura de soluções mais viáveis. Ora, uma cuidadosa análise permitiu compreender que muitos dos membros pertencentes a estas comunidades possuem registo criminal, uma realidade que poderá ser encarada como uma oportunidade, uma vez que permite não só oferecer a estes indivíduos, a possibilidade de frequentar regularmente os serviços de saúde, mas também de promover a literacia nesta área, melhorando desta forma o seu bem-estar físico e psicológico (WHO, 2007).

As prisões devem, então, “fornecer educação para a saúde, educação para o paciente, prevenção e outras intervenções de promoção de saúde de forma a corresponder às necessidades da população prisional (...)” (Hayton, 2007). Os estabelecimentos penitenciários têm, assim, não só a obrigação de garantir o acesso aos cuidados de saúde aos seus reclusos, mas também promover intervenções que combatam as elevadas taxas de iliteracia existentes nesta área (WHO, 2007). Através da educação por pares, uma estratégia promissora na promoção de literacia em saúde, que oferece aos membros da própria comunidade a oportunidade de realizar esta promoção (Medley, Kennedy, O’Reilly & Sweat, 2009), países como a Austrália, Canadá e Estados Unidos da América (EUA) já desenvolvem e aplicam programas de sucesso

neste âmbito. Na Europa, o número de países a seguir o seu exemplo aumenta cada vez mais; todavia Portugal parece não se encontrar entre eles, já que após uma meticulosa pesquisa, não foi possível encontrar qualquer programa deste género neste país. O mesmo parece acontecer em relação à caracterização da população reclusa e do seu estado de saúde, já que, enquanto os países referidos anteriormente mantêm uma base de dados actualizada com todas estas informações, em Portugal esta parece não existir, uma vez que os dados relativos à população prisional portuguesa são praticamente inexistentes, ou demasiado antigos, já que alguns possuem mesmo mais de uma década.

A curiosidade em conhecer a realidade penitenciária portuguesa foi, então, o ponto de partida deste trabalho, que, através de realização da recolha de informação no Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo (EPSCB), permitiu compreender o estado de saúde da comunidade residente neste local, assim como a urgente necessidade de aplicação de programas de promoção de saúde. Como tal, este trabalho propõe a implementação de um programa de intervenção nesta entidade, que, através da educação de pares, visa alertar os reclusos para as consequências dos seus comportamentos de risco, aumentando os seus conhecimentos na área da saúde e capacitando-os para a realização de auto-cuidados e identificação de sintomas, ao mesmo tempo que os incentiva à regular utilização dos serviços de saúde e à tomada de consciência da importância da partilha da informação com os seus companheiros.

II. Enquadramento Teórico

1. Breve História da Saúde Prisional

A prestação de cuidados de saúde em meio penitenciário é, hoje, considerada um direito a que todos os reclusos devem ter acesso. Contudo, durante séculos, considerou-se que esta população não deveria usufruir de qualquer tipo de direitos ou privilégios, merecendo apenas a punição e o sofrimento (WHO, 2007). Foi apenas aquando da publicação do documento da Organização das Nações Unidas (ONU) intitulado “Regras Mínimas para o Tratamento de Reclusos”, (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 1957), que foi iniciada uma total revolução nos estabelecimentos prisionais, começando a evidenciar-se preocupações com o bem-estar físico e psicológico dos reclusos, assim como a forma como estes eram tratados. Este foi o primeiro documento a referir a importância de não existir “discriminação alguma com base em raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra, origem nacional ou social, meios de fortuna, nascimento ou outra condição” (artigo 6º/1 “Regras Mínimas para o Tratamento dos Reclusos”), devendo os reclusos ser tratados de forma imparcial, independentemente do seu estatuto jurídico.

Este documento foi também pioneiro em relação à importância dos cuidados de saúde em meio penitenciário, referindo o artigo 22º/1 que “cada estabelecimento prisional deve dispor dos serviços de pelo menos um médico qualificado, que deverá ter alguns conhecimentos de psiquiatria (...). Devem incluir um serviço de psiquiatria para o diagnóstico, e em casos específicos, o tratamento de estados de perturbação mental”. A importância de existir sempre um médico dentista ao dispor da população reclusa, que muitas vezes possui uma saúde oral muito precária, foi também falado pela primeira vez neste documento (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 1957). A necessidade de os reclusos possuírem acesso a água e a todos os materiais necessários que garantam a sua higiene pessoal foi expressa, pela primeira vez, neste documento, que refere também a importância dos espaços frequentados pelos residentes do Estabelecimento Prisional (EP) se encontrarem limpos e asseados, devendo estes ter disponível água potável sempre que necessário. O acesso a uma alimentação saudável e adequada, que garanta o valor nutricional

necessário, é também um dos direitos desta população, assim como a obrigatoriedade de esta passar mais tempo ao ar livre, devendo os reclusos ter acesso a diversos materiais que lhes permitam praticar exercício (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 1957). Todos os direitos referidos dizem respeito à saúde física; contudo, não se deve esquecer que a condição psicológica dos reclusos é, muitas vezes, afectada devido ao fenómeno da reclusão. Como tal, a ONU faz referência à importância de a população prisional comunicar regularmente com a sua família, podendo fazê-lo por correio, telefonicamente ou através de visitas (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 1957).

Para além d’ “As regras Mínimas para o Tratamento de Reclusos”, que se encontra desde 2014 a ser reformulado (International Justice Resource, 2013), a ONU publicou também outro documento intitulado “Princípios Básicos relativo ao Tratamento dos Reclusos”, no qual o Princípio 9º faz referência à importância da população reclusa possuir “(...) acesso aos serviços de saúde existentes no país, sem discriminação nenhuma decorrente do seu estatuto jurídico” (United Nations, 1990), mostrando, assim, que o facto de os indivíduos se encontrarem em reclusão não significa que se deva descuidar a sua saúde. O Estado, ao privar os reclusos da sua liberdade, assume a responsabilidade de cuidar destes indivíduos durante a sua estada no EP, garantindo que o estado de saúde do recluso é o melhor, não devendo este abandonar esta entidade em condições piores do que se encontrava aquando da sua admissão (Coyle, 2007).

Na Europa, o primeiro documento que faz referência ao tema da saúde, data do ano de 1973, possuindo premissas semelhantes e contemplando o mesmo objectivo, tendo sido intitulado de forma idêntica ao da ONU, “Regras Mínimas para o Tratamento dos Reclusos”, (Committee of Ministers, 1973). Mais tarde, em 1987, com o objectivo de actualizar este documento, surgiram as “Regras Penitenciárias Europeias” (Committee of Ministers, 1987). Em 2005, este documento foi novamente revisto, sendo a alteração mais significativa a proibição total do uso de castigos físicos e psicológicos por parte dos guardas-prisionais. Também nesta reformulação foi referida, pela primeira vez, a necessidade de os serviços de saúde prisionais e os públicos se encontrarem interligados, devendo os dois ser compatíveis, dando assim um passo em

frente na existência de uma colaboração entre o Ministério da Justiça e o da Saúde (Committee of Ministers, 2006). De forma a garantir que os 21 estados-membros seguissem os mesmos princípios, em 1998, o Conselho Europeu redigiu um documento intitulado “Aspectos Éticos e Organizacionais dos Cuidados de Saúde na Prisão” (Committee of Ministers, 1998).

Em Portugal, os documentos especificamente centrados na importância de garantir uma correcta prestação de cuidados de saúde aos reclusos são escassos, sendo seguidas as normas ditadas pela União Europeia, existindo, contudo, alguma legislação sobre o tema. A Constituição da República Portuguesa prevê no artigo 64º/1º que “Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover”. Também o artigo 6º da lei n.º 115/2009, de 12 de Outubro, defende que deverá ser garantido aos reclusos, independentemente do seu estatuto jurídico, que os seus direitos fundamentais são cumpridos, à excepção daqueles que são inerentes à sua sentença, referindo também o artigo 7º/1º a) da mesma lei, que durante o cumprimento da sua medida, o recluso, tem direito “À protecção da sua vida, saúde, integridade pessoal e liberdade de consciência, não podendo ser submetido a tortura, nem a tratos ou penas cruéis, degradantes ou desumanos”. A alínea i) do mesmo artigo, refere também o direito dos reclusos em “ter acesso ao Serviço Nacional de Saúde em condições idênticas às que são asseguradas a todos os cidadãos”, um direito também referido no plano nacional de saúde que evidencia a necessidade de respeitar as condições físicas e mentais dos reclusos, garantindo que estes recebem todos os cuidados a que têm direito (Ministério da Saúde, 2004).

De acordo com a legislação portuguesa, a prestação de cuidados deverá ser iniciada logo na admissão do recluso no estabelecimento penitenciário, que num prazo máximo de 24 horas deverá ser observado por um profissional de enfermagem. Este deverá garantir que o paciente se encontra saudável e não necessita de tratamento imediato, iniciando o seu processo clínico onde deverá constar todos os antecedentes médicos dos reclusos. Após sensibilizar o utente para a necessidade de adopção de comportamentos preventivos, que reduzam a probabilidade de transmissão de patologias, o enfermeiro deverá agendar a consulta médica, que se deverá realizar num prazo máximo de 72 horas, após a entrada do recluso no EP. O médico desta

entidade tem a responsabilidade de realizar um diagnóstico completo ao seu paciente, certificando-se de que este tem acesso a todos os tratamentos necessários e, agendar consultas de rotina e acompanhamento, que deverão ocorrer durante a estadia do utente no estabelecimento penitenciário (Lei 19º da lei n.º 115/2009, de 12 de Outubro). Aquando da sua libertação, o recluso deverá ser encaminhado para os serviços de saúde da sua comunidade, que terão a responsabilidade de acompanhar o seu estado de saúde, garantindo que este continua os tratamentos necessários e, continua a frequentar regularmente estes serviços (Ministério da Saúde, 2004).

2. Prestação de Cuidados de Saúde em Meio Penitenciário

A prestação de cuidados de saúde nos estabelecimentos prisionais é, assim, um tema em debate há mais de meio século pelo mundo inteiro e, cada vez mais, uma acção considerada imprescindível entre a população reclusa, cujo estado de saúde é considerado precário. O abuso de substâncias, a partilha de seringas e outros objectos pessoais, assim como a prática de relações sexuais desprotegidas, são acções comuns no dia-a-dia desta comunidade (WHO, 2007), que, aliadas à falta de utilização dos serviços de saúde (Baybutt, Acin, Hayton & Dooris, sem data), contribuem para que, frequentemente, estes indivíduos sejam portadores de diversas patologias (WHO, 2007). Doenças infecto-contagiosas, patologias crónicas e problemas de saúde mental são comuns entre a população reclusa, que não raras vezes desconhece esta realidade até à sua admissão no EP. Este desconhecimento revela-se problemático, pois a maioria dos reclusos afirma ser saudável até à sua entrada nesta entidade, culpando este local pela sua condição física, recusando-se a realizar qualquer tratamento ou a modificar as suas atitudes (Wilper et al, 2009).

Ora, dentro dos estabelecimentos prisionais, estes comportamentos podem tornar-se mais problemáticos, já que se trata de espaços encerrados e compactos, quase sempre sobrelotados (Ministério da Saúde, 2004). Verificou-se, em Setembro de 2014, que se encontravam nos estabelecimentos prisionais portugueses cerca de 14445 reclusos, havendo apenas capacidade para 12317, ou seja, havia 2128 reclusos a mais (DGRSP, 2014). A frustração, o desespero, a violência (Ministério da Saúde, 2004), a má

nutrição, a falta de luminosidade e arejamento são uma constante nestas instituições, que, a par de comportamentos de risco adoptados pelos reclusos (OMS, 2003), criam um ambiente propenso à propagação de patologias. Doenças como o vírus da imunodeficiência humana (VIH), a hepatite C e B e a tuberculose são muito comuns nestes locais, assim como a toxicodependência, que afecta mais de metade da população reclusa portuguesa. Este consumo, a falta de higiene, o desconhecimento da contração destas doenças, a falta de acesso a material preventivo (Ministério da Saúde, 2004), a partilha de seringas, a realização de tatuagens com equipamento pouco apropriado, a não utilização de contraceptivos e os comportamentos sexuais de risco fazem parte do dia-a-dia dos reclusos (WHO, 2014), contribuindo para a rápida propagação de patologias nos estabelecimentos prisionais (Ministério da Saúde, 2004). Como resultado, estas entidades são consideradas locais de grande risco de transmissão de doenças, nomeadamente infecto-contagiosas, mostrando os estudos americanos que cerca de 25% da população dos EUA que se encontra infectada com VIH já esteve institucionalizado em alguma altura da sua vida, aumentando este número para 33% no caso da hepatite C (Ross, 2013).

Nos estabelecimentos prisionais portugueses, a prevalência destas patologias é alarmante, uma vez que os estudos indicam que doenças como o VIH, hepatites e tuberculose são comuns entre os reclusos. Um estudo realizado em 2001 evidencia que cerca de 16,3% dos reclusos sofria de VIH; 26,9% eram portadores de Hepatite C; e 9,7% de Hepatite B, não existindo números relativos à tuberculose, sendo os reclusos que sofrem desta patologia colocados numa área à parte, para evitar o contágio (Ministério da Saúde, 2004). Em 2007, foi realizado um novo estudo a uma amostra representativa da população prisional existente em Portugal, sendo esta de 2394 reclusos. De acordo com os dados recolhidos, 81,1% dos reclusos realizou análises de despistagem, de forma a descobrir se era portador de alguma patologia infecto-contagiosa. Destes, 10% estavam infectados com VIH; 5,5% com Hepatite B; 23,3% por Hepatite C e 4,7% com tuberculose, verificando-se uma acentuada descida do número de infectados, nomeadamente por VIH. Este estudo fez também uma pequena análise acerca do uso e troca de seringas nos estabelecimentos prisionais, concluindo-se que a maioria dos reclusos (61,3%) só utiliza seringas novas e 22,7% partilha este objecto. Trata-se, ainda, de um número muito elevado e que necessita de

ser reduzido rapidamente (Gomes, 2008). Em 2008, foi novamente realizado um estudo à população prisional portuguesa, mostrando que a percentagem de reclusos a sofrer de doenças infecto-contagiosas baixou consideravelmente. No entanto, ainda existem alguns dados inquietantes. De acordo com os dados recolhidos, 24,8% dos reclusos sofriam de algum tipo de doença infecto-contagiosa. Destes, 3% eram portadores de VIH; 4,3% estavam infectados com VIH e Hepatites; 17,5% estavam infectados com Hepatites e 3,5% sofriam de tuberculose. Estes dados mostram, então, uma diminuição nos reclusos portadores de patologias infecto-contagiosas, resultado de uma possível melhoria na prestação de cuidados de saúde e, também, da aplicação de medidas de prevenção que auxiliaram os reclusos a compreender que comportamentos de risco trazem graves consequências para o seu bem estar físico (Ordem dos Médicos, 2009).

No resto da Europa, é também possível verificar a existência de estudos neste âmbito, evidenciando-se resultados muito diferenciados em distintas zonas deste continente. Na zona este, a percentagem de reclusos infectados com VIH é preocupante, já que, em países como a Lituânia, a Estónia, a Roménia, a Eslováquia e a Ucrânia, ultrapassa os 10%, sendo estes valores dos mais altos do mundo, mostrando desta forma uma falha nas medidas de prevenção destas doenças e, também, na prestação de cuidados de saúde. Na Europa ocidental, os resultados são totalmente distintos, dado que, na maioria dos países que se encontram nesta área, a percentagem de reclusos infectados com VIH é inferior a 1%, evidenciando, assim, o sucesso da prevenção destas doenças no meio prisional (WHO, 2014). Pode concluir-se, também, a partir desta análise, que a taxa de reclusos infectados com VIH em Portugal é bastante elevada, quando em comparação aos restantes países do oeste europeu, mostrando, desta forma, a necessidade de aplicação de mais e melhores medidas de prevenção, uma vez que, apesar deste número já ter sido reduzido, ainda não é o suficiente.

Também os EUA e a Austrália realizaram estudos neste âmbito, sendo os resultados destes dois países totalmente distintos. Enquanto nos EUA, os estudos mostram que cerca de 1,4% dos reclusos estava contagiada com VIH (Centers for Disease Control and Prevention, 2014); 12% a 35% estava infectada com Hepatite C (Centers for Disease Control and Prevention, 2008); e 1% a 3,7% sofria de Hepatite B

(Weinbaum, Sabin & Santibanez, 2005), na Austrália os dados são totalmente distintos, mostrando-se consideravelmente mais reduzidos. A percentagem de reclusos que sofrem de VIH neste país é de apenas 0,4%; de Hepatite A 2,3%; e de Hepatite B e C 21,7%. Ora, é então possível verificar que os cuidados de saúde e as medidas aplicadas nesta região são bem-sucedidas, uma vez que o número de infectados com estas patologias é muito reduzido, em comparação com outros países. Contudo, as autoridades australianas continuam a defender que o risco de contágio ainda existe, sendo sempre necessário garantir que medidas de prevenção estão a ser aplicadas e a funcionar correctamente (Reekie et al, 2014).

O consumo de drogas no interior dos estabelecimentos prisionais é um dos factores que mais contribuem para a rápida propagação destas patologias neste local, especialmente devido à troca de seringas e outros objectos pessoais. Este fenómeno apenas ganhou visibilidade na década de 90, altura em que se iniciaram as primeiras intervenções para diminuir este ilícito (Torres e Gomes, 2002). Mais uma vez, os dados existente neste tema são muito reduzidos, uma vez que, oficialmente, apenas é possível ter acesso ao número de reclusos que se encontram a frequentar o tratamento dentro do EP, não sendo os consumidores de drogas contabilizados, uma vez que esta é uma acção considerada ilegal. Como tal, é necessário recorrer a estudos realizados por outras entidades.

Em 2007, foi realizada uma investigação sobre este tema, tendo sido utilizada uma amostra de 2394 reclusos. Destes, 63,5% afirma já ter consumido substâncias ilícitas em algum período da sua vida, sendo o cannabis a droga mais utilizada, seguindo-se a cocaína e a heroína. Dentro do EP, o número de reclusos que afirma consumir substâncias ilícitas ronda os 53%, sendo que a maioria admite que já era consumidor regular anteriormente ao cumprimento da sua medida. Contudo, uma pequena percentagem de 9,2% afirma que iniciou o consumo de drogas dentro da prisão (Torres, 2007). Parece, assim, que o número de reclusos consumidores de drogas é muito elevado e, mais grave, o mesmo acontece com o número de indivíduos que ainda consome substância ilícitas durante a reclusão. A partilha de seringas é constante e o perigo de contrair patologias aumenta exponencialmente, mostrando, desta forma, a necessidade de realizar intervenções neste âmbito.

Na Irlanda, o projecto intitulado “Kepping Drugs Out of Prisons”, implementado entre o ano de 2005 e 2007, tinha por objectivo compreender o número de reclusos consumidores de drogas, tendo, por isso, realizado diversos testes neste âmbito. Os resultados obtidos mostraram-se preocupantes, já que 40% da população prisional assumiu ser consumidora de substâncias. Este país realizou diversas tentativas para diminuir estes números, promovendo, para tal, a aplicação de programas de promoção de saúde (O’ Mahony, 2008).

A prestação de cuidados em meio penitenciário é, por conseguinte, imprescindível, visando não só diagnosticar, mas também tratar a população reclusa, garantindo o seu bem-estar físico e psicológico durante a sua estadia neste local. Contudo, devido à inexistência de prisão perpétua em Portugal, e devido ao facto de as penas decretadas serem, na sua maioria, penas de 3 a 6 anos (DGRSP, 2013) os reclusos irão, brevemente, sair em liberdade. Ora, esta é uma população proveniente de comunidades socialmente excluídas (Ross, 2013), com um nível educacional baixo e capacidades ocupacionais e sociais limitadas (Bownes, 2006), onde a descrença no funcionamento do sistema de saúde é passada de geração em geração, resultando em populações gravemente enfermas (Ross, 2013). Como tal, a reclusão poderá ser encarada como uma oportunidade, uma vez que permite promover a saúde junto de uma comunidade à qual seria muito complicado aceder em liberdade. Desta forma, muitos autores consideram esta a oportunidade ideal para o combate à iliteracia em saúde junto destas populações, oferecendo aos reclusos não só a possibilidade de aumentar os seus conhecimentos nesta área, mas também melhores cuidados de saúde do que aqueles a que tinham acesso na sua comunidade (Laticevschi, 2007), proporcionando oportunidades de reabilitação de dependências como o álcool e as drogas e, ainda, o acesso a profissionais de saúde de diferentes especialidades (Fraser, 2007). Através de indicações médicas e conselhos, a adesão ao tratamento poderá aumentar e melhorar a saúde de uma população com uma condição física e psicológica muito debilitada (Laticevschi, 2007).

A prestação de cuidados de saúde é, assim, considerada de máxima importância nos estabelecimentos prisionais. No entanto, é essencial que os mesmos sejam aplicados correctamente e de acordo com a lei, sendo o seu principal objectivo a garantia de que

esta comunidade recebe os mesmos cuidados de saúde que a restante população (Frazer, 2007). Como tal, parece importante garantir que “a política de saúde sob custódia deve ser integrada e compatível com a política nacional de saúde” (Committee os Ministers of the Council of Europe, 1998, 10B, pp.44), ou seja, que os serviços de saúde públicos e prisionais se encontram interligados e colaboram entre si, garantindo que reclusos e população em geral são tratados com igualdade e sem qualquer tipo de discriminação. Ao mesmo tempo, a interligação entre estes dois serviços simplificará o acompanhamento pós-reclusão, devendo ser garantido que os utentes continuam a realizar os tratamentos prescritos no EP e a frequentar regularmente os serviços de saúde, permitindo a realização de rastreios e consultas de rotina que garantam o seu bem-estar físico e psicológico (Committee os Ministers of the Council of Europe, 1998). É essencial acompanhar os reclusos após a sua saída do EP, garantindo que continuam a seguir os tratamentos prescritos e a cuidar da própria saúde. No entanto, esta é uma tarefa que se torna praticamente impossível, já que a colaboração dos ex-reclusos é muitas vezes mínima, pois, apesar de, no EP, as suas patologias terem sido diagnosticadas e tratadas, continuam a desconhecer as consequências negativas dos seus comportamentos de risco, pondo em perigo não só a sua saúde, mas também a de todos os que os rodeiam (Laticevschi, 2007).

No entanto, pese embora os serviços de saúde públicos e prisionais deverem ser semelhantes, existem algumas diferenças que devem ser tidas em consideração, nomeadamente o facto de os serviços de saúde prisionais serem prestados num ambiente de reclusão, onde a falta de liberdade afecta física e psicologicamente os residentes desta instituição. Aquando da admissão no EP os reclusos estão a entrar num local que desconhecem, com o qual não estão familiarizados, encontrando-se longe do apoio social e familiar, o que afecta a sua saúde e, especialmente, o seu sentimento de segurança pessoal. A prestação de cuidados de saúde nestes locais deve, então, minimizar os efeitos negativos da reclusão, garantindo que estes não afectam o bem-estar físico e psicológico dos indivíduos (Fraser, 2007).

A saúde mental aparenta, assim, ser a mais afectada pelo fenómeno de reclusão, uma vez que os reclusos sentem muitas dificuldades na adaptação ao sistema prisional, nomeadamente no que concerne a falta de liberdade que os impede não só de sair

daquele local, mas também de fazer as suas próprias escolhas e, até, os seus próprios horários, sendo-lhes impostas as regras e exigências da instituição onde se encontram. Este factor, aliado à falta de contacto e privacidade com a família, bem como os sentimentos de insegurança, culpa e vergonha que fazem parte do dia-a-dia desta população, aumenta os seus problemas. Distúrbios de personalidade, psicose, depressão, ansiedade, stresse e insónias são os problemas mais frequentes entre os residentes dos estabelecimentos prisionais, que, se não tratados rápida e correctamente, poderão levar ao suicídio. O acompanhamento psicológico e a promoção da saúde mental nestes locais torna-se essencial, evitando, desta forma, graves incidentes (Blaauw & Van Marle, 2007).

A vida prisional desempenha, neste contexto, um papel fundamental na saúde dos reclusos e, como tal, todos os estabelecimentos prisionais devem garantir a existência de condições que permitam o bem-estar físico e psicológico dos seus residentes (Fraser, 2007). Mas será que, assegurar à população prisional o acesso aos serviços de saúde é suficiente?

As doenças contraídas pelos reclusos no interior do EP, nomeadamente as infecto-contagiosas, representam um risco para a saúde pública, uma vez que, após estes indivíduos abandonarem esta entidade, vão estar, novamente, em contacto com a restante população. Uma realidade agravada pelo fenómeno da reincidência, que contribui para que os reclusos entrem e saiam constantemente dos estabelecimentos prisionais, aumentando a probabilidade de contágio destas patologias (WHO, 2007). As taxas de reincidência actuais entre a população prisional portuguesa são praticamente desconhecidas, uma vez que os últimos dados remontam ao ano de 2003. Contudo, estes mostram-se bastante preocupantes, especialmente quando comparados com anos anteriores, já que, em 1998, cerca de 46% desta comunidade era reincidente, um número que aumentou para 49% no ano de 2003 (Provedor de Justiça, 1999; Provedor de Justiça, 2003), uma realidade bastante distinta do resto da Europa, cujas taxas de reincidência não ultrapassam os 35%. No Reino Unido, entre os anos de 2010 e 2011, a percentagem de reclusos reincidentes era de 26,9% (Ministry of Justice, 2013) ; na Holanda, este fenómeno não ultrapassa os 18,6% e na Escócia mantêm-se nos 31% (Wartna, 2009).

Ora, com estas elevadas taxas de reincidência é importante que a comunidade reclusa compreenda as consequências negativas dos seus comportamentos e a importância de adoptar atitudes preventivas que evitem a transmissão de patologias. Parece, então, que assegurar o acesso aos serviços de saúde à população reclusa não é suficiente, sendo também necessário garantir que esta comunidade compreende a importância de modificar os seus comportamentos, assim como se encontra capacitada para a realização de auto-cuidados e identificação de sintomas, compreendendo a importância de utilizar regularmente os serviços de saúde. A promoção de saúde em meio prisional é, então, essencial no interior destas entidades, garantindo assim a consciencialização dos reclusos para as consequências pessoais e sociais dos seus comportamentos.

3. Promoção de Saúde nos Estabelecimentos Prisionais

A prestação de cuidados em meio penitenciário deve sempre vir acompanhada de educação para saúde, que, através da implementação de programas de promoção, deverá contribuir para o aumento do conhecimento dos reclusos nesta área (Hayton, 2007). Cada vez mais países compreendem a importância de aplicação destes projectos, pelo que, no ano de 1998, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu a rede europeia de promoção de saúde nos estabelecimentos prisionais, com o objectivo de garantir que a população reclusa na Europa tem acesso não só aos melhores cuidados de saúde, mas também a programas de promoção (WHO, 1998). Esta é uma forma de manter a população reclusa unida e activa, uma vez que os estudos demonstram que estes projectos, nomeadamente os que se destinam ao combate do VIH, são bem sucedidos, já que sensibilizam as comunidades para este problema, unindo-as na luta contra uma doença que é responsável pela morte de milhares de cidadãos anualmente. Sensibilizar os reclusos para os seus problemas de saúde, motivando-os a modificar as suas atitudes e unindo-os contra uma luta comum, é, então, o principal objectivo da promoção de saúde nos estabelecimentos prisionais (Molassiotis, Saralis-Avis, Nyirienda & Atkins, 2009).

Ora, o desenvolvimento e a aplicação de programas de intervenção neste local parece, assim, ser imprescindível; contudo, o sucesso destes projectos está dependente da sua implementação e, por isso, dever garantir-se que os profissionais responsáveis por esta tarefa se encontram devidamente qualificados para o efeito. Neste sentido, a criminologia é a ciência responsável pelo estudo do fenómeno do crime, sendo o seu principal objectivo a compreensão e prevenção da sua ocorrência, desenvolvendo, para tal, estudos empíricos que se baseiam na observação de factos (Crowe, sem data). Durante a sua formação, os profissionais desta área são preparados prática e teoricamente para desenvolver o seu trabalho junto de populações marginalizadas, que, muitas vezes, se encontram representadas pela comunidade reclusa. Como tal, estes parecem ser os profissionais indicados para a realização de programas de intervenção entre esta população, promovendo não só a sua reintegração na sociedade, mas também o seu bem estar-físico e psicológico. Este, parece estar relacionado com os conhecimentos dos reclusos na área da saúde, sendo por isso importante que a promoção se centre no aumento da literacia da população prisional nesta área.

4. Literacia em Saúde

De acordo com o que foi referido anteriormente, a população reclusa parece possuir elevados níveis de iliteracia em saúde necessitando, urgentemente, de programas de promoção que modifiquem esta realidade, que aumenta não só a probabilidade de estes indivíduos sofrerem de patologias, mas também diminui a sua esperança média de vida (Tenibiaje, 2014). A falta de literacia em saúde influencia, portanto, negativamente, a condição física e psicológica de cada um, limitando as oportunidades individuais e a habilidade de realizar escolhas informadas que permitam compreender as consequências positivas ou negativas de cada opção (Spandorfer, Karras, Hughes & Caputo, 1995). Ler, escrever, escutar e analisar são capacidades essenciais no dia-a-dia, que facilitam a comunicação e a compreensão de informações. Estas são habilidades imprescindíveis na área da saúde, já que, sem elas, será impossível compreender conceitos básicos neste âmbito e, conseqüentemente, não perceber a necessidade de aplicação de auto-cuidados. Os reclusos parecem inserir-se neste grupo, sendo que, apesar de a maioria saber ler e escrever, não o faz fluentemente, assim como muitos não possuem qualquer habilidade de análise de

circunstâncias, o que traz resultados muito negativos para o seu bem-estar físico e psicológico (Tenibiaje, 2014). A existência de um nível funcional de literacia em saúde parece, assim, ser fundamental no dia-a-dia de cada um, contribuindo para a tomada de decisões que garantam um estilo de vida saudável (Spandorfer, Karras, Hughes & Caputo, 1995). Mas, afinal, como se pode definir este fenómeno, que afecta mais de 16% da população mundial (Kanj & Mitic, 2009)?

Durante um longo período de tempo, o conceito de literacia encontrava-se associado à habilidade de leitura e escrita. Apenas no século XX se compreendeu que este fenómeno engloba muito mais que só estas duas capacidades (Doak, Doak & Root, 1985). É então que surge o conceito de literacia em saúde, um fenómeno que requer não só a capacidade de leitura e escrita, mas, também, de escuta, análise e tomada de decisões (Tenibiaje, 2014). Parece, assim, que a literacia em saúde tem por base os conhecimentos individuais e a capacidade de prestação de auto-cuidados, sendo, para isso, essencial a compreensão de informações escritas e quantitativas na área da saúde. As interações sociais também não devem ser esquecidas, já que o paciente deve possuir a capacidade de explicar ao profissional de saúde os sintomas de que é vítima, de forma a poder identificar o seu problema e prescrever o tratamento adequado (Paasche-Orlow, 2011). A literacia em saúde não é, então, um fenómeno exclusivo da responsabilidade pessoal, sendo que a motivação para a aprendizagem deve advir dos esforços do sistema de saúde para educar os pacientes para esta área (Speros, 2005). Como tal, a OMS define literacia em saúde como o conjunto de “competências cognitivas e sociais que determinam a motivação, a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e usar informação, de forma a manter um bom estado de saúde. Implica a aquisição de conhecimentos, competências pessoais e confiança para agir de forma saudável, através de mudanças de estilo e condições de vida” (WHO, 1998).

Apesar de este fenómeno ter sido definido, a sua magnitude e consequências continuavam a ser desconhecidas. Assim, no ano de 1992, foi realizado um estudo com o objectivo de descobrir qual a taxa de literacia em saúde da população mundial. Através do desenvolvimento de um teste intitulado “Test of Functional Health Literacy in Adults” (TOFHLA), concluiu-se que os conhecimentos na área da saúde

das comunidades eram muito reduzidos (Williams et al, 1995), resultados que preocuparam a Associação Médica Americana que reuniu uma equipa de profissionais da área da saúde, com o objectivo de compreender as consequências desta fraca taxa de conhecimentos. Os resultados foram inquietantes, verificando-se que as baixas taxas de literacia em saúde nas populações resultam em dificuldades na prestação de auto-cuidados e na compreensão de informações médicas básicas, que levam à realização errada de tratamentos e consequente elevada taxa de hospitalizações. Verificou-se ainda que os profissionais de saúde parecem desconhecer a existência deste fenómeno, ignorando que muitos dos seus pacientes não compreendem a informação que lhes fornecem, um dado preocupante, já que, desta forma, estes profissionais não compreendem a necessidade de adaptar o seu discurso a pacientes que possuem poucos conhecimentos nesta área (American Medical Association, 1999).

No ano de 2003, este fenómeno continua a ser preocupante, verificando-se que 9 em cada 10 adultos americanos possuem uma taxa de literacia em saúde reduzida, sendo este número ainda maior entre a população com mais de 65 anos, havendo cerca de 75 milhões de cidadãos dos EUA com uma taxa de literacia em saúde limitada (Kutner, Greenberg, Jin, & Paulsen, 2006). Na Austrália, os dados revelam-se ainda mais inquietantes, uma vez que se verifica que cerca de 60% da população deste país possui conhecimentos limitados na área da saúde, ou seja, mais de metade dos australianos tem dificuldades em compreender informações médicas básicas (Australia Social Trends, 2009). Na Europa, os estudos neste âmbito são escassos; no entanto, no ano de 2011, foi desenvolvido um inquérito intitulado “European Health Literacy Survey” (HLS-EU), com o objectivo de conhecer as taxas de literacia em saúde neste continente. O inquérito terá sido distribuído em 8 países europeus (Áustria, Bulgária, Alemanha, Grécia, Irlanda, Holanda, Polónia e Espanha), tendo revelado resultados preocupantes, especialmente porque evidenciam grandes discrepâncias. De acordo com os dados revelados, cerca de 48% da população europeia possui uma taxa de literacia em saúde inadequada ou problemática, um número muito elevado e inquietante, especialmente devido às grandes diferenças existentes entre países, já que enquanto uns se encontram num limite aceitável, outros necessitam de urgentes medidas de prevenção, mostrando, assim, a necessidade de

existir uma uniformização destas medidas (Pelikan, Rothlin & Ganahl, 2012). Em Portugal, o primeiro estudo realizado no âmbito da literacia em saúde foi desenvolvido no ano de 2014, revelando resultados inquietantes, dado que 60,2% da população portuguesa possui uma taxa de literacia problemática ou inadequada, um número demasiado elevado e que urge ser corrigido (Saúde que Conta, 2014). Na Europa, de acordo com os estudos realizados, apenas a Bulgária está à frente de Portugal, registando um taxa de literacia em saúde problemática ou inadequada de 62,1% (Saúde que Conta, 2014; Pelikan, Rothlin & Ganahl, 2012).

Estas baixas taxas de literacia em saúde trazem graves consequências, não só a nível pessoal, mas também a nível social (Parker, 2000), uma vez que, devido ao desconhecimento da sua condição física, os indivíduos poderão ser portadores de patologias infecto-contagiosas, que necessitam de tratamento adequado, caso contrário poderão representar uma ameaça para a saúde pública (Berlaman, DeWalt, Lohr, Pignone & Sheridan, 2004). As reduzidas taxas de literacia em saúde demonstram, assim, afectar, negativamente, o bem-estar físico e psicológico das populações, existindo diversos estudos que comprovam esta mesma realidade. Uma investigação realizada entre pacientes que tomavam wafarin (um fármaco utilizado na prevenção de trombozes) demonstrou que, devido à incompreensão das indicações médicas, metade dos indivíduos que seguia este tratamento não o realizava correctamente, sendo possível verificar que quase um terço dos pacientes afirmou que, durante os 30 dias em que tinha que tomar o wafarin, houve pelo menos um em que não o fez, podendo as consequências ser desastrosas. Este é um medicamento que, se não tomado correctamente, poderá provocar hemorragias internas, ou mesmo um AVC, ficando estes pacientes em sério risco de vida. Esta falta de cuidado, de acordo com os investigadores, provém não só da falta de compreensão das indicações médicas, mas também do desconhecimento das consequências de um tratamento errado (Schillinger, Wang, Rodriguez, Bindman & Machtinger, 2006; Schillinger, Machtinger, Wang, Palacios, Rodriguez & Bindman, 2006).

Um outro estudo realizado em dois hospitais públicos urbanos demonstrou que cerca de 42% dos pacientes não compreendia as indicações dadas pelos profissionais de saúde; 23% não entendia a informação dada numa consulta de rotina; e 60% não

compreendia o que era o termo de consentimento informado. Estes resultados são semelhantes a tantos outros estudos neste âmbito, ficando claro que os pacientes que têm capacidades limitadas nesta área raramente pedem auxílio, tendo desenvolvido um grande número de estratégias que lhes permite esconder o facto de não estarem informados nesta área, como, por exemplo, não serem capazes de compreender informação escrita disponibilizada pelo médico (Williams et al, 1995), uma realidade complicada pela complexa utilização dos cuidados de saúde. Saber utilizar estes serviços, hoje em dia, é um desafio e algo que implica uma elevada taxa de literacia em saúde, já que os pacientes necessitam de interagir com um grande número de serviços, diferentes médicos e consultórios em locais distintos, vários hospitais e clínicas, e, ainda, compreender uma grande quantidade de informação, incluindo instruções de terapia, materiais de educação para o paciente, receitas, facturas e formulários (Parker, 2000).

Minorias étnicas, populações empobrecidas e com uma educação limitada são aquelas que mais se enquadram neste fenómeno, já que, geralmente, estas comunidades possuem uma saúde precária, desconhecendo a sua condição física e, muitas vezes, ignorando sintomas de graves patologias (Centers for Disease Control, 2009). Este poderá ser o resultado de uma fraca utilização do sistema de saúde, dado que estas populações se sentem intimidadas pelo facto de não conseguirem verbalizar os seus sintomas e não compreenderem as indicações médicas, o que resulta na adopção de tratamento errado e na predominância ou agravamento da patologia. Cria-se, desta forma, um clima de desconfiança entre estas populações e os prestadores de cuidados, que passa de geração em geração, levando a que a saúde destas comunidades seja cada vez mais problemática (Paashe-Orlow e Wolf, 2007). Ora, a população reclusa parece, assim, enquadrar-se entre as comunidades que possuem taxas de literacia em saúde mais reduzidas, já que esta é uma população constituída por indivíduos socialmente excluídos, que se encontram desempregados, com uma educação e rendimentos reduzidos, que são ou foram assíduos consumidores de drogas, que adoptam comportamentos sexuais de risco e, que geralmente, possuem uma saúde física e mental muito precária, não só devido ao seu estilo de vida, mas também devido à fraca utilização dos serviços de saúde. Esta é uma comunidade que, como já vimos, provém de meios mais desfavorecidos e que, muitas vezes, já está

familiarizada com o sistema penal (WHO Regional Office for Europe, 2003), tal como demonstra um estudo realizado nos estabelecimentos prisionais do sudoeste da Nigéria.

De acordo com esta investigação, 98,8% dos reclusos desta região possui níveis inadequados de “informações básicas” em saúde, um número que aumenta para 99,4% no que respeita à tomada de decisões em saúde. Este estudo demonstrou, também, que mais de 95% dos reclusos se sentia incapaz de explicar ao profissional de saúde os seus sintomas, aumentando este número para 97% no caso da incompreensão das indicações médicas e para 99,6% em relação à terminologia utilizada pelo médico. Esta realidade traz, não raras vezes, graves consequências, já que 95,8% afirma não tomar correctamente a medicação prescrita, afirmando que também não compreende as indicações oferecidas no panfleto. No entanto, estes reclusos parecem estar conscientes das consequências desta falta de conhecimentos, já que 92,8% afirmava compreender esta realidade. De acordo com este estudo, é possível verificar que os reclusos sentem dificuldade em ler, escrever, ouvir e falar, o que são capacidades básicas para a existência de uma boa comunicação (Tenibiaje, 2014).

A Nigéria é um dos países que possuem uma maior percentagem de aliterados a nível mundial (Tenibiaje, 2014), uma realidade reflectida na sua população prisional, que possui um nível de conhecimentos incredivelmente baixo nesta área. Ora, os dados em relação a este estudo, apesar de pertinentes, não podem ser generalizados, uma vez que este fenómeno está dependente de diversos factores que variam de país para país. No entanto, após uma meticolosa pesquisa, não foi possível encontrar qualquer estudo semelhante ao referido. Contudo, esta investigação demonstra que as taxas de literacia em saúde da população em geral se refletem na comunidade reclusa e, tal como foi referido neste capítulo, países como EUA, Portugal, Austrália, entre outros, possuem uma taxa de iliteracia em saúde superiores a 50%. Estes dados poderão, então, demonstrar que a população prisional destes países possui conhecimentos muito reduzidos nesta área, necessitando esta realidade de ser urgentemente modificada.

4.1. Características que Contribuem para o Aumento das Taxas de Literacia em Saúde

Os capítulos anteriores permitiram compreender que a população reclusa parece ser propícia a possuir uma taxa de literacia em saúde reduzida, resultado do seu estilo de vida e, também, da comunidade da qual é proveniente. Mas, afinal, que características pessoais e sociais contribuem para este fenómeno?

A resposta a esta questão encontra-se neste capítulo, durante o qual será realizada uma caracterização da população reclusa, que, através de dados nacionais e internacionais, irá permitir conhecer os factores que, positiva ou negativamente, influenciam a vida desta comunidade e poderão contribuir para prejudicar o seu bem-estar físico e psicológico, assim como para os seus reduzidos conhecimentos na área da saúde.

4.1.1 Género

Estudos realizados nos EUA e Austrália evidenciam que, apesar de parecer um factor improvável, o género influencia as taxas de literacia em saúde, demonstrando que os homens possuem menos conhecimentos nesta área do que as mulheres (Australia Social Trends, 2009; Kutner, Greenberg, Jin, & Paulsen, 2006), uma vez que estes sentem mais dificuldades em aceder, procurar e compreender informações no âmbito da saúde, assim como desconhecem a existência de determinadas patologias e a necessidade de prevenção (Peerson & Saunders, 2011). De acordo com os estudos realizados, 48% dos homens australianos e 16% dos americanos tem uma baixa taxa de literacia em saúde, contra 43% e 12% das mulheres, respectivamente, percebendo-se, desta forma, a existência de discrepâncias entre os dois géneros que, apesar de não serem muito elevadas, são consideradas significativas (Australia Social Trends, 2009; (Kutner, Greenberg, Jin, & Paulsen, 2006).

Ora, apesar de ser um tema cada vez mais debatido mundialmente, não há dúvidas que as populações prisionais são maioritariamente masculinas (Heidensohn & Silvestri, 2012), uma realidade evidente no sistema penal português, onde 13479 dos 14300 reclusos são homens (DGRSP, 2014). Reino Unido, Espanha e Austrália são países

nos quais esta realidade é idêntica, já que os reclusos masculinos representam mais de 90% da sua população prisional (Berman e Dar, 2013; Corben, 2012; Instituto Nacional de Estadística, 2012). Parece, então, que o género mais aliterado na área da saúde é aquele que se encontra em predominância nos estabelecimentos prisionais.

4.1.2. Idade

A idade também contribui para as taxas de literacia em saúde, verificando-se que quanto mais elevada a faixa etária, menos conhecimentos nesta área os cidadãos possuem. Esta realidade pode ser explicada pelo reduzido grau educacional das populações mais idosas, uma vez que a grande maioria nunca frequentou o ensino ou, se o fez, foi apenas durante um curto período de tempo. Parece, então, que se a educação é fundamental para a existência de uma literacia em saúde funcional, os jovens que ainda se encontram a estudar também possuem poucos conhecimentos nesta área, já que ainda os estão a assimilar. Por esse motivo, a faixa etária na qual se verificam maiores taxas de literacia em saúde é entre os 20 e os 44 anos, uma vez que é durante estas idades que os indivíduos se encontram mais activos física e psicologicamente, sabendo como e onde procurar a informação necessária relativa a este tema e tendo mais facilidade em acompanhar as várias mudanças no sistema de saúde, conhecendo o seu funcionamento. A partir dos 45 anos, esta realidade começa a modificar-se, já que a partir desta faixa etária as taxas de literacia decrescem exponencialmente (Australia Social Trends, 2009).

A idade mais comum nos estabelecimentos prisionais portugueses são os 35 anos, sendo que a maioria dos reclusos se encontra na faixa etária entre os 25 os 39 (DGRSP, 2012), exatamente no auge das suas capacidades físicas e mentais, e no período de tempo em que geralmente as populações possuem taxas mais elevadas de literacia em saúde (Australia Social Trends, 2009). Contudo, a realidade aparenta ser bastante distinta, uma vez que os conhecimentos desta comunidade nesta área são muito reduzidos.

4.1.3. Nacionalidade

O facto de um indivíduo falar e compreender o idioma do país onde reside é essencial no entendimento de conceitos na área da saúde, facilitando, ainda, a comunicação com os profissionais desta área que, muitas vezes, se torna difícil (Australia Social Trends, 2009). Em Portugal, 82,9% dos reclusos são nacionais (DGRSP, 2014), acontecendo o mesmo em países como o Reino Unido, a Irlanda e Austrália (Berman e Dar, 2013; Irish Prison Service, 2013; Corben, 2012). No entanto, e apesar de a maioria destes reclusos falar a língua materna do país em que se encontra a cumprir pena, esta é uma realidade que não afecta positivamente os seus conhecimentos na área da saúde, já que estes continuam a verificar-se reduzidos, uma realidade também comum no exterior dos estabelecimentos prisionais. De acordo com um estudo realizado na Austrália em 2006, cerca de 3 milhões de cidadãos, entre os 15 e os 71 anos de idade, residentes neste país, falavam o inglês como segundo idioma e, destes, apenas um quarto tinham taxas de literacia em saúde funcionais. Contudo, e apesar do esperado, daqueles que tinham o inglês como língua materna, apenas 44% tinham elevados conhecimentos nesta área, um número muito reduzido, uma vez que significa que mais de metade da população australiana que fala inglês como primeira língua é aliterada (Australia Social Trends, 2009).

4.1.4. Habilitações Literárias, Situação Laboral e Rendimentos

A educação encontra-se, indiscutivelmente, interligada com as taxas de literacia em saúde, uma relação encontrada pelos primeiros investigadores deste tema que concluíram que quanto mais elevado o grau de educacional dos cidadãos, maior os seus conhecimentos na área da saúde. A instrução da população para esta área é, assim, essencial, uma vez que a capacidade de cada indivíduo compreender, aplicar e avaliar informação neste âmbito é a única forma de garantir a aplicação de medidas de prevenção e a correcta utilização dos serviços de saúde (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2013). Ora, os dados recolhidos mostram exatamente esta realidade, sendo que cerca de três quartos da população australiana que possui um bacharel ou um grau académico superior possui uma elevada literacia em saúde, ao contrário daqueles que apenas completaram o 12º ano, em que somente 16% possuem altos conhecimentos nesta área (Australia Social Trends, 2009). Não se

deve também esquecer o facto de que a existência de um grau académico mais elevado proporciona às populações a obtenção de mais rendimentos, promovendo, desta forma, a existência de mais cuidados com a sua saúde, nomeadamente com a saúde oral, que muitas vezes é privada e da responsabilidade de cada paciente. O facto de poder sustentar uma grande variedade de cuidados poderá proporcionar a estas populações a oportunidade de recolher um maior número de informações sobre os seus problemas, podendo consultar mais do que um profissional de saúde, de forma a ficar a conhecer qual a melhor solução para os seus sintomas. Estes conhecimentos afectam também os comportamentos diários dos indivíduos, já que possuem mais conhecimentos acerca das consequências da existência de maus hábitos de saúde e acabam por ter cuidado no consumo de certas substâncias, nomeadamente de drogas, tabaco e álcool (Australia Social Trends, 2009).

A população prisional portuguesa possui habilitações literárias muito reduzidas, já que, apesar de 91,1% dos reclusos terem frequentado a escola, a maioria afirma não ter concluído o ensino primário (DGRSP, 2012), evidenciando desta forma que teve muito pouco acesso a informações na área da saúde. Efectivamente, esta baixa escolaridade é prejudicial para os reclusos, não só porque contribui para o aumento de comportamentos de risco, mas também porque auxilia à criação de um ciclo que, usualmente, leva à reincidência. As fracas qualificações académicas desta população dificultam a procura de emprego pós-reclusão, uma vez que acabam por estar apenas disponíveis os trabalhos menos qualificados, que a maioria das vezes são considerados insatisfatórios devido a remunerações diminutas e fraca realização pessoal. Estes factores contribuem, assim, para a reincidência, já que os actos delinquentes acabam por ser mais atractivos devido à elevada gratificação monetária que oferecem (Torres e Gomes, 2002).

A procura de emprego pós-reclusão torna-se, assim, muitas vezes difícil, especialmente porque grande parte dos reclusos nunca trabalhou. De acordo com os dados recolhidos em 2003, 13% dos reclusos encontrava-se desempregado ou nunca teve uma ocupação profissional (Provedor de Justiça, 2003). Contudo, uma investigação realizada no ano de 2013, no Reino Unido, mostra que cerca de 13% da população reclusa deste país nunca teve um emprego (Berman e Dar, 2013). O

desemprego e a falta de ocupação profissional é um dos factores que contribuem para existência de uma reduzida taxa de literacia em saúde, sendo que os estudos demonstram que cerca de metade daqueles que, diariamente, se deslocam para o seu local trabalho têm uma literacia em saúde elevada, contra apenas cerca de um quarto daqueles que não têm um emprego. Esta é uma realidade que pode ser explicada pelo facto de que aqueles que todos os dias se deslocam para o seu local de trabalho são mais activos no seu dia-a-dia. Na procura de informação que desconhecem, acabam por saber onde e como devem procurar e, quando o necessitam, têm a possibilidade de esclarecer as suas dúvidas com outros indivíduos, como colegas de trabalho, amigos, familiares ou mesmo de desconhecidos. Já aqueles que se encontram desempregados, muitas vezes, tornam-se inactivos, não saindo de casa ou do seu bairro, acabando por criar uma rotina, que em nada contribui para o aumento dos seus conhecimentos, sejam estes em saúde ou em qualquer outro tema, criando hábitos que, muitas vezes, acabam por prejudicar o seu bem-estar físico e psicológico (Australia Social Trends, 2009).

Na verdade, a existência de uma emprego permite o aumento de rendimentos e, como já foi referido, quanto maior o rendimento dos cidadãos, melhor será o seu acesso aos cuidados de saúde, aumentando, assim, os seus conhecimentos nesta área. De acordo com os dados recolhidos, 63% da população que recebe altos rendimentos tem uma taxa de literacia em saúde elevada, contra apenas 43% daqueles que têm um vencimento médio e 26% dos que sobrevivem de rendimentos mínimos. Uma realidade explicada pelo grau educacional de cada uma das populações, já que aquelas que possuem altos rendimentos têm também a possibilidade de suportar os custos de uma educação completa, isto é, desde o ensino primário ao universitário, o que irá contribuir para o aumento das taxas de literacia em saúde destas populações (Australia Social Trends, 2009; Kutner, Greenberg, Jin, & Paulsen, 2006). Estes três factores parecem ser os principais responsáveis pelos reduzidos conhecimentos da comunidade reclusa na área da saúde, já que as suas reduzidas habilitações académicas, elevadas taxas de desemprego e os fracos rendimentos contribuem para que a sua literacia nesta área seja muito reduzida, sendo, com frequência, responsáveis pela escolha do estilo de vida criminal e podendo mesmo prejudicar não só o seu bem-estar, mas também o da população em geral.

5. Programas de Educação por Pares

A implementação de programas de promoção de literacia em saúde verifica-se, então, uma prática essencial em meio penitenciário, que, através da técnica da educação por pares, promove a adopção de comportamentos mais saudáveis e seguros entre a população reclusa (Medley, Kennedy, O’Reilly & Sweat, 2009). Esta é uma estratégia que tem demonstrado resultados muito positivos, uma vez que promove a partilha de informação entre os membros da mesma comunidade (Laukman-Josten, 1996) ou seja, em vez da tradicional técnica de transmissão de conhecimentos, em que os reclusos apenas devem assimilar a informação, na educação por pares estes terão como responsabilidade, não só adquirir novos conhecimentos, mas também partilhá-los com os restantes residentes do EP. Para tal, devem ser escolhidos os indivíduos que possuem uma taxa de literacia em saúde mais funcional e que são vistos como um exemplo para a restante comunidade, para desempenharem a função de educadores de pares; ou seja, durante um primeiro período, irão adquirir conhecimentos na área da saúde com técnicos especializados para o efeito e, posteriormente, deverão transmitir as informações adquiridas aos restantes residentes no EP (Laukamm-Josten et al, 2000). Desta forma, espera-se uma maior adesão por parte desta comunidade, já que a credibilidade do educador é maior, uma vez que, ao pertencer à população alvo, partilha com esta experiências, interesses, preocupações, valores e normas (Laukman-Josten, 1996), tornando-se mais confiável do que alguém completamente exterior à comunidade. O sucesso desta estratégia é observável através das mudanças de atitudes das populações. Por exemplo, no caso da prevenção do VIH, verifica-se que aumenta o uso de preservativos e diminui a partilha de seringas entre utilizadores de drogas, constatando-se, também, um aumento dos conhecimentos das populações relativamente a determinadas patologias. Estes são resultados de uma revisão sistemática da literatura realizada em 2009, com o objectivo de estudar os programas de educação por pares implementados nos países em desenvolvimento durante os anos de 1990 e 2006. Através de métodos padronizados de pesquisa e a utilização de dados abstratos, analisaram-se cerca de 30 estudos, tendo os resultados positivos prevalecido em relação aos negativos (Medley, Kennedy, O’Reilly & Sweat, 2009).

Embora a literatura em relação a programas de educação por pares implementados em estabelecimentos prisionais seja escassa, a pesquisa publicada até ao momento sugere que estes programas são aceites, eficazes e, até, mais rentáveis que aqueles aplicados por profissionais, conclusão de uma revisão sistemática da literatura realizada na Austrália. De acordo com este estudo, a aplicação de programas de educação por pares entre a população reclusa deve abordar temas como o VIH/SIDA, literacia em saúde, abuso sexual e de substâncias e prevenção contra a violência e o suicídio, uma vez que se consideram os problemas mais graves nos estabelecimentos prisionais. Apesar de trazer algumas desvantagens, nomeadamente em relação à fiabilidade, confidencialidade e competência dos educadores de pares, os pontos positivos destas programas são inúmeros, especialmente para a população reclusa, para o EP e, particularmente, para os educadores de pares, que, ao compreenderem as consequências do seu estilo de vida, acabam por modificar os seus comportamentos. Não se deve esquecer, contudo, que a educação por pares não resulta na mudanças de atitudes a longo prazo, necessitando de ser acompanhada de outras intervenções realizadas por profissionais. No entanto, com um planeamento cuidadoso, implementação e avaliação, estes programas poderão ser a chave para a mudança de estilo de vida dos reclusos, garantindo que este será mais saudável e seguro (Deville, Sorbello, Eccleston & Ward, 2003). Países como a Austrália, os EUA, o Haiti e a Ucrânia já implementam programas de promoção de saúde utilizando esta estratégia, tendo demonstrado resultados verdadeiramente positivos, ora vejamos.

Na Ucrânia, os programas de promoção de saúde implementados têm como objectivo, diminuir o número de reclusos infectados com o vírus do VIH, promovendo a adopção de comportamentos mais saudáveis e preventivos. Através da educação por pares, estes programas foram aplicados em cerca de 30 estabelecimentos prisionais ucranianos, obtendo resultados muito positivos, especialmente entre os reclusos escolhidos para desempenhar a função de educadores de pares. Estes, mesmo após o término do programa, continuaram a prestar auxílio a indivíduos que se encontravam infectados com esta patologia, integrando organizações que se dedicavam à prevenção do VIH. Estes educadores de pares foram escolhidos entre a população reclusa, tendo, num primeiro momento, frequentado uma formação na qual adquiriram conhecimentos sobre a importância da prevenção do VIH e outras doenças

sexualmente transmissíveis (DST), o uso do preservativo, entre outros temas. Após esta formação, os reclusos foram submetidos a um exame, através do qual deveriam demonstrar os conhecimentos aprendidos, devendo obter uma qualificação superior a 50%, para poder desempenhar a função de educador de pares. Após esta prova, foi dado início à educação por pares, tendo os reclusos como responsabilidade transmitir a informação aprendida aos seus companheiros, assim como distribuir materiais como preservativos, desinfectantes, escovas, pastas de dentes e, lâminas. Era também da sua responsabilidade a criação de actividades e eventos que promovessem a prevenção do VIH, como a organização de eventos desportivos, o desenho de posters, realização de sessões de teatro, entre outras. Em alguns estabelecimentos prisionais, os educadores de pares criaram uma actividade destinada apenas a novos reclusos, transmitindo-lhes todas as informações necessárias acerca do VIH (International HIV/AIDS Alliance in Ukraine, 2011).

Também a Austrália, desde a década de 80, demonstra preocupar-se com a necessidade de educar a sua população reclusa para a saúde, promovendo mudanças de comportamentos, transmitindo informações básicas nesta área e, mostrando a esta comunidade as consequências negativas do seu estilo de vida. Com o objectivo de eliminar a transmissão de VIH entre reclusos e minimizar o impacto social e pessoal deste vírus, a implementação de programas de saúde nos estabelecimentos prisionais australianos é uma prática comum, sendo a educação por pares a estratégia escolhida para este efeito. Os educadores são, geralmente, escolhidos entre os reclusos, devendo os seleccionados ser considerados um exemplo entre os seus companheiros, assim como possuir conhecimentos acerca do funcionamento do EP. Após frequentarem uma formação, na qual se recomenda a presença de um indivíduo seropositivo (por se considerar que, desta forma, as informações transmitidas terão mais impacto), os educadores irão partilhar os conhecimentos adquiridos com os companheiros residentes nesta entidade. Esta tarefa deverá ser desenvolvida através de debates e materiais, como panfletos e vídeos, permitindo que os interessados compreendam melhor o VIH. Não se deve esquecer, contudo, que, para garantir o sucesso dos programas, estes devem adaptar-se às necessidades de cada EP; por conseguinte, antes de qualquer programa ser desenvolvido, é necessário avaliar, rigorosamente, as necessidades desta instituição (Robinson, 1994).

No Haiti, a aplicação de programas de educação por pares nos estabelecimentos prisionais é também considerada essencial, especialmente se tiverem por objectivo prevenir a transmissão de doenças infecto-contagiosas. Durante os anos de 2009 e 2010, este país promoveu a aplicação de um programa deste género, num estabelecimento prisionais que, no espaço de um ano, aumentou 10 vezes o seu número de residentes, passando de 420 reclusos para 4200. Ora, com uma sobrelotação tão elevada, tornou-se necessário promover mudanças de comportamentos e atitudes, de forma a evitar a transmissão de graves patologias e, como tal, foi implementado o programa intitulado de “Peer Health Education in Haiti’s National Penitentiary: The “Health through Walls” Experience”. Este contou com a participação de 2 ex-reclusos, que auxiliaram os 25 educadores de pares na preparação da aplicação do projecto, que se destinava a transmitir informação e educação para a saúde, promovendo a adopção de comportamentos preventivos que evitassem a transmissão de VIH e tuberculose. Durante o período de aplicação do programa, foi permitido aos reclusos realizar rastreios destas patologias, assim como consultar uma assistente social que garantisse o acompanhamento médico após a sua libertação. Os resultados deste projecto revelaram-se muito positivos, especialmente na motivação para a realização do rastreio de VIH e tuberculose, bem como posterior tratamento. O papel dos educadores de pares foi essencial para este sucesso, uma vez que a maioria dos reclusos afirma apenas ter frequentado este rastreio após o aconselhamento do educador, mostrando, mais uma vez, o sucesso deste tipo de projectos (Zack, Smith, Andrews & May, 2012).

Nos EUA, a preocupação com o elevado número de reclusos portadores de VIH/SIDA leva também muitos estabelecimentos prisionais a desenvolver e aplicar programas de promoção de saúde, com o objectivo de aumentar a literacia dos reclusos nesta área, garantindo que estes compreendem as consequências desta patologia. A educação por pares é a estratégia escolhida para o desenvolvimento destes programas, que têm demonstrado resultados cada vez mais positivos. No estado do Texas, o “Projecto Walk to Talk” foi desenvolvido no início dos anos 2000 e, no ano de 2006, o seu desempenho foi avaliado, tendo-se revelado um grande sucesso. Aplicado em 36 estabelecimentos prisionais texanos, os educadores de pares motivaram a maioria da

população reclusa a realizar o teste do VIH, algo que quase todos afirmavam nunca ter executado por considerar desnecessário. Verificou-se, também, um aumento dos conhecimentos dos reclusos na área da saúde, começando estes a compreender a necessidade de adopção de comportamentos preventivos, que evitassem a transmissão e contágio desta patologia (Ross, Harzke, Scott, MacCann & Kelly, 2006). A mesma situação ocorre no estado de Illinois, onde os estabelecimentos prisionais já implementaram inúmeros programas de educação por pares, sendo a maioria destinados à prevenção do VIH/SIDA, revelando resultados muito positivos. Contudo, a preocupação com este tema é tanta que o governo e organizações relacionadas encontram-se sempre atentos a estes projectos, verificando os seus pontos positivos e negativos e, posteriormente, dedicam-se à publicação de documentos que oferecem recomendações para que estes programas possam funcionar melhor. O estado de Illinois é apenas um exemplo desta realidade, sendo que estas recomendações existem para qualquer EP em solo americano (AIDS Foundation of Chicago, sem data).

6. Conclusão

Esta revisão bibliográfica permite compreender a importância de assegurar cuidados de saúde em meio penitenciário, uma vez que se verifica que a população residente nos estabelecimentos prisionais possui graves problemas físicos e psicológicos. Este é o resultado das suas reduzidas taxas de literacia em saúde, que contribuem não só para a não utilização destes serviços, como para adopção de comportamentos de risco que prejudicam, gravemente, o seu bem-estar. Consequentemente, a maioria dos reclusos dão entrada nestas entidades infectados com graves patologias, tomando conhecimento desta realidade apenas no interior desta instituição. Como tal, os detidos, optam por adoptar atitudes que podem ser prejudiciais não só para sua saúde pessoal, mas também para a de todos o que os rodeiam. Estes comportamentos contribuem, assim, para a rápida propagação de patologias no interior dos estabelecimentos prisionais, que são mesmo considerados locais propícios à transmissão de vírus e bactérias. É, então, pertinente garantir que estes indivíduos têm acesso a todos os tratamentos necessários, assegurando, desta forma, o seu bem-estar físico e psicológico. No entanto, estes cuidados parecem não ser suficientes, uma vez

que, apesar de mais saudáveis, os reclusos continuam com reduzidos conhecimentos na área da saúde, não compreendendo, por isso, a importância de adoptar comportamentos preventivos, evitando, desta forma, um novo contágio de patologias.

A promoção da literacia em saúde verifica-se, então, imprescindível no interior dos estabelecimentos prisionais, sendo essencial a implementação de programas que assegurem o aumento dos conhecimentos dos reclusos nesta área. Como tal, cada vez mais países optam por instituir programas de promoção de saúde, que têm por objetivo não só garantir o acesso a cuidados de saúde à comunidade reclusa, como também aumentar a sua literacia nesta área. Através da educação por pares, países como os EUA, Austrália, Canadá, Ucrânia, entre outros, promovem cada vez mais a implementação destes programas, revelando resultados muito positivos. Contudo, após uma meticolosa pesquisa, não foi possível encontrar qualquer programa deste género em Portugal. Na verdade, caracterizar a população reclusa portuguesa tornou-se uma tarefa verdadeiramente complexa, já que não existem dados recentes publicados neste âmbito, não tendo sido possível encontrar qualquer informação relacionada com o estado de saúde desta comunidade ou com as suas taxas de literacia nesta área.

No entanto, e de acordo com a informação recolhida, foi possível verificar que as taxas de literacia em saúde da população em geral se encontram reflectidas na comunidade prisional. De acordo com estudo realizado em 2014, 60,2% da população portuguesa possui uma taxa de literacia em saúde problemática ou desadequada (Saúde que Conta, 2014), ou seja, mais de metade da população deste país não compreende conceitos básicos em saúde. Esta realidade aparenta ser ainda mais preocupante em ambiente de reclusão, uma vez que, devido às características pessoais dos seus residentes, os seus conhecimentos nesta área poderão ser, consideravelmente, mais reduzidos, sendo provável que o seu estado de saúde se encontre mais precário. Contudo, esta é apenas uma suspeita, uma vez que não existem dados que comprovem esta realidade. No entanto, se esta se verificar verdadeira, será considerada um grave problema, uma vez que significará que mais de metade da população reclusa portuguesa possui níveis de literacia em saúde muito reduzidos, podendo tal significar que o seu bem-estar físico e psicológico poderá estar comprometido. Ora, de acordo

com a revisão bibliográfica realizada, estes resultados poderão ser verdadeiramente preocupantes, uma vez que tal poderá significar que a maioria dos reclusos não compreende a importância de adoptar comportamentos preventivos que evitem a propagação de patologias, uma realidade que aliada às elevadas taxas de reincidência deste país poderá prejudicar não só a saúde pessoal de cada recluso, mas também a saúde pública. Como tal, de forma a confirmar estas desconfianças e, promover um programa de promoção de saúde que combata esta realidade, torna-se necessária a realização de uma recolha de dados no interior de um EP português, que permita compreender esta problemática, nomeadamente os problemas de saúde mais graves entre a comunidade reclusa residente neste país e os programas de promoção aplicados neste contexto, permitindo, desta forma, aceder a todas as informações pretendidas e compreender uma realidade que se considera ser preocupante e de urgente intervenção. Assim, será possível propor a implementação de um programa educação de pares, que permitirá aumentar a literacia em saúde da comunidade reclusa, promovendo a mudança de comportamentos desta população, contribuindo para o bem-estar físico e psicológico desta comunidade.

“Promoção de Práticas Alimentares Saudáveis e Melhores Cuidados de Higiene em Meio Prisional:
Um Programa de Educação por Pares”

III. Estudo Empírico

1. Introdução

Esta dissertação tem como principal objectivo a proposta da implementação de um programa de promoção de saúde no interior de um EP português. Contudo, para que possa ser realizado é necessário, primeiramente, compreender a realidade penitenciária deste país, nomeadamente o estado de saúde da comunidade reclusa. Ora, uma vez que em Portugal não existem dados publicados neste âmbito, torna-se essencial realizar uma recolha de informação que permita conhecer esta realidade, sendo possível, desta forma, identificar os problemas mais comuns entre os reclusos.

Através da recolha de dados durante o desenvolvimento do programa “Saúde em Cadeia: Programa de Promoção da Literacia em Saúde entre Pares em Contexto Penitenciário” (em diante “Saúde em Cadeia”) foi possível aceder a informações que permitiram a concretização de uma avaliação de necessidades. O Projecto “Saúde em Cadeia”, financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian, foi implementado ao longo do ano de 2014 no EPSCB, procurando, entre outros objectivos, promover a literacia em saúde entre os reclusos através da responsabilização e envolvimento dos mesmos na tomada de decisões sobre a sua saúde, da promoção de competências básicas de comunicação em saúde e a promoção do empowerment, utilizando como estratégia de intervenção a educação por pares. No contexto deste projecto foi realizada uma avaliação de necessidades, através da perspectiva dos profissionais que se encontram no exercício de funções no EPSCB, o que possibilitou a compreensão dos problemas de saúde mais comuns entre a população reclusa desta entidade.

Este EP localiza-se no distrito do Porto e encontra-se habilitado a receber reclusos a cumprir qualquer tipo de pena: condenações prisões em dias livres, penas em regime comum, penas em regime aberto no interior e exterior, penas em regime de semi-detenção, e poderá mesmo receber indivíduos imputáveis que se encontrem a cumprir pena num estabelecimento reservado a inimputáveis, bem como reclusos inimputáveis que poderão estar em cumprimento de medidas de segurança na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental. A referida entidade, para além desta clínica, possui uma unidade Livre de Drogas, na qual os toxicod dependentes poderão realizar tratamento, e a Casa

de Acolhimento de Santo André, com reclusos a cumprir medidas nas quais a liberdade, durante um determinado período de tempo, se encontra implícita (Ministério da Justiça, 2010).

Em 2010, desempenhavam funções nestas entidades cerca de 181 profissionais, dos quais 4 eram médicos e 12 enfermeiros (Ministério da Justiça, 2010), uma realidade que se parece manter até esta data (entrevistas). Durante este ano, foram observados neste local 1859 reclusos, tendo-se realizado um total de 8296 consultas neste EP, das quais 3206 foram de psiquiatria e clínica geral, mostrando, assim, a forma como a reclusão afecta negativamente a saúde física, mas também a saúde mental da população prisional (Ministério da Justiça, 2010).

Infelizmente, não foi possível aceder aos dados de 2014 em relação a este estabelecimento, uma vez que estes não se encontram publicados. Todavia, foi possível ter acesso a alguns dados relativos à população prisional residente nesta entidade. Em Novembro deste ano, encontravam-se neste local 546 reclusos, sendo que destes apenas 488 permanecem, diariamente, no EP, já que 58 se encontram a cumprir prisão por dias livres. Destes 488, 147 estavam internados na clínica de psiquiatria, dos quais 114 eram considerados inimputáveis e se encontravam sujeitos a medidas de segurança. Em relação a patologias, identificou-se que dos reclusos presentes diariamente nesta entidade, 54 eram hipertensos e 28 diabéticos, enquanto 40 se encontravam a frequentar o programa de metadona e 13 a unidade livre de droga (Barbosa, 2014).

2. Objectivos

Esta dissertação tem como objectivo a realização de uma proposta de um projecto de promoção de saúde no interior de um EP português, tentando intervir junto dos problemas de saúde considerados mais graves entre esta comunidade. No entanto, a falta de dados relativos a esta realidade dificulta a realização deste programa, uma vez que se desconhecem as patologias que mais afectam esta população. Como tal, verificou-se necessária a realização de um estudo qualitativo que permitisse

compreender os problemas de saúde mais comuns entre a população reclusa portuguesa. Nesse sentido, torna-se imperioso realizar um levantamento de necessidades no interior de um EP, que permita obter informações consideradas fundamentais para melhor compreender esta realidade, nomeadamente:

- . Analisar a utilização dos serviços de saúde por parte da população prisional;
- . Compreender o funcionamento dos serviços de saúde do EPSCB;
- . Conhecer os programas de promoção de saúde desenvolvidos neste estabelecimento;
- . Compreender a percepção dos técnicos de saúde em relação à necessidade destes programas e a sua eficácia;
- . Conhecer as taxas de literacia em saúde da população reclusa portuguesa;
- . Identificar os problemas de saúde mais comuns entre a população reclusa percebidos pelos profissionais que se encontram no desempenho de funções nesta entidade.

3. Método

Uma das principais etapas de uma investigação é a escolha do método de pesquisa a utilizar. No presente trabalho, optamos pela realização de um estudo qualitativo, centrado na compreensão do fenómeno da saúde no contexto prisional, mais concretamente na percepção dos profissionais do EP em relação à saúde dos reclusos.

A subjectividade e ambiguidade são comuns no método qualitativo, sendo este considerado flexível e que, se necessário, pode modificar os seus objectivos ao longo do progresso da investigação. O método qualitativo visa a compreensão de determinados fenómenos, assim como a descrição de múltiplas realidades e, a

fundamentação de teorias. Como tal, é baseado na perspectiva que os participantes possuem do fenómeno em estudo, sendo por isso necessária a existência de um clima de confiança e empatia entre este e o investigador, devendo este último manter sempre a sua neutralidade. A análise e tratamento dos dados recolhidos é realizada durante o desenvolvimento da investigação, sendo esta executada através da interpretação que o investigador faz das respostas obtidas durante o estudo. Desta forma, irão obter-se resultados subjectivos e ambíguos, que permitem possuir uma melhor compreensão do fenómeno em estudo (Bogdan & Biklen, 2010).

3.1. Descrição do Procedimento de Recolha de Dados

Com o objectivo de ultrapassar os obstáculos relativos à recolha de informação no terreno, para a realização deste estudo, recorreu-se à avaliação de necessidades de saúde efectuada no contexto da implementação do Projecto “Saúde em Cadeia”.

Como já foi mencionado, o Projecto “Saúde em Cadeia” utilizou como fonte de informação a realização de entrevistas a informantes-chave, isto é, a profissionais que se encontram no exercício de funções no EP. Desta forma, foram realizadas entrevistas de tipo semi-diretivo, centradas em alguns eixos considerados fundamentais: sinalização dos problemas de saúde percebidos pelos profissionais como sendo mais comuns entre os reclusos; identificação dos recursos existentes relativamente às respostas de saúde; avaliação da efetividade desses recursos (quantidade e qualidade do uso pelos reclusos); identificação dos problemas a um uso mais efetivo; identificação das necessidades a descoberto relativamente aos serviços e respostas de saúde existentes no EP.

Foram contactados dez profissionais: 5 enfermeiras, 1 psiquiatra, 1 técnica de educação, 1 mediadora de um curso de formação profissional, 1 (a) psicóloga e 1 professor. Cada um destes técnicos possui uma experiência profissional que varia entre alguns meses e os 30 anos de serviço. As entrevistas foram realizadas durante os meses de Fevereiro e Março de 2014. Estas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais, tendo uma duração média de 30 minutos. No início de cada entrevista, foi assinado por todos os participantes um consentimento

informado (anexo II), onde foi garantida a confidencialidade de todos os dados revelados. Uma vez que não foi obtida autorização para a gravação áudio das entrevistas, durante o decorrer destas, uma das técnicas do projecto efectuou as questões, no entanto outra registou as respostas dos participantes, sendo estas transcritas informaticamente o mais brevemente possível após o término da entrevista. A pertinência dos dados levantados através deste projecto para a planificação de uma intervenção em saúde, a disponibilidade dos mesmos, assim como as questões éticas e práticas derivadas de um eventual novo levantamento de informação relativo a esta área, levou-nos a questionar a possibilidade de realizar, a partir destes dados, uma avaliação de necessidades paralela à realizada pela equipa participante no Projecto “Saúde em Cadeia”. Assim, foi requerido às coordenadoras deste projecto autorização para utilizar as informações recolhidas através das entrevistas efectuadas pela equipa. Após autorização, utilizamos como amostra as transcrições destas dez entrevistas realizadas aos informantes-chave.

3.2. Procedimento de Tratamento e Análise de dados

O tratamento dos dados foi desenvolvido através de três momentos fundamentais: a transcrição, a análise e a interpretação (Vale, 2004), muito embora a primeira fase não tenha sido realizada pela autora deste trabalho.

Posteriormente, e paralelamente à análise realizada pela equipa do projecto “Saúde em Cadeia”, a informação foi organizada, salientando-se os aspectos mais importantes e identificando os factores mais relevantes. Após esta tarefa, como assinalam Bogdan & Biklen (2010), foi necessário realizar uma interpretação de toda a informação com o fim de permitir a compreensão do fenómeno em estudo. Esta etapa foi iniciada imediatamente após o acesso às transcrições das entrevistas, que ocorreu em Setembro de 2014. As respostas obtidas foram analisadas individualmente, comparando, posteriormente as opiniões oferecidas pelos profissionais inquiridos, e permitindo assim obter conclusões.

4. Resultados

As respostas obtidas não só são bastantes divergentes das relatadas na revisão bibliográfica da literatura realizada, como se revelaram de tal forma distintas entre si que se tornou uma difícil tarefa obter um consenso entre todos os participantes.

Segundo os participantes, o trabalho em contexto prisional “*é um trabalho pesado*” (Participante 9) e cansativo, com uma “*enorme quantidade de tarefas*” (Participante 9) diárias, o que denota um grande esforço físico e psicológico por parte dos profissionais. Quando questionados sobre os serviços de saúde mais utilizados entre a população reclusa, os profissionais de saúde destacam os seguintes:

- “(…) *clínica geral, dentista, psiquiatria e infecciologia* (…)” (Participante 10);
- “(…) *enfermagem* (…)” (Participante 9);
- “(…) *injectáveis, continuidade de tratamentos prescritos pelos médicos* (…)
pensos, toma de medicação assistida, podologia, apoio psicossocial (…)”;
- “(…) *higiene oral* (…)” (Participante 1);
- “(…) *consulta de hipertensão* (…)
consulta de obesidade (…)” (Participante 2);
- “(…) *correção de hábitos alimentares* (…)” (Participante 3).

Assim, segundo os profissionais de saúde, os reclusos utilizam os serviços que lhes são oferecidos, considerando que estes costumam realizar todos os tratamentos necessários, o que não vai ao encontro dos resultados encontrados na revisão da literatura realizada (Paashe-Orlow e Wolf, 2007). No que diz respeito aos problemas de saúde, os profissionais manifestam uma grande divergência de opiniões em relação às doenças mais comuns entre esta população, mencionando as seguintes:

- “(…) *sida* (…), *doenças cardíacas ou hipertensão, doentes com condições inerentes à condição de vida*, (…)
ansiedade (…)” (Participante 1);
- “(…) *doenças infecciosas* (…)” (Participante 5);
- “(…) *tuberculose* (…)
diabetes” (Participante 2);
- “(…) *toxicod dependência, neuroses, problemas fobicos* (…)” (Participante 6);

“Promoção de Práticas Alimentares Saudáveis e Melhores Cuidados de Higiene em Meio Prisional:
Um Programa de Educação por Pares”

“(…) gripes (…) infecções respiratórias (…) excesso de medicação
(Participante 7);

“(…) doenças gástricas (…) micoses (…) saúde mental (…)” (Participante 9);

“(…) depressão (…) hábitos alimentares completamente errados (…)”
(Participante 10);

“(…) falta de cuidados de higiene (…)” (Participante 4).

A divergência das respostas dos profissionais sobre as doenças mais comuns entre os reclusos mostrou a falta de consenso entre os profissionais inquiridos, sobretudo em relação às doenças infecto-contagiosas e saúde mental, chegando a verbalizar opiniões opostas, como é possível verificar através das entrevistas realizadas:

“(…) a tuberculose é um outro problema que os (reclusos) afecta muito”
(Participante 5);

“(…) com tuberculose nem temos muitos (…)” (Participante 1);

“(…) procuram mais os serviços de clínica geral e psiquiatria (…)”
(Participante 9);

“(…) são também sensíveis às questões emocionais (…)” (Participante 6);

“(…) os problemas de saúde mental não são assim tão visíveis, são mais os físicos” (Participante 9).

Apesar destas contradições, os profissionais mencionam que, em relação à saúde mental, os reclusos costumam evitar frequentar os serviços de psiquiatria, uma vez que:

“Quando há casos urgentes e o médico de Clínica Geral não está tentamos encaminhar para os psiquiatras, que são também médicos, mas eles (reclusos) nunca querem ir, ainda há o misticismo do médico de saúde mental (…)”
(Participante 3).

Um destes profissionais referiu que os reclusos optam por procurar os serviços relacionados com a saúde mental apenas em relação a questões legais, considerando que raramente recorrem a estes serviços.

“(...) procuram-me mais questões jurídicas ou, porque não vão de precária, não tanto por questões pessoais (...) recorrem à psicologia muito pontualmente, por questões paralelas, questões jurídicas e acham, que se estão a “passar” por causa disso” (Participante 9).

No entanto, de acordo com os profissionais que desempenham funções nos serviços de psiquiatria, são cada vez mais os reclusos que procuram estes cuidados. Entre os motivos de consulta, estes profissionais mencionam problemas como:

“Por causa das dificuldades em dormir, devido às insónias, que muitas vezes nem se apercebem que se devem à depressão” (Participante 6);

“Enorme prevalência de problemas de ansiedade e depressões” (Participante 9).

Parece assim, verificar-se a existência de problemas clínicos comuns na população geral. Contudo, não é possível, através da análise efectuada, determinar se estes problemas apareceram com antecedência à entrada em prisão ou durante o cumprimento da pena privativa de liberdade. Porém, os profissionais percebem que estes problemas são o resultado do fenómeno de reclusão, fundamentando-os nas mudanças que estas representam nas vidas dos indivíduos que se encontram a cumprir esta medida. Desta forma, parecem empatizar com a população prisional mencionando alguns factores que podem contribuir para estados ansiosos e depressivos.

“saúde mental (o problema de saúde mais comum)...devido ao afastamento da família...por um lado sentem-se responsáveis por deixar de apoiar a família economicamente e emocionalmente (...) por outro lado, alguns não querem que os filhos os venham visitar (...)” (Participante 8);

“ (...) (os reclusos) têm que viver em comunidade, vivem com um colega de cela que muitas vezes nem gostam...o medo e a ansiedade são muito elevadas” (Participante 4).

Este é um fenómeno que também se verifica quando é necessário comunicar más notícias, como a morte de um familiar ou, a comunicação de que são seropositivos.

“Muitos descobrem na cadeia, porque fazem análises, aí é tenebroso porque caem na negação (...) ser seropositivo é muito estigmatizante (...) depois culpam as prisões, dizem que foi aqui que apanharam, o que não é verdade, aqui é que recebem a notícia” (Participante 6).

Segundo os profissionais, os reclusos apresentam uma grande dificuldade em lidar com esta realidade. Muito embora os dados levantados não nos permitem realizar inferências sobre isto, a revisão da literatura indica que as más notícias são sentidas de forma mais intensa durante o cumprimento da medida, devido, em parte, ao isolamento social no qual este se encontra, assim como aos sentimentos associados à situação de reclusão (Blaauw & Van Marle, 2007). Nesta altura, de acordo com os técnicos de saúde mental, é crucial que os reclusos sejam acompanhados pelos serviços de psiquiatria, garantindo desta forma que conseguem lidar com estas notícias de forma adequada e, as suas consequências, embora nem todos os participantes partilhem desta opinião.

Por outro lado, os participantes identificam de forma consistente alguns problemas de saúde comuns, nomeadamente em relação aos temas das práticas alimentares desta população e dos seus cuidados de higiene. Os hábitos alimentares dos reclusos, parecem ser um problema no interior do EP, uma vez que para além de *“não mastigam adequadamente os alimentos”* (Participante 8) e quase engolirem *“sem mastigar”* (Participante 8), estes realizam uma *“má alimentação”* (Participante 1), sendo esta *“à base de pão”* (Participante 7), *“coca-cola e cerelac”* (Participante 8). Este parece ser um hábito adquirido no período anterior à reclusão, uma vez que estes indivíduos *“pedem dinheiro à família para comprar produtos industrializados que*

comiam lá fora” (Participante 8), produtos estes que se mostram bastante prejudiciais à sua saúde. Muito deste dinheiro é gasto na compra de *“muitos doces”* (Participante 1), sendo estes comprados no bar, onde *“a comida (...) não é saudável”* (Participante 1). Este é o resultado das *“muitas queixas”* dos reclusos (Participante 3) por causa da alimentação da cantina, que *“é insuficiente e de má qualidade”* (Participante 3), uma vez que *“já não é a primeira vez que acontecem situações de intoxicação alimentar”* (Participante 7), o que obriga os reclusos a realizar a sua alimentação noutra local. No entanto, esta má qualidade dos alimentos servidos na cantina parece não ser uma opinião partilhada por todos os profissionais, já que alguns afirmam que os reclusos se queixam

“Da alimentação, mas não é a alimentação. Se calhar lá fora têm uma alimentação pior, aqui até deve ser melhor em termos de horários e até suplementos à noite, como por exemplo compota, manteiga, comem cerelac (...)” (Participante 8).

Para os profissionais, isto poderá dever-se à falta de conhecimento das consequências das suas escolhas alimentares. Como tal, esta parece revelar-se uma população com *“excesso de peso”* (Participante 1), apesar da *“maior parte dos reclusos frequentar o ginásio”* regularmente (Participante 2), e até se mostrar preocupado com a sua aparência física. No entanto, as suas motivações para a regular utilização de ginásios dizem respeito ao aumento da auto-estima e, *“(...) à necessidade de se afirmarem junto das vítimas que os acusaram e perante os colegas”* e, por isso *“fazem (...) mais musculação”* (Participante 2), e não exercícios que permitam a perda de peso e, uma vez que passam grande parte dos seus dias enclausurados numa cela, o seu índice de massa corporal (IMC) é demasiado elevado.

Em relação aos cuidados de higiene, este parece também ser um tema convergente entre os participantes, sendo que todos concordam que esta é uma população com *“uma noção muito alterada de higiene”* (Participante 3), entendendo-se por isto uma grande *“falta de hábitos higiene”* pessoal e do meio (Participante 2). Cuidados básicos *“como cortar as unhas e tomar banho”* (Participante 2) são identificados como pouco frequentes. Também a partilha de objectos é comum entre esta

comunidade que parece não ter “*noção de como se transmite a hepatite*” (Participante 7) e outras patologias, nem da necessidade de “*prevenção de infecções*” (Participante 7) e, por isso partilham tudo com os seus companheiros, prejudicando desta forma, gravemente a sua saúde.

É igualmente frequente a “*partilha de roupas*” (Participante 7), dormirem “*com a mesma roupa que andaram durante o dia*” (Participante 9), ou não “*mudarem de calçado*” (Participante 3) nem o “*colocarem ao sol*” (Participante 3), provocando micoses. Também parece ser comum fumarem “*todos num espaço fechado*” (Participante 10), sendo até “*(...) capazes de partilhar até mesmo uma beata*” (Participante 8), ou utilizarem “*copos sujos (...) para tomar a medicação*” (Participante 2). Segundo os profissionais, os reclusos necessitam de “*ser constantemente lembrados*” da realização destas acções (Participante 9), caso contrário “*têm tendência para se desleixarem*” (Participante 9). Os participantes justificam este tipo de comportamentos pelo facto de “*serem eles que têm que comprar*” todos os materiais necessários para a realização da sua higiene pessoal dentro do estabelecimento penitenciário (Participante 2). Muito embora, após o ingresso na prisão, os reclusos são dotados de um kit de higiene, posteriormente a compra dos produtos é da responsabilidade dos reclusos. Contudo, estes muitas vezes possuem elevados custos que esta comunidade não consegue suportar. No entanto, os participantes justificam a imposição desta norma por parte da Direcção baseando-se na percepção do facto dos reclusos “*venderem tudo*” (Participante 2).

Uma opinião partilhada pela maioria dos profissionais deste local é que os hábitos anteriormente mencionados são o resultado da “*falta de informação e formação*” da população reclusa (Participante 1). Segundo os profissionais, a população prisional em geral possui “*poucos conhecimentos*” na área da saúde (Participante 3), não possuindo “*qualquer noção*” da necessidade “*de promoção e prevenção*” (Participante 2). Para os participantes, o “*nível de escolaridade muito baixo*” (Participante 1) pode vir a contribuir para que os reclusos não se preocupem com algum cuidados relacionados com o seu bem-estar físico e psicológico.

“Com certos sintomas, negligenciam a toma da medicação, negligenciam a sua saúde física, são indivíduos frágeis e vulneráveis” (Participante 6).

As baixas habilitações académicas e a falta de preocupação pelos cuidados de saúde podem estar por trás das dificuldades que os reclusos apresentam para compreender a importância de utilizar regularmente os cuidados de saúde, apesar de terem ao seu dispor uma grande variedade de serviços clínicos. A literacia em saúde poderá ser a principal responsável por esta realidade, uma vez que de acordo com os profissionais inquiridos *“Estamos a falar de pessoas que vêm, na sua maioria de família desajustadas, que não tinham por hábito a procura dos serviços de saúde”* (Participante 4). A literatura científica mostra que as populações excluídas socialmente, ou que apresentam baixos níveis de escolaridade frequentemente apresentam um nível de conhecimentos mais reduzido nesta área (Centers for Disease Control, 2009). A população reclusa caracteriza-se muitas vezes por uma situação de risco social prévia à privação da liberdade, o que dificulta a manutenção de um bom estado de saúde (Ramlungun, Lindsay & Pfeif, 2001).

No entanto, é possível verificar que alguns profissionais referem que algumas das normas do EP nem sempre facilitam que a população reclusa apresente e desenvolva hábitos saudáveis.

“Eles até têm alguns cuidados, mas em algumas situações não conseguem ter, por exemplo quando está a chover, eles vêm (para a escola) com os guardas mas não podem correr, portanto chegam todos molhados até a aula terminar. Quando a aula termina eles até têm o cuidado de trocar de roupa, mas depois partilham o mesmo café, um café é capaz de chegar para 4 ou 5 reclusos, não têm cuidado com a transmissão de doenças” (Participante 7).

Os participantes referem que os reclusos costumam pedir ajuda principalmente quando se produzem *“situações agudas”* (Participante 1) ou *“quando se magoam”* (Participante 2), não compreendendo por isso a necessidade de os utilizar regularmente.

“Basicamente os serviços de saúde existem para resolver problemas do imediato” (Participante 9)

“(...) quando estão doentes procuram os serviços de saúde” (Participante 10);

“(...) só têm cuidados com a saúde quando têm dor” (Participante 2);

“Alguns reclusos só usam os serviços (...) em situações agudas, outros usam-no de forma sistemática” (Participante 1);

“(...) são sempre os mesmos que os procuram (...), os outros só quando se magoam por algum motivo ou a jogar futebol é que procuram” (Participante 2).

Contudo, os participantes referem que os reclusos parecem sentir-se insatisfeitos com os serviços de saúde, apesar de que, do ponto de vista dos profissionais, estes funcionam adequadamente. Esta opinião vai ao encontro da literatura, que afirma que grande parte da população prisional se encontra insatisfeita com os serviços de saúde que se lhes oferecem (Nesset, Rustad, Kjelsberg, Almvik & Bjorngaard, 2011).

“Dos serviços de saúde neste estabelecimento prisional funcionarem melhor do que com a população fora da cadeia (...) eles (reclusos) estão sempre a reclamar” (Participante 10);

Quando questionados pelos motivos pelos quais os reclusos não frequentam os serviços de saúde, os participantes referem diversos aspectos como a falta sensibilidade e interesse destes pelo seu estado de saúde, o medo da *“quebra de confidencialidade”* (Participante 6) ou falta de privacidade e confiança nos prestadores de cuidados. Contudo, nem todos os reclusos apresentam os mesmos comportamentos em relação à sua saúde. Assim, alguns grupos, como os toxicod dependentes ou os idosos, parecem preocupar-se mais com o seu estado de saúde, utilizando regularmente os serviços, embora o façam por diferentes razões.

“Os toxicod dependentes procuram muito estes serviços de saúde por causa da droga” (Participante 2);

“os reclusos de mais idade, que são mais cuidadosos” (Participante 10)

“A população mais idosa procura por causa da hipertensão” (Participante 2)

Apesar desta referência dos profissionais à escassa procura dos serviços de saúde, os mesmos verbalizam que uma parte da população prisional aproveita a reclusão para utilizar os cuidados aos quais têm mais dificuldade em aceder no exterior pelos elevados custos dos mesmos que que a maioria dos reclusos não conseguem suportar.

“(...) o uso da droga faz com que muitos percam os dentes e, aqui aproveitam para fazer tratamentos” (Participante 8),

Também *“o uso excessivo de medicação”* (Participante 5) contribui para a procura dos serviços de saúde por parte dos reclusos residentes no EPSCB. Esta é uma população que *“está muito focada nas sensações físicas”* (Participante 5), possuindo *“(...) possuindo uma enorme dificuldade em conseguir tolerar a dor”* (Participante 4), acabando por pedir *“medicação para tudo, qualquer dor”* (Participante 5), uma intolerância agravada pelo fenómeno da reclusão e, impaciência em *“esperar pelo efeito do antibiótico”* (Participante 4). Desta forma, exigem constantemente a prescrição de medicação por parte dos cuidados de saúde, não compreendo que primeiramente é necessário verificar qual a origem do seu mal-estar, já que *“uma simples dor de cabeça é motivo para pedirem mais medicação”* (Participante 4), não sendo pacientes o suficiente para *“(...) perceber os motivos daquela dor, se é devida ao barulho no pavilhão ou por outro motivo”* (Participante 3).

As baixas taxas de literacia em saúde parecem ser as responsáveis por esta realidade, uma vez que a população reclusa não tem *“noção dos riscos que correm”* (Participante 2) ao *“usar e abusar da medicação”* (Participante 1). No entanto, esta atitude só ocorre enquanto a dor persiste, sendo que *“quando para de doer deixam de tomar a medicação”* (Participante 2). No entanto, de acordo com os profissionais participantes nesta investigação, em muitos casos este excesso de pedidos é *“para traficar”* (Participante 5), utilizando a medicação *“como moeda de troca”* (Participante 8). De forma a evitar esta situação os reclusos devem dirigir-se à enfermaria para tomar a medicação ou, por vezes são os profissionais desta área que se dirigem ao pavilhão e, em casos especiais, até a cada cela individualmente. No entanto, assim que estes consideram que já não necessitam de tomar medicação, começam a falhar o seu tratamento,

“Sobretudo ao pequeno-almoço, ou porque adormecem ou, porque se esquecem” (Participante 5).

À excepção dos motivos referidos anteriormente, a utilização dos serviços de saúde por parte dos reclusos residentes neste EP não é uma actividade frequente, um fenómeno que poderá ser explicado, em parte, pelo complexo processo de marcação de consultas no interior desta entidade. Ao contrário do que acontece nos serviços de saúde públicos, em que o utente marca uma consulta directamente nos serviços de saúde, o mesmo não ocorre no interior do EP. Neste local, após o preenchimento de um complexo requerimento por parte dos reclusos, onde lhes é pedido que *“Especifiquem o seu problema, porque assim é mais fácil para o médico perceber a urgência daquele problema”* (Participante 3). Este é entregue aos guardas-prisionais, que por sua vez o deverão entregar nos cuidados de saúde. Os reclusos, *“(…) não ficam com o duplicado do pedido que fazem e, por vezes ficam com dúvidas se o médico percebeu ou se foi entregue o pedido”* (Participante 8). Também o facto destes indivíduos não dominarem a *“a leitura e a escrita”* (Participante 8), contribui para que os reclusos não requeiram consultas.

“(…) como têm que fazer os pedidos de consultas por escrito, às vezes, por devido a estas dificuldades preferem não fazer o pedido” (Participante 8).

De acordo com os profissionais, este processo contribui para o aumento do estado de ansiedade da comunidade prisional, uma vez que, para além de possuir grandes dificuldades no preenchimento deste requerimento, o pedido não é respondido de forma imediata.

“Tem muita dificuldade em lidar com o tempo de espera pela consulta, estando sempre a perguntar e, ficando (a população prisional) muito agitada e preocupada se realmente o médico recebeu o pedido” (Participante 3);

“(…) sendo difícil fazer-lhes entender que têm que esperar pelas consultas, que não é logo de imediato” (Participante 5).

Quando finalmente o recluso é chamado aos serviços de saúde este passa ainda por uma triagem, uma vez que desta forma é possível perceber *“melhor do que se trata e faz-se um melhor encaminhamento do caso para a especialidade”* (Participante 3). De forma similar ao que acontece nos serviços de saúde públicos externos, os casos mais graves são os primeiros a ser atendidos. De acordo com os profissionais inquiridos, isto produz que muitos indivíduos falsifiquem sintomas para ser atendidos rapidamente. Referem igualmente que alguns chegam mesmo a não comparecer na consulta quando esta é finalmente marcada, interpretando este comportamento como uma atitude de revolta.

“(...) chegam mesmo a atentar contra a própria saúde de retaliação contra o técnico, ou seja, quando têm oportunidade de consulta não vão porque acham que este atraso se deve ao facto de enfermeira não ter considerado aquele caso urgente” (Participante 3).

Os profissionais inquiridos justificam esta realidade com o facto de existir um clima de constante desconfiança entre reclusos e técnicos de saúde, já que a comunidade penitenciária *“toda a vida se safou sozinha e tem dificuldade em confiar”* nestes profissionais (Participante 9). Também o facto de dever existir uma *“(...) distância entre técnico e recluso (...) faz com que não considerem a informação transmitida importante”* (Participante 9). Alguns participantes consideram que este clima de desconfiança se deve à rotatividade dos técnicos pelos diferentes serviços, de forma que, quando estes profissionais conseguem estabelecer uma relação de confiança com os reclusos, são obrigados mudar de serviço, sendo necessário iniciar todo este processo novamente.

“Por exemplo, eles tiveram quatro anos com X (nome de um profissional), que era alguém com a qual estabeleceram uma relação. Depois veio Y (nome de outro profissional), durante três meses, depois vim eu, é difícil para eles confiarem com esta rotatividade de técnicos, é necessário trabalhar bastante a relação” (Participante 9)

Esta realidade, de acordo com os profissionais inquiridos, prejudica gravemente a saúde da população prisional, que opta por adoptar os conselhos oferecidos pelos seus companheiros, que muitas vezes possuem poucos conhecimentos na área da saúde, prejudicando assim o seu bem-estar físico e psicológico.

“Muitas vezes deixam de tomar a medicação porque, por vezes, o companheiro diz para deixar de tomar” (Participante 1);

“ (...) se o companheiro disser que possivelmente a dor de cabeça que tem é um AVC o recluso, que acaba por ser influenciado, vai procurar rapidamente os serviços de saúde, pelo receio de que seja” (Participante 4).

Esta realidade vai de encontro à revisão bibliográfica realizada, demonstrando como a educação por pares poderá ser bem-sucedida em contexto prisional. As afirmações anteriores, permitem compreender que os reclusos consideram importante a opinião dos seus companheiros, confiando mais nestes do que nos técnicos de saúde. A educação de pares promove a partilha de informação entre membros da mesma comunidade. Desta forma, espera-se obter um maior sucesso na mudança de atitudes e comportamento dos reclusos, uma vez que o indivíduo responsável pela transmissão de informação é considerado de confiança para esta população, partilhando com os reclusos só o dia-a-dia, mas também as mesmas preocupações e frustrações (Medley, Kennedy, O’Reilly & Sweat, 2009).

Os profissionais inquiridos referem também sentir dificuldade quando é necessário *“(...) trocar uma medicação por um genérico (...)”* (Participante 10), uma vez que os reclusos se recusam *“(...) a tomar porque dizem que não é o mesmo medicamento”* (Participante 10). Por outro lado, para os participantes este é o resultado, não só de uma fraca comunicação entre reclusos e técnicos, mas também do facto da maioria destes profissionais ser do sexo masculino.

“ (...) serem mulheres e homens, já que para alguns é um dificuldade serem mulheres a falarem de questões de saúde, porque não se identificam e não atribuem credibilidade” (Participante 9);

“(os reclusos) aguardam que um enfermeiro do sexo masculino entre ao serviço” (Participante 4) .

Este crescente ambiente de desconfiança aumenta devido ao facto de, durante as consultas os reclusos estarem *“sempre acompanhados por um guarda”* (Participante 1), já que se considera ser a única forma de garantir a segurança do profissional de saúde. De acordo com os participantes, esta é um situação constrangedora e revoltante para os reclusos, que perdem toda a sua privacidade e, muitas vezes se sentem intimidados pela presença deste funcionário, acabando por não revelar os seus reais problemas. E, apesar de alguns técnicos de saúde afirmarem que solicitam *“ao guarda para sair”* (Participante 2), a maioria afirma não se sentir seguro sem a presença deste profissional, retirando desta forma toda a privacidade ao recluso, que muitas vezes acaba por não relatar os seus reais problemas, uma vez que têm receio que o guarda conheça o estado de saúde.

“(...) sabem que os guardas podem ouvir, não falam porque receiam que possam ser sancionados” (Participante 1);

“(...) falariam mais e pediriam mais ajuda se o guarda não estivesse presente (...) não falam sobre problemas íntimos, por vezes quando têm algum problema mais íntimo aguardam (...) pelo final da hora de serviço de algum guarda que não gostem tanto” (Participante 4).

A promoção de saúde é, de acordo com os relatos dos profissionais, indispensável no interior do EP em questão, tendo já existido diversas tentativas de intervenção nesta entidade por parte dos profissionais que se encontram no desempenho de funções neste local.

“(...) consulta de hipertensão (...)” (Participante 1);

“(...) consulta de obesidade (...)” (Participante 3);

“(...) formações na Unidade Livre de Drogas (...)” (Participante 1);

“(...) formação sobre o tema da tuberculose (...)” (Participante 4),

“(...) consulta de diabetes (...)” (Participante 2);

- “(…) *consulta de tabagismo (…)*” (Participante 2);
- “(…) *consulta de nutrição (…)*” (Participante e);
- “(…) *programa de educação para a saúde (…)*” (Participante 2);
- “(…) *jornadas da saúde (…)*” (Participante 4);
- “(…) *dias comemorativos, como por exemplo O Dia Mundial da Obesidade (…)*” (Participante 5).

No entanto, de acordo com as entrevistas realizadas, os programas apesar da conseguirem obter “*alguns resultados*” (Participante 4), estes não foram os esperados, uma vez que “*não houve grande adesão*” (Participante 4). E, mesmo tendo existido divulgação e haver inúmeros pedidos para os reclusos se inscreverem, estes “*não aparecem*” (Participante 5). Os profissionais inquiridos consideram que este poderá ser o resultado de intervenções com um fraco planeamento e muito burocráticas, que não seleccionam “*um grupo*” de reclusos e optam “*pela solução vinha quem quer*”, acabando “*por não ter participantes*” (Participante 4). Como tal, os participantes referem a importância de garantir que é escolhido um “*grupo ou, então se é para quem quer*”, não se tem tanta adesão” (Participante 4). Aliás, de acordo com alguns profissionais se o grupo for “*escolhido previamente e, com um determinado propósito*” (Participante 9), os reclusos até aderem aos programas planeados, embora sejam “*uma minoria os mais motivados*” (Participante 4). No entanto, parece que “*os que vão para a escola são aos mais preocupados e mais activos, envolvem-se mais*” (Participante 3). Este resultado é consistente com a literatura científica consultada, sendo que muitas vezes as intervenções aplicadas utilizam como grupo-alvo, os reclusos que frequentam a escola, ou até são utilizados como educadores por pares (cf., Vincles Salut, 2011).

A maioria dos profissionais considera que esta promoção deve ser realizada por técnicos exterior ao EP, uma vez que entendem que, pelas experiências anteriores, as intervenções realizadas por profissionais externos funcionaram melhor.

“(...) tudo o que é promovido por equipas externas tem uma visibilidade maior, porque vêm livres de preconceitos, trazem novos conhecimentos”
(Participante 9).

Contudo, um profissional considera que para esta promoção funcionar é necessário garantir que todos os profissionais se empenham na sinalização de problemas entre os reclusos, acompanhando-os e aconselhando-os, não devendo esta tarefa ser apenas da responsabilidade dos técnicos de saúde. Pois, apesar da enfermagem ter um *“contacto mais próximo”* com esta população, este é muito *“superficial”*, uma vez que apesar de os reclusos consultarem este serviço *“para tomar a medicação”* (Participante 9), não existe um contacto diário entre estes profissionais e a comunidade penitenciária. O mesmo profissional considera que nesta promoção e, também nos cuidados de saúde, deveriam ser ajudados pelos guardas-prisionais, uma vez que estes passam uma grande parte do seu dia com os reclusos, entendendo também que por ser do sexo masculino, a comunicação é mais fácil.

“ (...) se (os guardas prisionais) tivessem formação específica para as questões de saúde, era mais fácil, primeiro porque são do sexo masculino e, depois porque eles (reclusos) já conhecem os limites da relação com os guardas” (Participante 9).

Contudo, a aplicação desta sugestão não parece tão simples, uma vez que alguns dos guardas prisionais são do sexo feminino. Para além disto, a maioria dos participantes afirma que não concorda com esta posição, uma vez que considera *“que os guardas não têm conhecimentos para lidar com esta população”* (Participante 2) e, que *“só dão interesse à segurança”* (Participante 4), sendo esta a sua principal prioridade, não existindo qualquer preocupação com o bem-estar físico e psicológico dos reclusos e, por isso não se encontram aptos a promover saúde junto da população prisional.

Em resposta à questão sobre os quais os temas mais importantes a tratar no interior do EP, estas foram variadas, sendo no entanto, a higiene pessoal e a alimentação os mais identificados como os mais urgentes de intervir.

“(…) *higiene Pessoal e a do Meio (…)*” (Participante 5);

“(…) *doenças infecto-contagiosas (…)* adesão à terapia (…)” (Participante 10);

“(…) *gestão emocional (…)* higiene oral (…)

 medicação (…)” (Participante 1);

“(…) *regime alimentar (…)* tabagismo (…)” (Participante 6);

A partir destes resultados, consideramos que uma intervenção centrada na modificação de hábitos alimentares e de higiene dos reclusos surgem como as necessidades mais urgentes da população prisional. Uma vez que a literatura salienta o sucesso da educação por pares, decidimos aplicar esta estratégia para promover a literacia em saúde entre os reclusos residentes no EPSCB, garantindo desta forma, o seu bem-estar físico e psicológico.

5. Conclusão

A análise de dados realizada no capítulo anterior permitiu obter informações sobre a realidade da prestação de cuidados em meio penitenciário português, além de possibilitar a identificação dos problemas mais comuns entre os residentes do EPSCB revelando resultados verdadeiramente surpreendentes.

Ao contrário dos dados obtidos por Wilper et al. (2009), os informantes-chave não consideram um problema as DST e infecto-contagiosas, sustentando a sua afirmação no facto de que apenas uma minoria dos seus residentes parece encontrar-se contagiado com estas patologias. Esta situação apresenta-se semelhante à da saúde mental, que de acordo com alguns estudos, demonstra ser uma questão preocupante entre a população reclusa (Blaauw & Van Marle, 2007). Neste EP, a saúde física parece ser a principal preocupação dos profissionais que se encontram no desempenho de funções nesta entidade, sendo a saúde mental considerada secundária. Esta divergência de respostas entre a revisão bibliográfica e os dados recolhidos, pode ser justificada pelo facto da primeira ter sido realizada através de dados internacionais,

sendo o sistema judicial e o ambiente vivido no interior dos estabelecimentos penitenciários destes países completamente distinto do português.

Contudo, esta divergência de respostas não se aplica apenas a estes dois pontos, sendo que durante a análise da avaliação de necessidades realizada, foi possível verificar a existência de uma grande heterogeneidade de opiniões entre os participantes, mesmo entre profissionais da mesma área se revelaram pontos de vista totalmente distintos. No entanto, o facto destes técnicos não beneficiarem de qualquer formação que os auxilie a trabalhar com a população reclusa pode explicar esta realidade. Os profissionais não são preparados durante a sua formação base para desempenhar funções junto de uma população que, para além de possuir uma grande carência de cuidados de saúde, se encontra diariamente enclausurada num local, onde a frustração e o desespero são comuns, modificando os comportamentos dos seus residentes, que se tornam mais impacientes em relação aos seus problemas. Contudo, apesar da diversidade de respostas obtidas, a maioria dos profissionais participantes parece identificar a falta de utilização dos serviços de saúde, o excesso de medicação, os cuidados de higiene desadequados e, a adopção de hábitos alimentares incorrectos como os problemas mais comuns entre a comunidade reclusa, embora não exista um consenso em relação a este tema, sendo que este é apenas possível de encontrar em relação aos dois últimos problemas referidos. O facto dos reclusos apresentarem maus hábitos alimentares, pode dever-se à falta de conhecimentos das consequências da mesma, uma vez que muitos não compreendem a razão de não poder ingerir apenas os alimentos do seu agrado. Já a falta de higiene poderá dever-se ao enclausuramento, uma vez que estes indivíduos passam grande parte do seu dia fechados nas suas celas e, por isso não sentem necessidade de tomar banho diariamente ou, de trocar de roupa com tanta frequência, pois possivelmente não se sentirão sujos. Em relação à partilha de objectos, esta deve-se muitas vezes ao facto da maioria dos reclusos não compreender as consequências desta atitude, já que é uma prática comum no seu dia-a-dia no interior e exterior do EP (WHO, 2007).

As reduzidas taxas de literacia em saúde da população prisional parecem, assim, as principais responsáveis por estes problemas, uma vez que contribuem para que os reclusos não compreendam as graves consequências dos seus comportamentos,

continuando a adoptar atitudes que prejudicam gravemente o seu bem-estar físico e psicológico (Berlaman, DeWalt, Lohr, Pignone & Sheridan, 2004; Parker, 2000). A promoção de literacia em saúde no interior do estabelecimento penitenciário verifica-se, assim, imprescindível, uma vez que contribui para o aumento dos conhecimentos dos reclusos nesta área, ao mesmo tempo que promove a adopção de comportamentos preventivos e o abandono de atitudes de risco. A implementação de programas de promoção de saúde é assim essencial nesta entidade, uma realidade com a qual os profissionais deste local parecem concordar. Estes técnicos realizaram tentativas de implementação destes projectos, no entanto sem o sucesso esperado, já que a maioria dos reclusos parece não se encontrar interessado em participar. Este poderá ser o resultado de intervenções mal planeadas, que optam por não escolher um grupo restrito de participantes, mas sim adoptar a técnica de apenas se inscreverem os interessados, o que tem trazido resultados negativos. Este factor, aliado ao crescente ambiente de desconfiança existente entre técnicos e reclusos, pode estar a contribuir para o insucesso destes programas, uma vez que muitos são implementados por profissionais que se encontram em funções do estabelecimento penitenciário.

Para que se possa garantir o bem-estar físico e psicológico da população reclusa, é essencial que os programas de promoção de saúde sejam bem-sucedidos, devendo por isso ser seguidas determinadas normas e evitar procedimentos, técnicas e estratégias que não mostrem resultados positivos. Como tal, parece importante que estes programas sejam implementados por técnicos exteriores ao estabelecimento penitenciário, que para além de se encontrarem livres de preconceitos, devido ao facto de não fazerem parte desta entidade tornam-se mais confiáveis para os reclusos, que consideram que estes não os irão penalizar pelas suas atitudes. No entanto, de forma a que esta promoção seja bem sucedida é também necessário modificar outras realidades, como o facto de ser necessário escolher um grupo restrito de reclusos, e melhorar comunicação entre o profissional e os participantes. Alguns técnicos limitam-se a utilizar como técnica a transmissão unidireccional dos conhecimentos aos reclusos. Tal como foi referido durante a revisão da literatura realizada (Medley, Kennedy, O'Reilly & Sweat, 2009), estes projectos têm demonstrado resultados pouco positivos e, cada vez mais países optam por os abandonar, preferindo adoptar a

“Promoção de Práticas Alimentares Saudáveis e Melhores Cuidados de Higiene em Meio Prisional:
Um Programa de Educação por Pares”

técnica da educação por pares, que tem demonstrado o seu sucesso junto de populações socialmente excluídas, às quais muitas vezes é difícil aceder.

Consideramos que a situação de reclusão pode ser utilizada como uma oportunidade para promover saúde dos indivíduos, de forma a melhorar o seu bem-estar físico e psicológico. Como tal propõe-se que sejam os próprios membros da comunidade a realizar esta mesma transmissão da informação, já que se tornam mais confiáveis para os restantes elementos. Estes programas, parecem ser os mais indicados para aplicar nos EP's, devendo a intervenção centrar-se em temas específicos e mais problemáticos na população do EP.

IV. Projecto de Intervenção

1. Introdução

A avaliação de necessidades permitiu compreender a realidade penitenciária portuguesa, sendo possível identificar os problemas de saúde mais comuns entre os reclusos residentes no EPSCB. Com base nas necessidades identificadas, procedeu-se à planificação de um programa de promoção de saúde, intitulado de “Promoção de Práticas Alimentares Saudáveis e Melhores Cuidados de Higiene em Meio Prisional: Um Programa de Educação por Pares”. Este projecto, através da educação por pares, deverá combater os dois problemas considerados mais urgentes de intervir no interior do EP estudado, assegurando que os reclusos modificam os seus comportamentos, melhorando, desta forma, o seu bem-estar físico e psicológico.

2. Objectivos

O projecto “Promoção de Práticas Alimentares Saudáveis e Melhores Cuidados de Higiene em Meio Prisional: Um Programa de Educação por Pares” tem como principal objectivo aumentar as taxas de literacia em saúde entre a população reclusa, nomeadamente alertar esta população para a importância da adopção de hábitos alimentares e cuidados de higiene adequados.

Como objectivos específicos deste programa, verificam-se os seguintes:

- . Sensibilizar para a existência de patologias consequentes da adopção de incorrectos hábitos alimentares;
- . Sensibilizar para a existência de patologias consequentes da falta de cuidados de higiene pessoal e do meio;
- . Promover a adopção de atitudes preventivas;
- . Promover de adopção de hábitos alimentares saudáveis;

- . Promover a mudança de hábitos alimentares;

- . Promover a capacidade de difusão dos conhecimentos adquiridos entre a população reclusa;

- . Promover a adopção de hábitos de higiene pessoal.

3. Procedimento

Este projecto deverá ter uma duração máxima de 24 meses (anexo III). Este deverá ser iniciado pela solicitação de uma autorização (anexo IV) para a sua implementação, que será enviada para a Direcção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) e também para o EPSCB (anexo V). Posteriormente à recepção de resposta afirmativa destas entidades, deverá ser agendada uma reunião entre os responsáveis do programa, o director e a equipa técnica do EP em questão, permitindo, desta forma, a concretização de uma articulação entre todos os presentes. Durante este encontro serão apresentados os procedimentos do programa, assim como de todo o material necessário para a sua concretização. Esta reunião terá também como objectivo estabelecer o método de escolha do grupo dos 12 participantes no programa, devendo os técnicos propor que esta seja realizada em conjunto com os profissionais do EP, uma vez que estes possuem mais conhecimentos em relação a esta população, facilitando, assim, o processo de escolha, que deverá respeitar os critérios de selecção desenvolvidos (anexo V), concluindo a primeira fase do programa.

Seguidamente, é importante compreender as necessidades da população reclusa em relação aos temas em estudo. Apesar de já ter sido realizada anteriormente uma avaliação destas carências, esta avaliação apenas permite compreender a perspectiva dos profissionais que se encontram no desempenho de funções neste EP não da comunidade residente. Como tal, durante o mês de Fevereiro, deverão ser escolhidos 60 reclusos, aos quais será solicitado que preencham 2 questionários (anexo VI e VII), permitindo desta forma, avaliar os hábitos alimentares e cuidados de

higiene da população reclusa. A distribuição destes questionários será da responsabilidade dos técnicos responsáveis pelo programa, propondo-se que, para a realização desta acção, a equipa técnica do EP em questão escolha os 60 participantes e disponibilize um local onde estes possam preencher os instrumentos referidos, estando sempre os técnicos responsáveis pelo programa presentes. Após todos os questionários se encontrarem completos, torna-se necessário analisá-los, obtendo as conclusões desejadas. Ora, uma vez que se pretende compreender as necessidades específicas desta população em relação aos temas em estudo, clarificando os dados recolhidos anteriormente, o método quantitativo aparenta ser a opção mais viável, uma vez que permite não só obter dados concretos, estes são também passíveis de ser analisados matematicamente. Desta forma será, então, possível obter resultados estatísticos e descrever a realidade estudada, utilizando, para tal, o SPSS. Esta é uma etapa que deverá estar concluída antes do começo das sessões, ou seja, no final do segundo mês, uma vez que os dados recolhidos poderão indicar a necessidade de modificar algumas actividades. Na primeira semana do segundo mês, deverá, então, dar-se início à primeira das 17 sessões planeadas, devendo estas ser realizadas até ao final do mês de Julho deste mesmo ano. Aquando do término das sessões, deverá ser iniciada a sua análise, a decorrer durante o mês de Agosto, quando será analisada a avaliação do processo, tentando compreender se o programa correu como planeado.

Ora, no caso de este ser um típico programa de promoção de saúde, apenas baseado na transmissão de informação aos participantes, terminaria nesta etapa. Contudo, e de acordo com a avaliação de necessidade e revisão bibliográfica realizada, este tipo de programas têm demonstrado um grande insucesso, uma vez que não apresentam os resultados esperados. Como tal, propõe-se a implementação de um programa de educação por pares, que permite aos participantes desempenhar o papel de educador. Desta forma, a confiança da população aumenta, uma vez que partilha com o educador os mesmos problemas e frustrações diárias, ao contrário do técnico que é considerado um estranho. Ora, a população reclusa provém, maioritariamente, como já vimos, de populações marginalizadas, detentora de um grande sentimento de desconfiança, uma realidade comprovada pela avaliação de necessidades realizada anteriormente. Como tal, este programa tem como objectivo não só transmitir informação ao grupo de 12 participantes escolhidos, mas também que estes partilhem

os seus conhecimentos com os seus companheiros. De forma a verificar que este processo realmente ocorre após o término das 17 sessões planeadas, serão promovidas sessões de seguimento. Estas deverão decorrer entre o 9º e o 21º mês, período durante o qual os técnicos poderão acompanhar o processo de educação por pares, garantindo o empenho dos reclusos na sua tarefa, ao mesmo tempo que são esclarecidas quaisquer questões que sujam. No final de cada uma destas etapas, será realizada uma avaliação final, que permita compreender se os objectivos planeados foram alcançados, ao mesmo tempo que se avalia o sucesso do programa.

4. Propostas de Sessões

Este capítulo destina-se à apresentação da proposta do programa “Promoção de Práticas Alimentares Saudáveis e Melhores Cuidados de Higiene em Meio Prisional: Um Programa de Educação por Pares”. O mesmo deverá ser implementado por uma equipa multidisciplinar, não devendo estes exercer funções neste EP, já que, de acordo com avaliação de necessidades realizada, técnicos exteriores a esta entidade parecem ter mais sucesso na implementação de programas, conseguindo estabelecer uma relação de confiança com os reclusos.

Durante este projecto, será proposta a realização de 17 sessões que promovem, de uma forma motivacional e activa, a aprendizagem dos reclusos participantes, incentivando a transmissão da informação aprendida e, conseqüentemente, a promoção da educação por pares. As sessões propostas serão apresentadas de forma esquemática, sendo primeiramente exposto o título da sessão, os seus objectivos e a duração, seguindo-se as actividades sugeridas. Estas serão flexíveis e passíveis de ser modificadas, tanto em relação à sua ordem como à forma e poderão mesmo ser substituídas, se o técnico responsável assim o considerar. Cada uma tem uma duração máxima de 120 minutos, podendo terminar antes do previsto, se necessário, mas nunca ultrapassar este limite de tempo, respeitando, desta forma, as normas do EP.

No final de cada sessão, deverão ser reservados cerca de 30 a 40 minutos para realização de um convívio entre técnicos e reclusos, durante o qual se deverão

desenvolver conversas informais, que poderão não ser no âmbito do programa, promovendo, assim, a familiarização entre todos os presentes, assim como a concepção de um ambiente de confiança. A presença de alimentos saudáveis facultados pelos técnicos é pertinente, uma vez que promove a adopção de melhores hábitos alimentares pelos reclusos participantes. Durante este convívio, é também importante promover o preenchimento do questionário de avaliação da sessão (anexo VIII), que irá permitir compreender a percepção dos reclusos em relação às actividades realizadas. Desta forma, espera-se minimizar o efeito da palavra “avaliação” e, ao mesmo tempo, permitir o preenchimento do questionário de uma forma mais descontraída, esperando-se obter respostas mais sinceras e credíveis por parte dos participantes.

Parece também importante referir o facto de que algumas sessões e actividades foram baseadas no programa de promoção de saúde implementado na Ucrânia, intitulado “Step by Step. A training module on peer education in prison” (International HIV/AIDS Alliance in Ukraine, 2011).

4.1. Sessão 1: Bem-vindos!

Esta sessão permitirá . . .

- . Apresentar o programa em questão;
- . Assegurar que todos os presentes compreendem a razão da sua presença nesta sessão;
- . Incentivar a participação dos reclusos no programa;
- . Promover a colaboração dos reclusos no programa.

Actividade 1: Vamos conhecer-nos!

Duração: 10 minutos.

Procedimento: Esta actividade será dedicada à apresentação dos participantes e dos responsáveis do programa, uma vez que este é o primeiro contacto entre todos. Como tal, os técnicos deverão iniciar a actividade mencionando o seu nome e profissão e informando os reclusos do motivo da sua presença. Seguidamente, é importante

conhecer o grupo de participantes, assim como promover a familiarização entre este que, devido ao isolamento social comum no interior do EP, possivelmente também não se conhece entre si. Como tal, propõe-se a utilização da actividade “Snowball”, onde cada recluso deverá iniciar o seu discurso por referir o nome de todos os participantes que se apresentaram até então e, só depois, o seu, tal como indica o exemplo seguinte:

João: Olá, o meu nome é João.

Pedro: Olá João, o meu nome é Pedro.

António: Olá João e Pedro, o meu nome é António.

Manuel: Olá João, Pedro e António, o meu nome é Manuel.

Durante a apresentação, os reclusos poderão referir não só o seu nome, mas também partilhar informações pessoais, criando-se assim um ambiente de confiança entre todos os presentes.

Actividade 2: *Porque estamos aqui?*

- Duração:** 30 minutos.
- Material** - 1 Folhas de papel A4 lisa;
- Necessário:** - 1 Marcador;
- 1 Quadro branco.
- Procedimento:** Esta actividade visa a familiarização dos participantes com o programa a ser desenvolvido, sendo para isso necessário, primeiramente, compreender se os reclusos conhecem a razão da sua presença neste local. Como tal propõe-se que esta actividade se desenrole num ambiente informal, sendo iniciada pela apresentação do programa, os seus objectivos e funcionamento, familiarizando, desta forma, os reclusos com esta realidade.
- Seguidamente, é pertinente dar a conhecer aos reclusos a sua função neste programa, que passa não só por aprender novas informações

no âmbito da saúde, mas também por transmitir estes conhecimentos aos seus companheiros residentes no EP. Para tal, propõe-se a continuação de um ambiente informal, sendo da responsabilidade dos técnicos a introdução do termo “educadores de pares”. Estes deverão explicar aos participantes esta definição, escrevendo-a no quadro e esclarecendo os mesmos acerca desta, garantindo que todos compreendem.

No final da sessão, a definição de pares deverá ser redigida informaticamente, imprimida numa folha A4 e colocada na sala de trabalho, local onde deverá permanecer até ao término do programa.

Definição de Educadores de Pares: “Os educadores de pares (...) assumem a liderança na organização e implementação de actividades (...). Podem ajudar a aumentar a consciencialização, fornecer informações precisas e ajudar os seus colegas a desenvolver habilidades para modificar os seus comportamentos (...)” (Unicef, 2012).

Actividade 3: *Vamos fazer um puzzle?*

- Duração:** 15 minutos.
- Material** - 1 Puzzle de 24 Peças.
- Necessário:**
- Procedimento:** Esta actividade tem como objectivo demonstrar que o sucesso deste programa está dependente da colaboração de todos os participantes, sendo que cada um tem um papel a desempenhar. Como tal, os técnicos deverão ter presente um puzzle de 24 peças desmontado, distribuindo duas peças por cada recluso, requerendo aos participantes que o reconstruam. De forma a cumprir esta tarefa, os participantes terão que colaborar entre si, ao mesmo tempo que verificarão que para completar a actividade é necessária a colaboração de todos, caso contrário não será possível completar o

puzzle.

Actividade 4: *Como trabalharmos todos juntos?*

Duração: 30 minutos

Material - 1 Folha de papel A3 lisa;

Necessário: - 1 Quadro branco;
- 1 Marcador.

Procedimento: Esta actividade visa promover normas que contribuirão para a existência de um ambiente de trabalho favorável entre os participantes. Como tal, deverá ter como ponto de partida a contextualização dos participantes quanto à necessidade da existência destas normas, exemplificando com situações contra-productivas registadas anteriormente, como a falta de organização na comunicação entre os reclusos. Estas normas serão criadas pelos próprios participantes, através de um sistema democrático, que consiste na votação e selecção de 10 regras, escolhidas através das diversas opiniões facultadas, oralmente, pelo grupo de participantes e que deverão ser escritas no quadro por um dos técnicos presentes.

Após o término da sessão, os investigadores deverão redigir informaticamente as regras estabelecidas e imprimi-las numa folha, no formato A3, afixando-a na sala de trabalho, local onde deverá permanecer até ao final do programa.

Exemplos de Normas de Trabalho:

- . Falar um de cada vez;
- . Levantar a mão antes de falar;
- . Ouvir todas as opiniões;
- . Respeitar as opiniões dos outros;
- . Compreensão e tolerância entre participantes;
- . Deve existir cooperação entre participantes;

- . Todos os problemas devem ser debatidos e resolvidos;
- . Não criticar os companheiros;
- . Todos devem participar no debate;
- . Todos devem ter um limite de tempo para discursar e este deverá ser cumprido.

4.2. Sessão 2: Fazes uma alimentação saudável?

Esta sessão permitirá . . .

- . Aumentar a literacia em saúde dos participantes;
- . Alertar os reclusos para as consequências negativas de uma alimentação incorrecta;
- . Promover a mudança dos hábitos alimentares dos reclusos.

Actividade 1: O que é a saúde?

Duração: 20 minutos.

Material - 1 Marcador preto;

Necessário: - 1 Quadro branco;
- 1 Folha de papel A4 Lisa;
- Fita-cola;
- Imagem presente no anexo IX.

Procedimento: Esta actividade visa a introdução do tema da saúde entre os participantes, compreendendo desta forma os seus conhecimentos neste âmbito. Como tal, esta deverá ser iniciada pela colocação no quadro de uma imagem que ilustre o tema da saúde (anexo IX), seguida da seguinte frase: “Saúde é...”. Seguidamente, deverá ser pedido a cada participante que complete esta frase oralmente, não podendo repetir afirmações ditas anteriormente por outro recluso, devendo todas as respostas ser escritas no quadro por um dos técnicos presentes. No final, após todos terem a oportunidade oferecer a sua opinião, os técnicos deverão facultar uma definição de saúde e redigi-la no quadro, evidenciando-se, assim, as

diferenças e semelhanças entre esta e as dos participantes, dando-se início a um pequeno debate.

No final desta actividade, a definição de saúde oferecida pelos técnicos (após ser redigida informaticamente, juntamente com a imagem presente no anexo IX), deverá ser colocada na sala de trabalho, local onde permanecerá até ao término do programa.

Definição de saúde: “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de afecções e enfermidades” (WHO, 2003).

Actividade 2: *O que consideras ser uma alimentação inadequada?*

Duração: 20 minutos.

Material - 1 Marcador;

necessário: - 1 Quadro branco.

Procedimento: Esta actividade tem por objectivo compreender os conhecimentos dos reclusos em relação aos maus hábitos alimentares e as suas possíveis consequências. Para tal, propõe-se que esta actividade se desenrole num ambiente informal, sendo iniciada pela colocação no quadro da seguinte questão: “O que são maus hábitos alimentares”, juntamente com a imagem presente no anexo X. Seguidamente, deverá ser iniciado um pequeno debate entre todos os presentes, ao longo do qual cada participante deverá transmitir a sua opinião em relação a este tema.

Actividade 3: *Sabias que a alimentação e a saúde estão relacionadas?*

Duração: 40 minutos.

Material - Imagem do corpo humano (Anexo XI);

Necessário: - 1 Quadro branco;
- Fita-cola;

- 1 Marcador;
- Tabela (anexo XII), em formato A3;
- Cartões (Anexo XIII).

Procedimento: Esta actividade tem por objectivo demonstrar aos participantes a relação existente entre a saúde e adopção de hábitos alimentares desadequados. Como tal, esta deverá ser iniciada pela colocação no quadro de uma imagem do corpo humano (anexo XI), juntamente com a seguinte questão: “Que partes do meu corpo são afectadas pela minha alimentação?”. Os reclusos terão, então, a oportunidade de responder individualmente a esta pergunta, sendo todas as opiniões escritas no quadro por um dos técnicos presentes. Durante a realização deste exercício, espera-se identificar as 3 patologias mais graves que advêm da adopção de hábitos alimentares incorrectos da população reclusa residente neste EP: o colesterol, a diabetes e a hipertensão. Caso os participantes não identifiquem estas patologias, é da responsabilidade dos técnicos introduzir estes temas, tentando compreender os conhecimentos dos reclusos em relação aos mesmos.

Posteriormente a esta pequena introdução, os técnicos deverão colocar no quadro a tabela presente no anexo XII, na qual se encontra um quadro incompleto referente às 3 patologias indicadas, sendo os reclusos responsáveis pelo preenchimento do mesmo. Uma vez que os seus conhecimentos nesta matéria poderão ser reduzidos, é importante auxiliá-los nesta tarefa e, como tal, serão utilizados os cartões presentes no anexo XIII, onde se encontram as respostas para cada tópico. Para tal, os responsáveis do programa deverão apresentar os cartões de forma sucessiva, devendo os participantes escolher o local onde serão colocados, sendo esta tarefa da responsabilidade dos técnicos.

Bibliografia dos cartões:

(Portal Brasil, 2012).

(Portal da Saúde, 2014).

No final da sessão, a tabela preenchida com os cartões deverá ser colocada na sala de trabalho, local onde permanecerá até ao término do programa.

4.3. Sessão 3: *Super Size Me*

Esta sessão permitirá . . .

- . Alertar os participantes para as consequências negativas, para a sua saúde, da adopção de hábitos alimentares incorrectos;
- . Promover uma alimentação saudável;
- . Demonstração prática das consequências para a saúde, de uma alimentação errada.

Actividade 1: *Vamos ver um filme?*

Duração: 90 minutos.

Material - 1 Televisão;

Necessário: - Filme “Super Size Me”;
- Leitor de DVD.

Procedimento: Durante 90 minutos, os participantes terão a oportunidade de visualizar o filme “Super Size Me”, que demonstra as consequências para a saúde da adopção de uma alimentação incorrecta. Este é um documentário baseado em factos verídicos, que retrata a vida de um americano, durante 30 dias, nos quais este se limita a ingerir alimentos provenientes do restaurante de *fast food* “McDonald’s”. Os efeitos desta alimentação são devastadores, verificando-se graves consequências na sua saúde física e mental.

Actividade 2: *O que acharam do filme?*

Duração: 15 minutos.

Procedimento: Após a visualização do documentário, este deverá ser analisado e debatido entre os presentes, percebendo desta forma as suas opiniões em relação ao mesmo. Deverá, também, ser garantido que os participantes compreendem as consequências que uma alimentação incorrecta pode trazer à saúde, promovendo a adopção de hábitos mais saudáveis. Contudo, é também importante não dramatizar e revelar aos participantes que, apesar de esta alimentação não ser adequada ao dia-a-dia, poderão praticá-la esporadicamente.

4.4. Sessão 4: Como posso praticar uma alimentação saudável?

Esta sessão permitirá . . .

- . Introdução da roda dos alimentos;
- . Reflexão sobre os hábitos alimentares realizados pelos participantes;
- . Compreender as escolhas alimentares dos participantes;
- . Promover a mudança das escolhas alimentares dos reclusos;
- . Promover a aprendizagem de escolhas alimentares saudáveis.

Actividade 1: Como funciona a roda dos alimentos?

Duração: 30 minutos

Material - Imagem da roda dos alimentos completa (Anexo XV);

Necessário: - Imagem da roda dos alimentos incompleta (Anexo XIV);
- Alimentos de plástico;
- Fita-cola;
- 1 Quadro branco;
- 1 Marcador.

Procedimento: A adopção de uma alimentação incorrecta por parte da população residente no neste EP pode ser justificada pelo desconhecimento do efeito prejudicial do consumo de determinados alimentos. Como tal, esta actividade visa demonstrar aos participantes como realizar uma

alimentação saudável. Esta deverá, então, ser iniciada por colocar no quadro uma imagem da roda dos alimentos completa (anexo XV), questionando os reclusos acerca desta, sendo, ainda, pertinente instruí-los nesta matéria.

Posteriormente, e de forma a garantir que os participantes compreenderam o funcionamento da roda dos alimentos, deverá ser retirada esta imagem e substituída por outra (anexo XIV), que se encontra incompleta. Deverão, então, ser colocados em cima da mesa os diferentes alimentos de plástico (deverá existir, pelo menos, um de cada grupo da roda alimentar), devendo os reclusos decidir em que grupo da roda cada alimento deverá ser colocado. Desta forma, espera-se garantir que os participantes compreendem a necessidade de praticar uma alimentação variada, devendo ser salientada a importância de ingerir alimentos saudáveis, mesmo que estes não se enquadrem no gosto pessoal de cada um.

A roda dos alimentos completa deverá ser colocada na sala de trabalho até ao término do programa.

Actividade 2: *Qual devo escolher?*

- Duração:** 10 minutos.
- Material** - Imagens presentes nos anexos XVI e XVII
- Necessário:** - 1 Marcador;
- 1 Quadro branco;
- Fita-cola.
- Procedimento:** De forma a consolidar os conhecimentos adquiridos na actividade anterior, propõe-se a realização de uma identificação de diversos tipos de alimentação. Para tal, os investigadores deverão ter presentes as imagens que se encontram no anexo XVI e XVII, colocando-as no quadro sucessivamente, requerendo aos reclusos

que identifiquem as imagens consideradas mais e menos saudáveis, devendo também identificar quais os alimentos mais e menos prejudiciais presentes. Desta forma, espera-se garantir que os participantes compreendam quais os alimentos que devem ser ingeridos para a realização de uma alimentação adequada e os que devem evitar no seu dia-a-dia.

Actividade 3: *Veze não são veze*

- Duração:** 20 minutos.
- Material** - Alimentos de plástico;
- Necessário:** - 24 pratos de plástico.
- Procedimento:** Esta actividade visa alertar os reclusos para o facto de que, apesar de ser necessário adoptar uma alimentação saudável, “veze não são veze” e, por isso, esporadicamente, poderão fazer uma pequena “batota” e ingerir alimentos menos saudáveis. Como tal, deverão distribui-se dois pratos por cada participante e colocar à sua disposição os alimentos de plástico, requerendo-lhes que construam dois pratos, sendo que num deverão criar uma refeição que poderá ser ingerida diariamente e, noutra, uma que apenas deverá ser comida esporadicamente. De seguida, deverá solicitar-se aos participantes a apresentação dos resultados, explicando e justificando as suas escolhas oralmente.

Ainda durante esta actividade, é pertinente reforçar que não se podem ingerir apenas os alimentos do gosto pessoal de cada um, uma vez que tal acção poderá ser prejudicial à saúde. Como tal, propõe-se a distribuição, novamente, de dois pratos por cada participante, facultando mais uma vez os alimentos de plástico. Desta vez, será solicitada aos reclusos a criação da sua refeição preferida e outra que considerem saudável. No final, deverá ser requerido que os reclusos expliquem os seus pratos, realizando uma auto-crítica, referindo se consideram se o seu prato favorito deve ser

ingerido frequente ou esporadicamente, justificando a sua escolha oralmente.

Actividade 4: *Faço uma alimentação saudável?*

Duração: 20 minutos.

Material - 24 Tabelas (anexo XVIII);

Necessário: - 12 canetas Bic;
- 1 Marcador;
- 1 Quadro branco.

Procedimento: Esta actividade visa compreender não só a alimentação diária dos reclusos, mas também os conhecimentos adquiridos ao longo desta sessão, ao mesmo tempo que é avaliada a sua capacidade de auto-crítica. Para tal, foi construída uma tabela (anexo XVIII) na qual se encontram especificadas as diferentes refeições diárias e as possíveis escolhas alimentares em cada uma delas. Assim, no início da actividade, deverá ser distribuída uma tabela por cada participante, devendo estes preenchê-la de acordo com as suas refeições diárias. Seguidamente, deverá ser facultada uma nova tabela, igual à anterior, na qual os participantes deverão escolher os alimentos que devem ser consumidos às refeições. No final, as primeiras respostas dadas, juntamente com as últimas, deverão estar sob a posse de cada recluso que, individualmente, deverá realizar uma reflexão crítica e avaliar a sua alimentação como sendo ou não saudável, partilhando a sua opinião com todos os presentes, justificando-a e referindo o que deverá modificar em cada uma das refeições, de forma a melhorar a sua alimentação, podendo mesmo justificar as suas escolhas diárias.

4.5. Sessão 5: *Vamos praticar exercício físico!*

Esta sessão permitirá . . .

- . Promover a importância da prática de exercício físico regular;
- . Sensibilização para a prática de actividade física;
- . Adaptar um programa de treino às necessidades dos reclusos;
- . Promover actividade física sem o uso de material de ginásio;
- . Relacionar a actividade física com uma alimentação saudável e uma saúde equilibrada.

Actividade 1: *Porque é importante fazer exercício?*

Duração: 20 minutos.

Material - Material requisitado pelo Professor de Educação Física

Necessário:

Procedimento: Esta actividade tem por objectivo promover a prática de actividade física entre os participantes, garantindo que estes compreendem a importância de realizar exercício regularmente e de forma moderada, trabalhando não só o aumento da massa muscular, mas também a perda de peso. Para tal, durante toda a sessão, estará presente um professor de educação física, convidado anteriormente, que trabalhará este tema com os participantes. Deverá, então, ser colocada no quadro a imagem presente no anexo XIX, simbolizando o tema da sessão, seguindo-se a apresentação do professor.

Posteriormente, é pertinente compreender a regularidade com que os reclusos praticam actividade física, assim como o tipo de exercícios realizados pelos mesmos. Propõe-se, assim, que esta actividade seja desenvolvida através de uma conversa informal entre reclusos e o professor presente, ao longo da qual todos devem partilhar experiências e opiniões. Desta forma, torna-se possível para este profissional compreender como esta população encara o exercício físico e quais as actividades que favorecem. Este deverá também dar ênfase à necessidade de praticar exercício físico e manter uma alimentação saudável, de forma a garantir a

compreensão dos participantes acerca desta temática, em prol de uma saúde física e psicológica equilibrada e, também, do aumento da auto-estima dos seus praticantes.

Actividade 2: *Plano de exercício*

- Duração:** 20 minutos.
- Material** - 12 Folhas de papel A4 lisas;
- Necessário:** - 1 Quadro branco.
- Procedimento:** Ora, uma vez que o exercício físico é fundamental na perda de peso e na garantia de um bem-estar físico e psicológico, parece importante assegurar que os reclusos compreendem esta realidade. Como tal, durante esta actividade, propõe-se a preparação de um programa de treino, que deverá ser feito em conjunto entre participantes e professor. Deverá incidir em exercícios de “cardio” e, também, de musculação, permitindo aos reclusos a prática de actividade física no interior do EP, sem necessitar do auxílio de qualquer material de ginásio, que, muitas vezes, não se encontra disponível.

Se o professor considerar necessário, poderá adaptar o programa às diferentes necessidades de cada participante.

No final da sessão, este plano deverá ser redigido informaticamente pelos técnicos, imprimido e facultado a cada recluso.

Actividade 3: *Vamos praticar?*

Duração: 45 minutos.

Material - Material requisitado pelo professor de educação física

Necessário:

Procedimento: Uma vez que objectivo desta sessão é promover a actividade física entre os participantes, parece importante demonstrar alguns exercícios. Como tal, propõe-se que durante esta actividade seja realizada uma aula prática de educação física. Para tal, será necessário adaptar a sala de trabalho, alterando a disposição dos objectos, de forma a maximizar o espaço disponível. Após esta tarefa dar-se-á, então, início à aula, durante a qual serão promovidos diversos exercícios e todos os reclusos deverão participar.

4.6. Sessão 6: *Vamos partilhar o que aprendemos?*

Esta sessão permitirá . . .

- . Promover a educação por pares;
- . Incentivar os reclusos a partilhar a informação aprendida;
- . Aplicar os conhecimentos adquiridos;
- . Promover a prevenção do colesterol entre os reclusos residentes no EPSCB.

Actividade 1: *Vamos evitar o colesterol?*

Duração: 80 Minutos.

Material - 1 Folha de cartolina

Necessário:

- 1 Tubo de cola;
- Imagens presentes no anexo XX;
- Fita-cola
- 1 Quadro branco;
- 1 Marcador;
- Folhas de papel A4 lisas.

Procedimento: Após 5 sessões dedicadas ao tema dos maus hábitos alimentares,

espera-se que os reclusos tenham adquirido os conhecimentos necessários para a compreensão da importância de praticar uma alimentação saudável. Como tal, durante as próximas 4 sessões, propõe-se que os técnicos promovam a educação por pares, explicando aos reclusos a importância da partilha dos conhecimentos adquiridos. Para isso, durante esta sessão, deverá ser construído um poster, cujo tema será sobre o colesterol, contendo informação acerca da sua definição, causas e formas de prevenção, podendo estes dados ser retirados do quadro realizado na actividade 3 da sessão 2.

Posteriormente, os técnicos deverão colocar no quadro a folha de cartolina, assim como ter presentes as imagens que se encontram no anexo XX, recortadas. Deverá, então, ser decidido em conjunto o local onde cada imagem deverá ser colada na cartolina, assim como o texto que deverá ser escrito no poster. No final, após o poster estar completo, deverá ser colocado no EP, no local escolhido pelos participantes, devendo ser garantido que este é utilizado regularmente pelos reclusos.

No final da sessão, os técnicos deverão redigir informaticamente o texto a ser colocado no poster e, colá-lo na cartolina no local decidido para o decorrer desta actividade.

4.7. Sessão 7: *Vamos partilhar o que aprendemos?*

Esta sessão permitirá . . .

- . Promover a educação por pares;
- . Incentivar os reclusos a partilhar a informação aprendida;
- . Aplicar os conhecimentos adquiridos;
- . Promoção da prevenção da hipertensão entre os reclusos residentes no EPSCB.

Actividade 1: *Vamos evitar a hipertensão?*

- Duração:** 80 minutos.
- Material** - 1 Folha de cartolina;
- Necessário:** - 1 Tubo de cola;
- Imagens presentes no anexo XXI;
 - Fita-cola;
 - 1 Quadro branco;
 - 1 Marcador;
 - Folhas de papel A4 lisas.
- Procedimento:** Esta actividade, em conformidade com a anterior, consiste na realização de um poster, cujo tema deverá ser a hipertensão. Deverá ser iniciada a sessão relembrando os participantes da importância da partilha de informação com os restantes reclusos. Posteriormente, os técnicos deverão colocar no quadro a folha de cartolina, assim como ter presentes as imagens que se encontram no anexo XXI, recortadas. Deverá, então, ser decidido em conjunto o local onde cada imagem deverá ser colada na cartolina, assim como o texto que deverá ser escrito no poster. No final, após o poster estar completo, deverá ser colocado no EP, no local escolhido pelos participantes, devendo ser garantido que este é utilizado regularmente pelos reclusos.

No final da sessão, os técnicos deverão redigir informaticamente o texto a ser colocado no poster e colá-lo na cartolina no local decidido no decorrer desta actividade.

4.8. Sessão 8: *Vamos partilhar o que aprendemos?*

Esta sessão permitirá . . .

- . Promover a educação por pares;
- . Incentivar os reclusos a partilhar a informação aprendida;

- . Aplicar os conhecimentos adquiridos;
- . Promover a prevenção dos diabetes entre os reclusos residentes no EPSCB.

Actividade 1: *Vamos combater a Diabetes?*

Duração: 80 minutos.

Material - 1 Folha de cartolina;

Necessário: - 1 Tubo de cola;
- Imagens presentes no anexo XXII;
- Fita-cola;
- 1 Quadro branco;
- 1 Marcador;
- Folhas de papel A4 lisas.

Procedimento: Esta actividade, em conformidade com a anterior, consiste na realização de um poster, cujo tema deverá ser focado na diabetes. Esta deverá ser iniciada por relembrar os participantes da importância da partilha de informação com os restantes reclusos. Posteriormente, os técnicos deverão colocar no quadro a folha de cartolina, assim como ter presentes as imagens que se encontram no anexo XXII, recortadas. Deverá, então, ser decidido em conjunto o local onde cada imagem deverá ser colada na cartolina, assim como o texto que deverá ser escrito no poster. No final, após o poster estar completo, deverá ser colocado no EP, no local escolhido pelos participantes, devendo ser garantido que este é utilizado regularmente pelos reclusos.

No final da sessão, os técnicos deverão redigir informaticamente o texto a ser colocado no poster e colá-lo na cartolina no local decidido no decorrer desta actividade.

4.9. Sessão 9: Vamos partilhar o que aprendemos?

Esta sessão permitirá . . .

- . Promover a educação por pares;
- . Incentivar os reclusos a partilhar a informação aprendida;
- . Aplicar os conhecimentos adquiridos;
- . Promover a actividade física entre reclusos residentes no EPSCB.

Actividade 1: Como exercitar o nosso corpo.

Duração: 80 minutos.

Material -1 Folha de cartolina;

Necessário: - 1 Tubo de cola;
- Imagens presentes no anexo XXIII;
- Fita-cola;
- 1 Quadro branco;
- 1 Marcador;
- Folhas de papel A4 lisas.

Procedimento: Esta actividade, em conformidade com a anterior, consiste na realização de um poster, cujo tema deverá ser focado na importância do exercício físico. Esta deverá ser iniciada por relembrar os participantes da importância da partilha de informação com os restantes reclusos. Posteriormente, os técnicos deverão colocar no quadro a folha de cartolina, assim como ter presentes as imagens que se encontram no anexo XXIII, recortadas. Deverá, então, ser decidido em conjunto o local onde cada imagem deverá ser colada na cartolina, assim como o texto que deverá ser escrito no poster. No final, após o poster estar completo, deverá ser colocado no EP, no local escolhido pelos participantes, devendo ser garantido que este é utilizado regularmente pelos reclusos.

No final da sessão, os técnicos deverão redigir informaticamente o

texto a ser colocado no poster e colá-lo na cartolina no local decidido no decorrer desta actividade.

4.10. Sessão 10: *Vamos partilhar o que aprendemos?*

Esta sessão permitirá . . .

- . Promover a educação por pares;
- . Incentivar os reclusos a partilhar a informação aprendida;
- . Aplicar os conhecimentos adquiridos;
- . Promover hábitos alimentares saudáveis entre reclusos residentes no EPSCB.

Actividade 1: *Vamos fazer uma alimentação saudável?*

Duração: 80 minutos.

Material . 1 Folha de cartolina;

Necessário: . 1 Tubo de cola;
. Imagens presentes no anexo XXIV;
. Fita-cola;
. 1 Quadro branco;
. 1 Marcador;
. Folhas de papel A4 lisas.

Procedimento: Esta actividade, em conformidade com a anterior, consiste na realização de um poster, cujo tema deverá ser focado na promoção da adopção de hábitos alimentares mais saudáveis. Esta deverá ser iniciada por relembrar os participantes da importância da partilha de informação com os restantes reclusos. Posteriormente, os técnicos deverão colocar no quadro a folha de cartolina, assim como ter presentes as imagens que se encontram no anexo XXIV, recortadas. Deverá, então, ser decidido em conjunto o local onde cada imagem deverá ser colada na cartolina, assim como o texto que deverá ser escrito no poster. No final, após o poster estar completo, deverá ser

colocado no EP, no local escolhido pelos participantes, devendo ser garantido que este é utilizado regularmente pelos reclusos.

No final da sessão os técnicos deverão redigir informaticamente o texto a ser colocado no poster e colá-lo na cartolina no local decidido no decorrer desta actividade.

4.11. Sessão 11: A higiene é muito importante!

Esta sessão permitirá . . .

- . Identificar os hábitos de higiene pessoal dos participantes;
- . Compreender a noção de higiene pessoal por parte dos participantes;
- . Promover cuidados básicos de higiene pessoal entre os reclusos;
- . Relacionar a falta de higiene pessoal com a saúde.

Actividade 1: Como são os teus hábitos de higiene?

Duração: 20 minutos.

Material -Tabela presente no anexo XXV

Necessário: - 24 Smiles (anexo XXVI)

- 1 Quadro branco;

- Fita-cola;

- 1 Tubo de cola.

Procedimento: Esta actividade tem por objectivo conhecer os hábitos de higiene pessoal dos participantes, assim como a sua percepção em relação a estes. Para tal, propõe-se que os reclusos preencham, individualmente, a tabela presente no anexo XXV, devendo os participantes guardá-la até à actividade seguinte. Posteriormente, os técnicos deverão colocar no quadro a mesma tabela, imprimida em formado em A3. Seguidamente, deverão explicar aos reclusos o funcionamento da actividade, consistindo esta em completar a tabela, decidindo se uma determinada actividade se deve realizar

com frequência, ou não. Para tal, os técnicos deverão apresentar 4 “smiles” (anexo XXVI), que terão o propósito de ilustrar a veracidade de cada afirmação presente no quadro, através das metáforas “feliz”, “infeliz”, “neutro” e “satisfeito”, devendo cada um ser colocado no quadrado considerado correcto. Esta é uma actividade que deverá ser realizada em conjunto por todos os presentes, devendo todos os reclusos participar e partilhar a sua opinião, podendo mesmo gerar-se um pequeno debate.

A tabela preenchida deverá ser exposta na sala de trabalho, local onde permanecerá até ao término do programa.

Actividade 2: *Como são os meus hábitos de higiene?*

- Duração:** 15 minutos.
- Material** - 1 Marcador;
- Necessário:** - 1 Quadro branco;
- Tabelas preenchidas, individualmente, pelos reclusos.
- Procedimento:** Esta actividade pretende ser uma continuação da anterior, sendo o seu objectivo avaliar os hábitos de higiene dos reclusos, ao mesmo tempo que se promove a auto-crítica. Para tal, propõe-se que a tabela A3 que se encontrava no quadro na actividade anterior ainda se mantenha neste local e que os reclusos coloquem à sua frente as tabelas preenchidas individualmente. Estes deverão, então, realizar uma comparação entre as duas, avaliando os hábitos de higiene, referindo se os considera ou não adequados. Esta é uma actividade que deverá ser realizada oralmente, devendo participar um recluso de cada vez.

Actividade 3: *Como deve ser a minha higiene diária?*

- Duração:** 20 minutos.

“Promoção de Práticas Alimentares Saudáveis e Melhores Cuidados de Higiene em Meio Prisional:
Um Programa de Educação por Pares”

- Material** . 1 Marcador;
- Necessário:** . 1 Quadro branco;
. 1 Folha A4.
- Procedimento:** Esta actividade visa a promoção de melhores hábitos de higiene entre os participantes. Como tal, propõe-se a concepção de uma lista de normas de higiene pelos reclusos, que, através de um pequeno debate, deverão concordar com as regras de higiene diárias mais importantes. Durante esta actividade, os técnicos deverão estar sempre presentes, prestando auxílio aos reclusos na sua tarefa e escrevendo no quadro todas as opiniões referidas.

- Exemplos de** . Lavar as mãos antes de comer;
- Normas de** . Lavar as mãos sempre que utiliza o WC;
- Higiene** . Tomar banho diariamente;
- Diárias:** . Escovar os dentes após todas as refeições;
. Mudar de roupa diariamente;
. Não dormir com a mesma roupa que foi utilizada durante o dia;
. Cortar as unhas com frequência;
. Não partilhar objectos pessoais;
. Não partilhar cafés ou beatas.

No final da sessão, as regras estipuladas deverão ser redigidas informaticamente, imprimidas em formato A4 e, colocadas na sala de trabalho, local onde deverão permanecer até ao término do programa.

Actividade 4: *A higiene pessoal contribui para a nossa saúde*

- Duração:** 20 minutos.
- Material** - 1 Quadro Branco;
- Necessário:** - Fita-cola;

- Imagens no anexo XXVII.

Procedimento: Esta actividade visa alertar os reclusos para as consequências negativas para a saúde que constitui a negligência dos hábitos de higiene, demonstrando que contribui para o contágio de diversas patologias. Esta actividade deverá ser iniciada pela apresentação de um exemplo de uma patologia que pode ser contraída caso exista negligência na higiene pessoal, através do suporte do quadro branco presente na sala. Desta forma, o técnico deve proceder à instrução de quais os cuidados de higiene que os reclusos devem assumir, de forma a evitar a contração da patologia anteriormente utilizada como exemplo, entre outras. É recomendada a realização de um debate, de forma a garantir a eficácia desta actividade. Cada patologia será ilustrada através de uma imagem, por baixo da qual deverão ser identificados quais os hábitos de higiene a ter para as evitar, que terá como objectivo instruir os participantes acerca dos hábitos de higiene que devem praticar, de forma a evitar a contração das mesmas.

4.12. Sessão 12: O doutor vai ajudar-nos!

Esta sessão permitirá . . .

- . Ter presente um profissional credenciado que transmita informações consideradas essenciais aos participantes;
- . Promover a limpeza das celas;
- . Promover a higiene oral;
- . Promover a higiene pessoal.

Actividade 1: A higiene melhora o nosso bem-estar

Duração: 20 minutos

Material - Material requerido pelo Higienista;

Necessário: - 12 Kits de higiene pessoal.

Procedimento: Durante esta sessão, deverá estar presente um higienista, tendo como função demonstrar aos participantes a importância da adopção de hábitos de higiene adequados. Como tal, propõe-se que a sessão seja iniciada pela apresentação deste profissional, que deverá começar por explicar os benefícios da adopção destes hábitos, promovendo a mudança e melhoria dos mesmos. Para tal, propõe-se que seja distribuído um kit por cada recluso, contendo champô, gel de banho, sabonete, esponjas, uma “gillette”, espuma de barbear e uma escova para o cabelo, objectos aos quais muitas vezes os reclusos têm dificuldade em aceder, devendo o higienista explicar as vantagens da utilização diária destes materiais.

Actividade 2: *A higiene oral é das mais importantes*

Duração: 20 minutos.

Material - Material requerido pelo Higienista;

Necessário: - 12 Kits de higiene oral.

Procedimento: Esta actividade tem como objectivo promover a higiene oral, que, de acordo com avaliação de necessidade realizada, é bastante deficiente. Como tal, propõe-se que o profissional comece por distribuir um kit aos participantes, devendo este conter uma pasta e escova de dentes, fio dental e, também, um elixir bucal, materiais que, no interior do EP, têm um custo elevado que, muitas vezes, os reclusos não conseguem suportar. Posteriormente, o higienista deverá promover os cuidados a ter com a higiene oral, explicando aos participantes as vantagens desta actividade e, também, a regularidade da sua prática.

Actividade 3: *A limpeza das celas melhora a nossa saúde*

Duração: 20 minutos

- Material** - Material requerido pelo Higienista;
- Necessário:** - 12 Kits de limpeza de celas.
- Procedimento:** A limpeza da cela parece também ser um problema entre os reclusos residentes no EP, uma vez que essa actividade é da responsabilidade dos reclusos, que, muitas vezes, não possuem os cuidados necessários. Como tal, propõe-se que este profissional explique a importância de manter o meio onde os participantes residem limpo, evitando, desta forma, a propagação de bactérias e a existência de um ambiente propenso à propagação de patologias. No final da actividade, deverá ser distribuído um kit de limpeza de cela, contendo produtos que, muitas vezes, não são de fácil acesso por parte dos reclusos, como esponjas, luvas e desinfectantes.

Actividade 4: *O fumo prejudica a nossa saúde*

- Duração:** 20 minutos
- Material** - Material requerido pelo Higienista.
- Necessário:**
- Procedimento:** O consumo de tabaco parece ser um vício entre os reclusos residentes neste local. Como tal, é comum todos fumarem dentro do mesmo espaço fechado, especialmente em dias de chuva, sendo este um comportamento bastante prejudicial para a sua saúde. Durante esta actividade, propõe-se, então, que o higienista promova um estilo de vida mais saudável entre os reclusos, expondo os riscos do tabaco e, também, as consequências de todos realizarem esta acção num espaço fechado, podendo este profissional ter presente materiais que auxiliem nesta tarefa. Posteriormente, propõe-se também que este sugira aos participantes diversas formas de abandonar este vício e optar por um estilo de vida mais saudável.

4.13. Sessão 13: *Sabias que bons hábitos de higiene aumentam a auto-estima?*

Esta sessão permitirá . . .

- . Promover a higiene pessoal dos reclusos;
- . Aumentar a auto-estima dos reclusos;
- . Relacionar os hábitos de higiene com auto-estima.

Actividade 1: *Como identificar alguém com fracos cuidados de higiene?*

Duração: 20 minutos

Material - 12 Folhas de papel A4 lisas;

Necessário: - 12 Canetas BIC pretas;

- 1 Marcador preto;

- 1 Quadro branco.

Procedimento: De forma a compreender melhor as opiniões dos reclusos em relação a este fenómeno, a actividade 1 propõe a realização de um descrição física de um indivíduo considerado detentor de fracos cuidados de higiene. Para tal, os participantes terão acesso a uma caneta e uma folha de papel, na qual deverão descrever o que consideram ser a aparência física de uma pessoa detentora de uma débil higiene pessoal, descrevendo as suas roupas, o seu aspecto, o seu odor, a sua saúde oral, o seu cabelo, as suas mãos, entre outros elementos que considerem relevantes. No final, todos os participantes deverão partilhar as suas descrições, justificando-as.

Todas as descrições deverão ficar expostas na sala de trabalho, até ao término do programa.

Actividade 2: *A aparência interessa!*

Duração: 20 minutos.

- Material** - 12 Folhas de papel A4 lisas;
- Necessário:** - 12 Canetas BIC pretas;
- 1 Marcador preto;
- 1 Quadro branco.
- Procedimento:** Esta actividade visa demonstrar aos reclusos a importância da aparência nas relações interpessoais, utilizando as descrições anteriores como exemplo. Como tal, e através de um ambiente mais informal, deverá iniciar-se uma conversa entre técnicos e reclusos, sendo que os primeiros deverão pegar, uma a uma, nas descrições dos reclusos e colocar a seguinte questão “qual a sua reação perante alguém com esta descrição?”, devendo gerar-se um pequeno debate, ao longo do qual os técnicos deverão garantir que os reclusos referem o que deveria mudar em cada uma das descrições, de forma a esta representar alguém ao pé de quem se sentiriam confortáveis.

Actividade 3: *Como é a minha imagem?*

- Duração:** 20 minutos.
- Material** . 1 Quadro branco;
- Necessário:** . 1 Marcador;
. 1 Espelho.
- Procedimento:** Dando continuidade à actividade anterior, esta tem por objectivo melhorar a imagem física dos reclusos, sendo que, para tal, deve ser escrita a seguinte questão no quadro: “O que gostaria de modificar na minha imagem?”. Seguidamente, deverá ser requerido aos participantes que, individualmente, se dirijam ao espelho presente na sala. Cada um deverá, então, avaliar a sua imagem, referindo o que gostaria de mudar para aumentar a sua auto-estima, especialmente em relação aos cuidados de higiene, devendo explicar a razão por que esta mudança não ocorre.

Actividade 4: *Como melhorar a minha auto-estima?*

“Promoção de Práticas Alimentares Saudáveis e Melhores Cuidados de Higiene em Meio Prisional:
Um Programa de Educação por Pares”

- Duração:** 20 minutos.
- Material** - 1 Quadro branco;
- Necessário:** - 1 Marcador;
- 12 Folhas de papel A4 lisas;
- 12 Canetas BIC.
- Procedimento:** Esta última actividade visa contribuir para o aumento da auto-estima dos reclusos. Como tal, propõe-se que se distribua uma caneta e uma folha de papel pelos reclusos, requerendo-lhes que façam uma lista com as virtudes que mais admiram em si próprios e, também, as conquistas mais importantes na sua vida, permitindo desta forma realçar os pontos positivos dos participantes, uma tarefa que deverá ser acompanhada de perto pelos técnicos, que deverão auxiliar os reclusos, se necessário. Posteriormente, cada recluso deverá partilhar com todos oralmente as suas listas com os presentes, devendo os técnicos, durante esta parte da actividade, incentivar estas virtudes e conquistas, promovendo a continuação do trabalho dos reclusos, incentivando novas conquistas e comportamentos que permitam aumentar a sua auto-estima.

Cada recluso deverá guardar estas listas consigo e lê-las diariamente, verificando que, apesar de todos os erros cometidos, também existem virtudes e pontos positivos em cada um, uma realidade que os participantes não devem esquecer.

4.14. Sessão 14: *Vamos partilhar o que aprendemos?*

Esta sessão permitirá . . .

- . Promover a importância da partilha da informação entre os educadores de pares;
- . Promover a educação por pares;
- . Promover a adopção de melhores cuidados de higiene entre os reclusos residentes no EP em questão.

Actividade 1: *Como lavar as mãos?*

Duração: 80 minutos.

Material - 1 Folha de cartolina

Necessário: - 1 Tubo de cola;
- Imagens presentes no anexo XXVIII;
- Fita-cola;
- 1 Quadro branco;
- 1 Marcador;
- Folhas de papel A4 lisas;
- Folhas de papel A3 lisas.

Procedimento: Após 3 sessões dedicadas ao tema dos cuidados de higiene, espera-se que os reclusos tenham adquirido os conhecimentos necessários para adopção de melhores hábitos de higiene. Como tal, durante as próximas 4 sessões, propõe-se que os técnicos promovam, novamente, a educação por pares, explicando aos reclusos a importância da partilha dos conhecimentos adquiridos. Para tal, durante esta sessão, deverá ser construído um poster, no qual deverá ser colocada informação sobre como lavar as mãos correctamente. Este deverá conter diversas imagens (anexo XXVIII), por baixo das quais deverá constar um texto exemplificativo referente às mesmas.

Para a realização desta actividade, os técnicos deverão colocar no quadro a folha de cartolina e ter presentes as imagens que se encontram no anexo XXVIII, devendo o local e o texto a ser escrito decidido, em conjunto, pelos reclusos. No final, após a conclusão do

poster, este deverá ser fotocopiado e colocado em todas casas-de-banho do EP, transmitindo assim aos restantes reclusos residentes, neste local, a importância de realizar esta tarefa frequentemente.

No final da sessão, os técnicos deverão redigir informaticamente o texto a ser colocado no poster e colá-lo na cartolina no local decidido no decorrer desta actividade.

4.15. Sessão 15: *Vamos partilhar o que aprendemos?*

Esta sessão permitirá . . .

- . Promover a importância da partilha da informação entre os educadores de pares;
- . Promover a educação por pares;
- . Promover a adopção de melhores cuidados de higiene entre os reclusos residentes no EP em questão.

Actividade 1: *Como lavar os dentes?*

Duração: 80 minutos.

Material - 1 Folha de cartolina;

Necessário: - 1 Tubo de cola;
- Imagens presentes no anexo XXIX;
- Fita-cola;
- 1 Quadro branco;
- 1 Marcador;
- Folhas de papel A4 lisas;
- Folhas de papel A3 lisas.

Procedimento: Durante esta actividade, deverá ser construído um poster, no qual deverá ser colocada informação sobre como lavar os dentes correctamente.

Para a realização desta actividade, os técnicos deverão colocar no

quadro a folha de cartolina e ter presentes as imagens que se encontram no anexo XXIX, devendo o local e o texto a ser escrito decidido, em conjunto, pelos reclusos. No final, após o poster estar completo, este deverá ser fotocopiado e colocado nas casas-de-banho do EP.

No final da sessão, os técnicos deverão redigir informaticamente o texto a ser colocado no poster e colá-lo na cartolina no local decidido no decorrer desta actividade.

4.16. Sessão 16: *Vamos partilhar o que aprendemos?*

Esta sessão permitirá . . .

- . Promover a importância da partilha da informação entre os educadores de pares;
- . Promover a educação por pares;
- . Promover a adopção de melhores cuidados de higiene entre os reclusos residentes no EP em questão.

Actividade 1: *Limpar as celas também é importante!*

Duração: 80 minutos.

Material - 1 Folha de cartolina;

Necessário: - 1 Tubo de cola;
- Imagens presentes no anexo XXX;
- Fita-cola;
- 1 Quadro branco;
- 1 Marcador;
- Folhas de papel A4 lisas;
- Folhas de papel A3 lisas.

Procedimento: Durante esta actividade, deverá ser construído um poster, no qual deverá ser colocada informação sobre como limpar as celas correctamente.

Para a realização desta actividade, os técnicos deverão colocar no quadro a folha de cartolina e ter presentes as imagens que se encontram no anexo XXX, devendo o local e o texto a ser escrito decidido, em conjunto, pelos reclusos. No final, após o poster estar completo, este deverá ser fotocopiado e, colocado nas casas-de-banho do EP.

No final da sessão, os técnicos deverão redigir informaticamente o texto a ser colocado no poster e colá-lo na cartolina no local decidido no decorrer desta actividade.

4.17. Sessão 17: *Vamos partilhar o que aprendemos?*

Esta sessão permitirá . . .

- . Promover a importância da partilha da informação entre os educadores de pares;
- . Promover a educação por pares;
- . Promover a adopção de melhores cuidados de higiene entre os reclusos residentes no EP em questão.

Actividade 1: *Uma boa higiene protege a nossa saúde*

- Duração:** 80 minutos.
- Material** - 1 Folha de cartolina;
- Necessário:** - 1 Tubo de cola;
- Imagens presentes no anexo XXXI;
 - Fita-cola;
 - 1 Quadro branco;
 - 1 Marcador;
 - Folhas de papel A4 lisas;
 - Folhas de papel A3 lisas.

Procedimento: Durante esta actividade, deverá ser construído um poster, no qual deverá ser colocada informação sobre a importância de possuir uma boa higiene. Este deverá conter diversas imagens (anexo XXXI), ao lado das quais deverá estar uma descrição sobre a forma de a executar.

Para a realização desta actividade, os técnicos deverão colocar no quadro a folha de cartolina e ter presentes as imagens que se encontram no anexo XXXI, devendo o local e o texto a ser escrito decidido, em conjunto, pelos reclusos. No final, após o poster estar completo, este deverá ser fotocopiado e colocado nas casas-de-banho do EP.

No final da sessão, os técnicos deverão redigir informaticamente o texto a ser colocado no poster e colá-lo na cartolina no local decidido no decorrer desta actividade.

4.18. Sessões de Seguimento

Após o término das 17 sessões planeadas, é importante garantir que a educação por pares está a ser realizada e os participantes do programa partilham as informações aprendidas com os restantes reclusos residentes no EP. Para tal, entre Setembro de 2016 e Setembro de 2017, propõe-se a realização quinzenal de sessões de seguimento. Estas têm como objectivo acompanhar os participantes, tentando compreender se a sua função tem sido corretamente desempenhada, assim como esclarecer dúvidas que possam surgir durante o processo.

Seguidamente, encontra-se planeada uma sessão de seguimento, sendo que as restantes se deverão assemelhar a esta. No final de cada sessão, deverão ser reservados cerca de 40 minutos para a realização do habitual convívio entre técnicos e reclusos, assim como para o preenchimento do questionário da avaliação da sessão (anexo XXXII).

Esta sessão permitirá . . .

- . Compreender se a educação por pares está a ser realizada;
- . Esclarecer dúvidas que possam surgir entre os participantes;
- . Promover a capacidade de persistência e a partilha de informação entre os reclusos residentes neste EP.

Actividade 1: *Como foram as últimas duas semanas?*

- Duração:** 80 minutos
- Material** . 1 Marcador;
- Necessário:** . 1 Quadro branco.

Procedimento: As sessões de seguimento deverão ser iniciadas pelos técnicos a questionar os reclusos acerca das suas duas últimas semanas, tomando conhecimento das tarefas realizadas por estes durante este período de tempo. Como tal, os técnicos poderão realizar perguntas como: “Têm praticado exercício?”; “Como tem sido a vossa alimentação?”; “Têm tido mais cuidados com a vossa higiene pessoal?, “E com a higiene da cela?”. Posteriormente, após os participantes responderem a estas questões, é importante questioná-los acerca da educação por pares, perguntando-lhes: “Têm partilhado conhecimentos aprendidos com os vossos companheiros?”. A partir desta questão, será possível compreender se esta acção foi ou não realizada pelos participantes e, caso não esteja a ser realizada, é da responsabilidade dos técnicos promover esta tarefa, tentando compreender a razão por que não está a ser realizada e, tentar resolvê-la. Durante esta sessão, deverão também ser esclarecidas dúvidas, assim como promovidas capacidades de persistência, devendo ser explicado aos reclusos que, por vezes, é necessário tentar mais do que uma vez para chegar ao nosso objectivo.

7. Avaliação do Processo

A avaliação do processo é uma etapa imprescindível aquando da implementação de um programa de intervenção, já que esta permite monitorizar, documentar e avaliar o desenvolvimento do projecto (Saunders, Evans & Joshi, 2005). Desta forma, é possível compreender se os recursos, as estratégias e actividades planeados se encontram a ser incrementados e os objectivos estabelecidos a ser cumpridos. Como tal, durante o desenvolvimento do programa “Promoção de Práticas Alimentares Saudáveis e Melhores Cuidados de Higiene em Meio Prisional: Um Programa de Educação por Pares”, a avaliação do processo mostra-se uma etapa essencial que exige um prévio planeamento.

Ora, este programa encontra-se subdividido em 17 sessões, cada uma destinada a diferentes temáticas na área da saúde e com a proposta de realização de diversas actividades em cada uma delas, promovendo a adopção de hábitos alimentares saudáveis por parte dos reclusos. Como tal, e de forma a garantir que as sessões estão a correr como esperado e os participantes se encontram interessados e motivados em continuar a participar no programa, no final de cada sessão deverá ser pedido que estes preencham o questionário que se encontra no anexo VIII, dando a sua opinião em relação à actividade, indicando as que consideraram mais importantes e interessantes e as menos produtivas e aliciantes. No final de cada sessão, os técnicos deverão fazer uma análise dos resultados, preenchendo, para isso, o relatório semanal de actividades (anexo XXXIII), no qual deverão relatar pormenorizadamente a sessão, referindo os pontos positivos e negativos, assim como realizar uma análise aos questionários preenchidos pelos reclusos, compreendendo, assim, as suas opiniões e verificando o que poderá ou deve ser modificado para melhorar o interesse dos participantes. Este deverá ser realizado logo após o término da sessão, garantindo, assim, que nada é esquecido.

Estes relatórios semanais são essenciais para a avaliação do processo, uma vez que descrevem o conteúdo das sessões e avaliam cada uma individualmente, funcionando como uma espécie de diário no qual se encontra toda a informação relacionada com as actividades realizadas. Desta forma, simplifica-se o preenchimento do relatório

mensal de actividades (anexo XXXIV), que visa a reflexão crítica das quatro últimas sessões realizadas, permitindo compreender se os objectivos estabelecidos se encontram a ser cumpridos, se a adesão dos participantes é a esperada, se estes se encontram empenhados e motivados e, especialmente, o seu progresso ou retrocesso. No caso de este último se verificar, será necessário modificar o plano de actividades, de forma a acompanhar o ritmo e interesse dos educadores de pares, já que, sem a sua motivação, o sucesso do programa fica comprometido. Como tal, mensalmente, os técnicos deverão agendar uma reunião para o preenchimento deste documento, debatendo técnicas para melhorar o decorrer do programa e manter o interesse e empenho dos participantes. Se considerarem necessário, os técnicos poderão analisar os dados recolhidos semanalmente, através do preenchimento do questionário, através do SPSS, realizando gráficos que permitam verificar as diferentes respostas obtidas de semana para semana, sendo, desta forma, mais simples verificar a existência de progresso ou retrocesso no programa.

Após o término das sessões e da realização de todas as actividades previstas, os investigadores deverão preencher o relatório final das sessões (anexo XXXV). Este consiste na análise de todos os relatórios mensais realizados, verificando o cumprimento dos objectivos estabelecidos, os conhecimentos adquiridos pelos participantes, as mudanças no seu comportamento e o seu empenho e motivação ao longo de todo o programa, realizando uma reflexão crítica sobre todas estas temáticas e avaliando o sucesso do programa. Contudo, este sucesso só poderá ser avaliado após o preenchimento de um questionário (anexo XXXVI) por parte dos participantes, pois, apesar de semanalmente analisarem individualmente as sessões, parece também importante realizar uma avaliação final, compreendendo a opinião dos participantes em relação aos temas tratados, a sua pertinência e, especialmente, se a difusão de informação foi realmente realizada; também está previsto um inquérito que deverá ser distribuído aos reclusos durante a última sessão realizada, devendo ser passado juntamente com o habitual questionário da avaliação da sessão. Os dados recolhidos através deste inquérito deverão ser analisados através do programa SPSS, permitindo a realização de uma análise estatística da informação recolhida. Apenas desta forma se poderá compreender se o processo foi realizado correctamente, sendo este

responsável pelo sucesso ou insucesso do programa proposto, uma análise que deverá ser realizada durante o mês de Agosto de 2016.

Posteriormente à realização de todas as sessões do programa será, então, iniciada a transmissão de informação, por parte dos reclusos participantes, aos restantes residentes no EP. Ora, de forma a garantir que esta tarefa é concretizada, foi proposta a realização de sessões de seguimento, que, quinzenalmente, deverão juntar todos os educadores de pares a fim de confirmar se esta tarefa está a ser cumprida. É importante que estas sessões, tal como as anteriores, sejam avaliadas e analisadas, tanto pelos técnicos como pelos reclusos, compreendendo, desta forma, se os objectivos estabelecidos estão a ser cumpridos. Como tal, e à semelhança do que foi referido anteriormente, no final de cada sessão, os reclusos deverão preencher o questionário de avaliação (anexo XXXII), expressando a sua opinião em relação à mesma. No final, procedimento idêntico deverá ser feito pelos técnicos, preenchendo o relatório semanal de actividade (XXXIII), no qual não só dão a sua opinião em relação à sessão, como analisam os questionários dos reclusos. A cada 4 sessões, será também importante realizar uma análise global do que aconteceu até então, garantindo que os objectivos estão a ser cumpridos e, caso não estejam, proceder às alterações necessárias, sendo, por isso, importante preencher o relatório mensal de actividades (XXXIV). Após todas as sessões de seguimento concluídas, torna-se essencial analisar e avaliar todo este processo e, como tal, propõe-se que, na última sessão, juntamente com o habitual questionário (anexo XXXI), seja passado aos reclusos um inquérito (XXXVII) no qual estes deverão dar a sua opinião em relação a todas as sessões de seguimento, sendo, assim, possível compreender se todos os objectivos propostos foram alcançados. Este inquérito deverá, posteriormente, ser analisado no SPSS pelos técnicos, obtendo, desta forma, as conclusões necessárias. No final de todas as sessões, é da responsabilidade dos técnicos preencher o relatório final das sessões (anexo XXXV), realizando uma análise de todas as actividades efectuadas, referindo se o programa correu como esperado, ou se houve surpresas positivas ou negativas.

8. Avaliação dos Objectivos

A avaliação dos objectivos é uma etapa imprescindível de um programa de promoção, uma vez que será esta a determinar o sucesso do projecto realizado, permitindo compreender se as expectativas iniciais foram atingidas e os objectivos cumpridos. Ora, durante este programa, parece importante que esta avaliação seja realizada em dois momentos, primeiramente aquando do término das 17 sessões planeadas e após a realização de todas as sessões de seguimento.

De forma a realizar a avaliação da educação por pares (a primeira avaliação de objectivos), propõe-se que sejam novamente passados os questionários presentes nos anexos VI e VII, sendo que, desta vez, deverão apenas ser distribuídos pelos participantes no programa. Estes deverão ser passados no início do mês de Setembro de 2016, devendo ser analisados com a utilização do SPSS e os resultados ser comparados com os primeiros obtidos, verificando as diferenças entre ambos. Esta sessão deverá ser agendada com alguma antecedência, tanto com os reclusos, como com o EP, de maneira a que os participantes possam estar livres nesse dia, para o preenchimento do questionário, e a sala de trabalho livre para a realização desta etapa. No final da sessão, deverá ser entregue aos reclusos um certificado (anexo XXXVIII), que comprovará a sua participação no programa e as suas habilitações para desempenhar o papel de “agentes de saúde”, dando-se, assim, início às sessões de seguimento.

No final destas sessões de seguimento, parece também importante avaliar a transmissão de informação, por parte dos educadores de pares, aos restantes reclusos residentes no EP. Para tal, propõe-se a realização de uma sessão no mês de Novembro de 2017, na qual os reclusos deverão preencher o questionário presente no anexo XXXIX. Este deverá, posteriormente, ser analisado no SPSS, possibilitando desta forma, a análise esquemática dos resultados obtidos, permitindo alcançar as conclusões pretendidas.

9. Conclusão

O programa proposto tem como principal objectivo o aumento da literacia em saúde da população residente no EPSCB. Através da educação por pares, espera-se promover melhores hábitos alimentares e cuidados de higiene junto desta comunidade. Esta foi a estratégia escolhida, uma vez que tem demonstrado um grande sucesso junto da população reclusa. Mas será esta estratégia infalível e estará, por isso, o seu sucesso garantido?

Infelizmente, não, já que, apesar dos resultados positivos desta técnica, muitos factores poderão contribuir para o insucesso do projecto. O facto de este ser implementado por profissionais exteriores ao EP foi referido durante este trabalho como uma vantagem; no entanto, este factor poderá também ser considerado uma desvantagem. Estes profissionais não possuem qualquer controlo sobre o ambiente prisional, mantendo contacto com os participantes apenas durante as sessões, o que significa que todos os compromissos do recluso se sobrepõem ao programa, como reuniões com o advogado, encontros com o técnico de educação, castigos por mau comportamento, esquecimento, entre outras situações que podem impedir a presença do recluso nas sessões. Como tal, muitos acabam por perder o interesse, considerando que o facto de ter faltado a uma sessão significa que já não irão compreender as restantes, acabando no absentismo. Este desinteresse é muito comum, podendo também ocorrer devido ao facto de estes não se identificarem com as sessões e, por isso, não se sentirem motivados a estar presentes. É, então, importante que os técnicos garantam que estas são variadas, activas, motivacionais e do agrado dos participantes, assegurando desta forma a sua participação. No entanto, este factor nem sempre é do controlo do técnico e, por isso, existe uma grande probabilidade de que o número final de reclusos seja consideravelmente inferior aos 12 da primeira sessão.

Ora, após o término da educação por pares, uma nova fase do programa é iniciada: a transmissão de informação. Nesta etapa, os participantes têm a responsabilidade de partilhar os conhecimentos adquiridos com os restantes residentes no EP. No entanto, não é possível garantir que esta tarefa seja realmente realizada e, mesmo realizando, quinzenalmente, sessões de seguimento que permitam promover esta actividade, os

“Promoção de Práticas Alimentares Saudáveis e Melhores Cuidados de Higiene em Meio Prisional:
Um Programa de Educação por Pares”

técnicos não só não poderão obrigar os reclusos a realizá-la, como não poderão controlar que esta é ou não executada.

Contudo, e apesar da possibilidade da ocorrência destes percalços que poderão contribuir para o insucesso do programa, espera-se que tal não aconteça e que os resultados finais sejam muito positivos. Neste sentido, espera-se não só aumentar as taxas de literacia dos reclusos residentes no EP em questão, mas também iniciar uma nova estratégia de promoção de saúde nas prisões portuguesas, promovendo a implementação de mais projectos neste âmbito.

V. Conclusão Final

O desenvolvimento desta dissertação permitiu compreender a importância da prestação de cuidados no interior dos estabelecimentos prisionais. Estes são locais propícios à propagação de patologias, uma vez que os seus residentes são indivíduos que, devido aos seus reduzidos conhecimentos na área da saúde, adoptam comportamentos de risco que prejudicam gravemente o seu bem-estar físico e psicológico. Como tal, a prisão é, muitas vezes, encarada como uma oportunidade de tratar estes indivíduos, curando as suas patologias. No entanto, este tratamento parece não ser suficiente, uma vez que se estes continuarem a não compreender a necessidade de assumir atitudes preventivas, não irão modificar os seus comportamentos, aumentando a probabilidade de serem novamente contagiados. A promoção de saúde torna-se essencial no interior destas entidades, sendo que cada vez mais países adoptam programas deste género, promovendo o bem-estar da sua população prisional. Contudo, não foi possível compreender esta realidade em Portugal, uma vez que, neste país, não existem dados neste âmbito. Na verdade, os dados relativos à caracterização da população reclusa portuguesa são muito escassos e os existentes não se encontram actualizados.

Perante o exposto, a realidade da prestação de cuidados no interior dos estabelecimentos prisionais portugueses é desconhecida e, por isso, tornou-se necessário realizar uma recolha de dados que permitisse compreender esta realidade. Esta revelou-se surpreendente, uma vez que foi possível identificar uma grande variedade de problemas entre os reclusos residentes no EP estudado, verificando-se uma grande necessidade de investimento na promoção de saúde. Esta parece ser a única solução para este problema; contudo, o facto de não existirem dados publicados neste âmbito contribui para que esta seja uma problemática invisível, apenas do conhecimento dos funcionários que se encontram no desempenho de funções no interior destas entidades. Não obstante a realização de diversos esforços, por parte desses profissionais, no combate a esta realidade, tal como foi possível verificar ao longo deste trabalho, a intervenção efetuada não tem obtido os resultados esperados.

A alteração desta realidade é essencial, uma vez que o facto de os reclusos saírem do EP sem compreender a importância da adopção de atitudes preventivas que evitem o contágio de doenças poderá prejudicar não só o seu bem-estar físico e psicológico, mas também a saúde pública. Como tal, parece importante consciencializar a sociedade portuguesa para esta realidade, garantindo que esta se interessa pela implementação de programas que modifiquem esta situação. Será, então, necessário, primeiramente, promover junto dos estabelecimentos prisionais a publicação de dados relativos ao estado de saúde da comunidade reclusa, provendo a população em geral de informações, que poderão ser utilizadas para a implementação de projectos que visem combater esta problemática. Para tal, propõe-se que seja utilizada uma técnica ainda recente em Portugal: a educação por pares, uma estratégia que, tal como foi possível verificar, tem demonstrado um grande sucesso junto da comunidade prisional. Estes programas, após serem aplicados, devem ser analisados, de forma a verificar se existem falhas, assim como evitar que em futuras intervenções os mesmos erros sejam cometidos.

Desta forma, espera-se melhorar a realidade da população prisional portuguesa, dando-lhes acesso não só a cuidados, mas também a educação para a saúde. Estes indivíduos poderão, assim, modificar os seus comportamentos e promover as mesmas atitudes junto dos seus companheiros e familiares.

VI. Referências bibliográficas

AIDS Foundation of Chicago (sem data). *Expanded Peer-Based HIV Prevention Education Programs in Illinois Prisons*. USA: AIDS Foundation of Chicago.

American Medical Association (1999). *Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs*. EUA: Journal of the American Medical Association.

Australia Social Trends (2009). *Health Literacy*. Austrália: Australia Bureau of Statistics.

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2013). *Consumers, the health system and health literacy: Taking action to improve safety and quality*. Acedido em Maio 30, 2014, em <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/Consumers-the-health-system-and-health-literacy-Taking-action-to-improve-safety-and-quality2.pdf>.

Barbosa, M. (2014). *Promoção da saúde em ambiente prisional: Estratégias de prevenção e treino de competências, no Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo – Masculino*. In *1º Seminário de Literacia em Saúde em Contextos Penitenciários: Práticas de Terreno e Desafios*. Porto, 27 de Novembro 2014. Universidade Fernando Pessoa.

Baybutt, M., Acin, E., Hayton, P., & Dooris, M. (2014). *Promoting health in prisons: a settings approach*. Acedido em Julho 14, 2014, em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/249210/Prisons-and-Health,-21-Promoting-health-in-prisons-a-settings-approach.pdf.

Blaauw, E. & Van Marle, H. (2007). *Mental Health in prisons*. Denmark: World Health Organization.

“Promoção de Práticas Alimentares Saudáveis e Melhores Cuidados de Higiene em Meio Prisional:
Um Programa de Educação por Pares”

Berman, G. & Dar, A. (2013). *Prison Population Statistics*. Inglaterra: House of Commons Library.

Bogdan, R. & Biklen, S. (2010). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Portugal: Porto Editora

Bownes, I. (2006). *Improving mental health service*. Lisburn: Northern Ireland Prison Service & Health Promoting Agency.

Centers for Disease Control and Prevention (2014). *HIV in Correctional Settings*. Acedido em Maio 16, 2014, em <http://www.cdc.gov/hiv/risk/other/correctional.html>.

Centers for Disease Control and Prevention (2008). *Viral Hepatitis Specific Settings*. Acedido em Maio 16, 2014, em <http://www.cdc.gov/hepatitis/Settings/corrections.htm>.

Centers for Disease Control (2009). *What we know about...Health Literacy*. Acedido em Abril 28, 2014, em <http://www.cdc.gov/healthcommunication/audience/healthliteracy.pdf>.

Committee of Ministers (1973). *Standard Minimum Rules For The Treatment Of Prisoners*. Strasbourg: Council of Europe.

Committee of Ministers (1987). *The Committee Of Ministers To Member States On The European Prison Rules*. Strasbourg: Council of Europe.

Committee of Ministers (1998). *The Committee of Ministers to Member States Concerning the Ethical and Organizational Aspects of Health Care in Prison*. Strasbourg: Council of Europe.

Committee of Ministers of the Council of Europe (1998). *Recommendation No. R (98) 7 of the Committee of Ministers to Member States concerning the ethical and*

“Promoção de Práticas Alimentares Saudáveis e Melhores Cuidados de Higiene em Meio Prisional:
Um Programa de Educação por Pares”

organisational aspects of health care in prison. Strasbourg: Council of Europe.

Committee of Ministers (2006). *The Committee of Ministers to member states on the European Prison Rules*. Strasbourg: Council of Europe.

Constituição da República Portuguesa (2005). *Constituição da República Portuguesa*.
Acedido em Fevereiro 20, 2014, em
<http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>.

Corben, S. (2012). *NSW Inmate Census 2012: Summary Characteristics*. Austrália: Corrective Services NSW.

Crowe, E. (sem data). *What is Criminology? – Definition, History & Theories*.
Acedido a 6 de Janeiro, 2014, em <http://education-portal.com/academy/lesson/what-is-criminology-definition-history-theories.html>.

Coyle, A. (2007). *Standards in prison health: the prisoner as a patient*. Dinamarca: World Health Organization.

Dewalt, DA., Berkman, ND., Sheridan, S., Lohr, KN., & Pignone, MP. (2004). *Literacy and Health outcomes: a sistematic review of the literature*. Journal of General Internal Medicine.

Direcção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (2010). *Estatísticas Prisionais 3º Trimestre de 2010*. Acedido em Abril 1, 2014, em
http://www.dgsp.mj.pt/backoffice/Documentos/DocumentosSite/Estatisticas_e_Relatorios/3_Trimestre2010.pdf.

Direcção Geral de Reinserção Serviços Prisionais (2012). *Reclusos existente em 31 de Dezembro de 2012, segundo a instrução, sexo e nacionalidade*. Acedido em Abril 1, 2014, em

“Promoção de Práticas Alimentares Saudáveis e Melhores Cuidados de Higiene em Meio Prisional:
Um Programa de Educação por Pares”

http://www.dgsp.mj.pt/backoffice/uploads/anuais/20130313020334RecExist_InstSexNac.pdf.

Direcção Geral de Reinserção Serviços Prisionais (2013). *Reclusos condenados existentes em 31 de dezembro de 2013, segundo as penas e medidas aplicadas, por sexo e nacionalidade*. Acedido em Abril 1, 2014, em <http://www.dgsp.mj.pt/backoffice/uploads/anuais/20140529040516RecCondPenMedSexNac.pdf>.

Direcção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (2014). *População Prisional, por tipo de estabelecimento, segundo o sexo em 17 de março e 1 de Abril de 2014*. Acedido em Abril 1, 2014, em http://www.dgsp.mj.pt/backoffice/uploads/quinzenais/20140401030455Sex_17mar-1abr.pdf.

Direcção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (2014). *Estatísticas 2014*. Acedido em Setembro 30, 2014, em <http://www.dgsp.mj.pt/>.

Doak, C.C., Doak, L.G., & Root, J.H. (1985). *Teaching Patients With Low Literacy Skills*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

Fraser, A. (2007). *Primary health care in prisons*. Denmark: World Health Organization.

Hayton, P. (2007). *Protecting and promoting health in prisons: settings approach*. Denmark: World Health Organization.

Heidensohn, F., & Silvestri, M. (2012). *Gender and Crime*. Acedido em Outubro 1, de 2014, em: https://www.academia.edu/2573801/Gender_and_Crime_in_Oxford_Handbook_of_Criminology_2012_.

“Promoção de Práticas Alimentares Saudáveis e Melhores Cuidados de Higiene em Meio Prisional:
Um Programa de Educação por Pares”

Instituto Nacional de Estadística (2012). *Población reclusa por situación procesal-penal, sexo, period e edad*. Acedido em Abril 2, 2014, em <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>.

Irish Prison Service (2013). *Annual Report 2013*. Acedido em Abril 2, 2014, em http://www.irishprisons.ie/images/pdf/ar_2013.pdf.

International HIV/AIDS Alliance in Ukraine (2011). *Step bey Step. A training module on peer education in prison*. Ukraine: Regional Technical Support Hub Eastern Europe and Central Asia.

International Justice Resource Center (2013). *Revision of The Standard Minimum Rules for The Treatment of Prisoners to Continue at The Third Intergovernmental Expert Group Meeting*. Acedido em Maio 10, 2014, em <http://www.ijrcenter.org/2013/12/31/revision-of-the-standard-minimum-rules-for-the-treatment-of-prisoners-to-continue-at-the-third-intergovernmental-expert-group-meeting/>.

Kanj, M. & Mitic, W. (2009). *Promoting health and development: closing the implementation gap*. Quénia: World Health Organization.

Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., & Paulsen, C. (2006). *National Assessment of Adult Literacy: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy*. EUA: U.S. Department of Education.

Laticevschi, 2007. – Laticevschi, D. (2007). *Communicable diseases*. Denmark: World Health Organization.

Laukman-Josten, U. (1996). *Prevention of HIV spread in developing countries*. USA: US National Librabry os Medicine.

“Promoção de Práticas Alimentares Saudáveis e Melhores Cuidados de Higiene em Meio Prisional:
Um Programa de Educação por Pares”

Medley, A., Kennedy, C., O'Reilly, K., & Sweat, M. (2009). *Effectiveness of Peer Education Interventions for HIV Prevention in Developing Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis*. USA: AIDS Education and Prevention, The Guilford Press.

Ministério da Saúde (2004). *Plano de Acção para a Saúde 2004: Áreas prioritárias*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010: Mais saúde para Todos*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Ministério da Justiça (2010). *Relatório de Actividades de 2010 – Volume II*. Direcção Geral dos Serviços Prisionais.

Ministry of Justice (2013). *Proven Re-offending Statistics – July 2010 – June 2011*. Acedido em Abril 13, 2014, em <https://www.gov.uk/government/publications/proven-re-offending--2>.

Molassiotis, A., Saralis-Avis, I., Nyirenda, W., & Atkins, N. (2009) *The Simalelo Peer Education Programme for HIV prevention: a qualitative process evaluation of a project in Zambia*. Zambia: African Journal of AIDS.

Nesset, M.B., Rustad, A.B., Kjelsberg, E., Almvik, R., & Bjorngaard, J.H. (2011). *Health care help seeking behaviour among prisoners in Norway*. Norway: BMC Health Services Research.

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (1957). *Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners*. Acedido em Maio 9, 2014, em http://www.unodc.org/pdf/criminal_justice/UN_Standard_Minimum_Rules_for_the_Treatment_of_Prisoners.pdf.

“Promoção de Práticas Alimentares Saudáveis e Melhores Cuidados de Higiene em Meio Prisional:
Um Programa de Educação por Pares”

Ordem dos Médicos (2009). *Manual de Procedimentos: Para a prestação de cuidados de saúde em meio prisional*. Lisboa: Direcção Geral dos Serviços Prisionais.

O’ Mahony, P. (2008). *Key Issues for Dugs Policy in Irish Prisons*. Dublin: Drug Policy Action Group.

Parker, R. (2000). *Health Literacy: a challenge for american patients and their health care providers*. Atlanta: Health Promotion Internacional.

Paashe-Orlow, M. (2011). *Caring for Patients With Limited Health Literacy: A 76-Year-Old Man With Multiple Medical Problems*. EUA: The Journal of the American Medical Association.

Paashe-Orlow, M. & Wolf, M. (2007). *The causal Pathways linking Health Literacy to Health Outcomes*. American Journal of Health Behaviour.

Peerson, A., & Saunders, M. (2011). *Men’s Health Literacy in Australia: In Search a Gender Lens*. Australia: Internacional Journal of Men’s Health.

Pelikan, J.M., Rothlin, F., & Ganahl, K. (2012). *Comparative Report On Health Literacy In Eight EU Member States*. Netherlands: Executive Agency for Health and Consumers.

Portal Brasil (2012). *Colesterol é uma das principais causas de problemas cardíacos no país*. Consultado em Janeiro 20, 2015, em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/08/dia-nacional-do-controle-do-colesterol-e-comemorado-nesta-quarta-8>.

Portal da Saúde (2014). *Portal da Saúde - Hipertensão arterial*. Acedido a Janeiro 20, 2015, em

“Promoção de Práticas Alimentares Saudáveis e Melhores Cuidados de Higiene em Meio Prisional:
Um Programa de Educação por Pares”

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaud e/doencas/doencas+do+aparelho+circulatorio/hipertensao+arterial.htm>.

Provedor de Justiça (2003). *As nossas Prisões – III relatório*. Lisboa: Provedoria de Justiça.

Provedor de Justiça (1999). *As nossas Prisões II – Relatório especial do Provedor de Justiça à Assembleia da República – 1998*. Lisboa: Provedoria de Justiça.

Ramlungun, P., Lindsay, B., & Pfeif, M. (2001). *Research in prison: a researcher-practitioner's view*. *Nurse Researcher*, 17 (3), 60-71.

Reekie, J.M. et al. (2014). *Trends in HIV, Hepatitis B and Hepatitis C prevalence among Australian prisoners – 2004, 2007, 2010*. Austrália: Med J Aust.

Robinson, J. (1994). *Prison HIV Peer education: Report of the National Prison HIV Peer Education Project*. Australia: National Library of Australia.

Ross, M.W. (2013). *Health and Health Promotion in Prisons*. New York: Routledge.

Ross, M.W., Harzke, A.J., Scott, D.P., McCann, K., & Kelly, M. (2006). *Outcomes Of Project Wall Talk: An HIV/AIDS Peer Education Program Implemented Within The Texas State Prison System*. USA: AIDS Education and Prevention.

Saúde que Conta (2014). *Literacia em Saúde*. Acedido em Janeiro 3, 2015, em <http://www.saudequeconta.org/index.php/site/literacia>.

Saunders, R.P., Evans, M.H., & Joshi, P. (2005). *Developing a process-evaluation plan for assessing health promotion program implementation: a how-to guide*. USA: National Institute of Health.

Schillinger, D., Wang, F., Rodriguez, M., Bindman, A., & Machtinger, EL. (2006). *The importance of establishing regimen concordance in preventing medication errors in anticoagulant care*. EUA: Journal of Health Communication.

Schillinger, D., Machtinger, EL., Wang, F., Palacios, J., Rodriguez, M., & Bindman, A. (2006). *Language, literacy, and communication regarding medication in an anticoagulant clinic: a comparison of verbal vs visual assessment*. EUA: Journal of Health Communication.

Spandorfer, JM., Karras, DJ., Hughes, LA., & Caputo, C. (1995). *Comprehension of discharge instruction by patients in an urban emergency department*. USA: US National Library of Medicine.

Speros, C. (2005). *Health literacy – concept analysis*. Journal of Advanced Nursing.

Tenibiaje, DJ. (2014). *Investigating Literacy and Health Literacy in Nigerian Prisons*. Nigéria: International Journal of Humanities Social Sciences and Education.

Torres, A.C, & Gomes, M.C. (2002). *Drogas e Prisões em Portugal*. Lisboa: CIES/ISCTE.

Torres, A.C. (2007). *Drogas e Prisões em Portugal II*. Lisboa: CIES/ISCTE.

Unicef (2012). *Peer education*. Acedido em Novembro 10, 2014, em http://www.unicef.org/lifeskills/index_12078.html.

United Nations Organization (1990). *Basic Principles for the Treatment of Prisoners. Adopted and proclaimed by General Assembly resolution 45/111 of 14 December 1990*. New York: United Nations.

Vale, I. (2004). *Algumas notas sobre Investigação Qualitativa em Educação Matemática, O Estudo de Caso*. Viana do Castelo: Revista da Escola Superior de Educação.

“Promoção de Práticas Alimentares Saudáveis e Melhores Cuidados de Higiene em Meio Prisional:
Um Programa de Educação por Pares”

Vincles Salut (2011). *Guía para la promoción de la salud mental en el Medio Penitenciario*. Madrid: Ministerio del Interior, Secretaria General de Instituciones Penitenciarias.

Wartna, B. (2009). *Monotiring Recidivism: Making Internacional Comparisons*”. França.

Weinbaum, C.M., Sabin, K.M., & Santibanez, S.S. (2005) *Hepatitis B, hepatitis C, and HIV in correctional populations: a review of epidemiology and prevention*. Atlanta: National Library of Medicine National Institutes os Health.

Williams, M.V., et al. (1995). *Inadequate Functional Health Literacy among Patients at Two Public Hospitals*. Atlanta: Journal of the American Medical Association.

Wilper, A.P. et al. (2009). *The Health and Health Care of US Prisoners: Results of a Nationwide Survey*. USA: American Public Health Association.

World Health Organization (1998). *Division of health promotion, education and communication health education and health promotion unit*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (1998). *Mental Health Promotion in Prisons*. Denmark: World Health Organization.

World Health Organization (2003). *WHO definition os Health*. Acedido em Novembro 11, 2014, em <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.

World Health Organization (2007). *Health in prisons: A who guide to the essentials in prison health*. Copenhaga: World Health Organization Europe

World Health Organization (2014). *HIV in prisons*. Copenhaga: WHO Regional Office for Europe.

“Promoção de Práticas Alimentares Saudáveis e Melhores Cuidados de Higiene em Meio Prisional:
Um Programa de Educação por Pares”

Zack, B., Smith, C., Andrews, MC., & May, J.P. (2012). “Peer Health Education in Haiti’s National Penitentiary: The “Health through Walls” Experience”. USA: Journal of Correctional Health Care.

“Promoção de Práticas Alimentares Saudáveis e Melhores Cuidados de Higiene em Meio Prisional:
Um Programa de Educação por Pares”

ANEXOS

Anexo I – Guião de Entrevista

- 1.** Em primeiro lugar, gostaríamos de saber há quanto tempo desempenha funções neste EP.
- 2.** Na sua perspetiva, quais são os problemas de saúde que mais afetam os reclusos?
- 3.** Qual a sua opinião quanto ao uso que os reclusos fazem dos serviços de saúde?
- 4.** Que cuidados é que os reclusos privilegiam e que cuidados não têm com a sua própria saúde?
- 5.** Em que medida considera que os reclusos se envolvem ativa e efetivamente nos cuidados com a sua saúde?
- 6.** Que obstáculos considera existir neste processo?
- 7.** Que dificuldades identifica na comunicação com os reclusos ao nível destas questões da saúde?
- 8.** Quais são os cuidados que mais frequentemente são prestados aos utentes pelos serviços do EP? E isto tem a ver com a procura desses cuidados pelos reclusos ou com a identificação dos próprios técnicos quanto a essas necessidades? O que pensa que poderia ser feito para complementar os serviços que já são prestados?
- 9.** Já foram até agora implementadas iniciativas com os reclusos nesta temática dos cuidados e dos conhecimentos de saúde? Como correram e com que adesão contaram? Existem relatórios ou avaliações dessas ações a que possamos aceder?
- 10.** Que áreas apontaria como prioritárias numa intervenção que pretenda promover a literacia/os conhecimentos em saúde dos reclusos?

11. Veria vantagens em se envolver num projeto que pretenda formar reclusos enquanto agentes de saúde entre os seus pares?

Anexo II – Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) -----
-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na fase de levantamento de necessidades do projeto “Saúde em cadeia: Programa de promoção da literacia em saúde entre pares em contexto penitenciário”, da responsabilidade da Universidade Fernando Pessoa, financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian, nomeadamente ao nível da auscultação da minha perspetiva quanto às necessidades mais prementes dos reclusos que podem vir a ser respondidas com este projecto.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, me foi afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal, assim como de que os dados resultantes da entrevista que me será realizada serão apenas utilizados para fins científicos, estando ao abrigo dos princípios da confidencialidade e do anonimato.

Data: ____/_____/2014

Assinatura: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura:

Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

Anexo III

Cronograma de Actividades 2016

	1º Fase e Seleção de reclusos	Questionários HA e CH*	Educação por Pares	Avaliação do processo da educação por pares	Análise de Resultados	Avaliação da educação por pares	Sessões de Seguimento	Avaliação do processo das sessões de seguimento
1ºMês								
2ºMês								
3ºMês								
4ºMês								
5ºMês								
6ºMês								
7ºMês								
8ºMês								
9ºMês								
10ºMês								
11ºMês								
12ºMês								

* HA: Questionários sobre os Hábitos Alimentares (anexo VI)

CH: Questionário sobre os Cuidados de Higiene (anexo VII)

Cronograma de Actividades 2017

	Sessões de Seguimento	Avaliação do processo das sessões de seguimento	Avaliação da transmissão de informação
13ºMês			
14ºMês			
15ºMês			
16ºMês			
17ºMês			
18ºMês			
19ºMês			
20ºMês			
21ºMês			
22ºMês			
24ºMês			
25ºMês			

Anexo IV - Pedido de Autorização para a DGRSP para implementação do projecto: “Promoção de Práticas Alimentares Saudáveis e Melhores Cuidados de Higiene em Meio Prisional: Um Programa de Educação por Pares” no EPSCB.

Exmo. Sr. Director-Geral

Dr. Rui Sá Gomes

Venho por este meio solicitar a necessária autorização para a implementação do programa “Promoção de Práticas Alimentares Saudáveis e Melhores Cuidados de Higiene em Meio Prisional: Um Programa de Educação por Pares”, no EPSCB, entre Janeiro de 2016 e Dezembro de 2017, o qual V. Exc^a mui dignamente dirige.

Tal programa visa a promoção da saúde entre os reclusos residentes neste local, aumentando, assim, as suas taxas de literacia em saúde, ao mesmo tempo que se contribui para melhorar o seu bem-estar físico e psicológico.

Gostaria de salientar que a implementação deste programa será flexibilizada de acordo com o funcionamento do EP em questão, sendo a calendarização e a organização deste acordados com a direcção desta entidade, garantindo desta forma que não existe qualquer perturbação no funcionamento do EP. Como tal, a concretização deste programa estará dependente da disponibilidade dos funcionários e reclusos deste local, que apenas poderão participar neste programa após ser obtido o seu consentimento por escrito.

Encontro-me disponível para a prestação de quaisquer esclarecimentos necessários.

Agradeço desde já a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

Natacha Fernandes

Anexo V - Pedido de Autorização para implementação do projecto: “Promoção de Práticas Alimentares Saudáveis e Melhores Cuidados de Higiene em Meio Prisional: Um Programa de Educação por Pares” no EPSCB.

Exmo. Sr. Dr. Henâni Vieira

Venho por este meio solicitar a necessária autorização por parte de V. Exc^a para a implementação do programa “Promoção de Práticas Alimentares Saudáveis e Melhores Cuidados de Higiene em Meio Prisional: Um Programa de Educação por Pares”, no EPSCB, entre Janeiro de 2016 e Dezembro de 2017. Este visa a promoção de saúde entre os reclusos residentes neste local aumentando, assim, as suas taxas de literacia em saúde, ao mesmo tempo que se contribui para melhorar o seu bem-estar físico e psicológico.

Gostaria de salientar que a implementação deste programa será flexibilizada de acordo com o funcionamento do EP em questão, sendo a calendarização e a organização deste acordados com a direcção desta entidade, garantindo, desta forma, que não existe qualquer perturbação no funcionamento do EP. Como tal, a concretização deste programa estará dependente da disponibilidade dos funcionários e reclusos deste local, que apenas poderão participar neste programa após ser obtido o seu consentimento por escrito.

Em anexo envio a descrição pormenorizada do programa.

Encontro-me disponível para a prestação de quaisquer esclarecimentos necessários.

Agradeço desde já a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

Natacha Fernandes

Título: “Promoção de Práticas Alimentares Saudáveis e Melhores Cuidados de Higiene em Meio Prisional: Um Programa de Educação por Pares”

Memória descritiva

A comunidade reclusa representa, na sua maioria, populações marginalizadas da sociedade, sendo composta por indivíduos com um reduzido acesso aos cuidados de saúde, que possivelmente apenas usufruíram destes serviços após a entrada no EP. Como tal, esta comunidade possui uma saúde precária, com um historial de doenças crónicas não tratadas, sendo estas o resultado da adopção de comportamentos de risco, especialmente o consumo de substâncias. Desta forma, a maioria dos reclusos dá entrada nesta entidade já infectado com algum tipo de patologia, contudo, desconhecendo esta realidade. Este é o resultado de uma comunidade com um baixo nível de escolaridade e literacia em saúde, não compreendendo, por isso, as consequências negativas destes comportamentos e da falta de atitudes preventivas, não frequentando tampouco os serviços de saúde com regularidade. Estes comportamentos de risco continuam após a reclusão, aumentando assim o risco de contração de patologias, pois trata-se de um local fechado, onde todos os residentes partilham não só o mesmo ambiente físico e social, mas também objectos pessoais, que, muitas vezes, contribuem para a rápida propagação de doenças neste local. Como tal, a promoção de saúde entre esta comunidade é imprescindível. A intervenção através da educação por pares é a abordagem mais indicada, já que tem revelado resultados cada vez mais positivos entre a população prisional. Desta forma, após a avaliação de necessidades realizada pelo programa desenvolvido anteriormente neste local, pretende-se, não só, aumentar a literacia em saúde desta comunidade, mas também melhorar os seus hábitos alimentares e cuidados de higiene pessoal.

Objectivos

O presente projeto de intervenção apresenta como objetivos:

1. Aumentar a literacia em saúde da população prisional
 - 1.1. Sensibilizar esta comunidade para a existência de determinadas patologias;

1.2 Sensibilizar esta comunidade para a forma de propagação dessas patologias;

1.3 Promover a adopção de atitudes preventivas.

2. Promover a adopção hábitos alimentares saudáveis entre a população prisional

2.1 Sensibilizar para as consequências negativas de uma alimentação desadequada;

2.2 Promover a mudança de hábitos alimentares;

2.3 Promover a capacidade de difusão desta mensagem entre a restante população reclusa.

3. Promover a adopção de hábitos de higiene pessoal

3.1 Sensibilizar para a rápida propagação de patologias devido aos fracos cuidados e higiene.

Duração do Projecto

O projecto terá a duração de 2 anos, com início previsto para o dia 2 de Janeiro de 2016 e término para o dia 31 de Dezembro de 2017.

Número de Sessões a Realizar

Durante a realização deste projecto, pretende-se realizar 17 sessões de trabalho com 12 reclusos residentes no EPSCB. Para a realização destas, o EP deverá ceder uma sala com mesas e cadeiras para todos os presentes e, ainda, uma quadro branco.

Critério de Selecção do Grupo de Participantes

O grupo de reclusos a participar nestas sessões não deverá ser superior a 12, devendo estes ser escolhidos pelos técnicos responsáveis pelo programa, em colaboração com a equipa técnica do EP. Esta escolha deverá corresponder a determinadas critérios, garantindo desta forma o sucesso do programa. Como tal, os reclusos escolhidos devem:

- . Ser responsáveis;
- . Possuir capacidade de liderança;
- . Possuir uma literacia em saúde funcional;

- . Ser respeitados pelos restantes reclusos residentes no EP;
- . Possuir competências comunicacionais e sociais;
- . Possuir competências de trabalho em equipa;
- . Manifestar motivação e interesse em participar neste programa.

Títulos e Objectivos das Sessões a Realizar

Título	Objectivos
<p>Sessão 1: <i><u>Bem-vindos!</u></i></p>	<ul style="list-style-type: none"> . Apresentação dos técnicos e participantes; . Apresentação do grupo de participantes; . Apresentação do programa de intervenção; . Concepção de um ambiente de trabalho favorável.
<p>Sessão 2: <i><u>Fazes uma alimentação saudável?</u></i></p>	<ul style="list-style-type: none"> . Introdução ao tema da saúde; . Transmissão de conceitos básicos em saúde; . Introdução ao tema dos hábitos alimentares.
<p>Sessão 3: <i><u>Super Size Me</u></i></p>	<ul style="list-style-type: none"> . Demonstração prática das consequências para a saúde, de uma alimentação errada; . Sensibilização para adopção de hábitos alimentares saudáveis.
<p>Sessão 4: <i><u>Como posso praticar uma alimentação saudável?</u></i></p>	<ul style="list-style-type: none"> . Promover a adopção de hábitos alimentares saudáveis; . Promoção do conhecimento da roda dos alimentos; . Reflexão sobre os hábitos alimentares realizados pelos participantes.

<p style="text-align: center;">Sessão 5: <u>Vamos praticar exercício físico!</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> . Promoção do exercício físico; . Sensibilização para a prática de actividade física; . Relacionar o exercício físico e a saúde.
<p style="text-align: center;">Sessão 6-10: <u>Vamos partilhar o que aprendemos?</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> . Promoção da educação por pares; . Promoção da prevenção do colesterol, hipertensão e diabetes entre os reclusos residentes no EPSCB. . Promoção da actividade física entre reclusos residentes no EPSCB; . Promoção de hábitos alimentares saudáveis entre reclusos residentes no EPSCB.
<p style="text-align: center;">Sessão 11: <u>A higiene é muito importante!</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> . Identificação dos hábitos de higiene pessoal dos participantes; . Sensibilização dos participantes para a importância da realização da higiene pessoal; . Sensibilização para adopção de melhores hábitos de higiene.
<p style="text-align: center;">Sessão 12: <u>O doutor vai-nos ajudar!</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> . Identificação de problemas causados pelos fracos cuidados de higiene; . Sensibilização para adopção de atitudes preventivas; . Sensibilização para a higiene do meio; . Promoção da higiene oral; . Promoção da higiene pessoal.
<p style="text-align: center;">Sessão 13: <u>Sabias que bons hábitos de higiene aumentam a auto-estima?</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> . Aumentar a auto-estima dos reclusos; . Relacionar os hábitos de higiene com auto-estima; . Promover a importância da higiene nas

	relações interpessoais.
<p style="text-align: center;"><u>Sessão 14-17:</u> <i><u>Vamos partilhar o que aprendemos?</u></i></p>	<ul style="list-style-type: none">. Promoção da adopção de hábitos de higiene entre os reclusos residentes no EPSCB;. Promoção da mudança dos hábitos de higiene dos reclusos residentes neste EP.

Anexo VI – Questionário: Hábitos Alimentares



1. Considera as suas escolhas alimentares saudáveis?

Sim

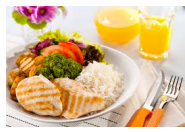
Não

Mais ou menos

2. Das seguintes imagens assinale as que, na sua opinião, representam uma alimentação saudável:



3. Das seguintes imagens assinale as suas preferências:



4. Considera que a sua alimentação diária é realizada à base de doces?

Sim

Não

Mais ou menos

5. Na sua opinião, considera que uma alimentação à base de açúcares e doces, contribui para o excesso de peso?

Sim

Não

Mais ou menos

6. Considera que o excesso de peso pode trazer consequências negativas para a sua saúde?

Sim

Não

Mais ou menos

7. Na sua opinião, a obesidade é uma consequência de uma má alimentação?

Sim

Não

Mais ou menos

8. Que doenças conhece que estejam relacionadas com uma má alimentação?

.....

9. Na sua opinião, considera que a alimentação servida na cantina do deste estabelecimento saudável?

Sim

Não

Mais ou menos

10. Na sua opinião, o que deverá mudar na alimentação servida na cantina deste estabelecimento?

.....

Obrigada pelas vossas respostas!



Anexo VII – Questionário: Cuidados de Higiene



1. Considera importante tomar banho com frequência?

Sim

Não

Mais ou menos

2. Utiliza a mesma roupa mais de duas vezes?

Sim

Não

Às vezes

3. Dorme com a mesma roupa que utilizou durante o dia?

Sim

Não

Às vezes

4. Considera importante o arejamento do seu calçado?

Sim

Não

Às vezes

4.1. Considera possuir condições para realizar esta tarefa?

Sim

Não

Às vezes

5. Considera saudável fumar num local fechado com todos os seus companheiros?

Sim

Não

Mais ou menos

6. Partilha objectos pessoais com os seus companheiros (como gilettes, seringas, copos...)?

Sim

Não

Às vezes

7. Utiliza o mesmo copo repetidas vezes sem o lavar primeiro?

Sim

Não

Às vezes

8. Tem conhecimento, que os maus hábitos de higiene aumentam a probabilidade de propagação de doenças?

Sim

Não

Mais ou menos

9. Considera possuir bons hábitos de higiene?

Sim

Não

Mais ou menos

10. Com que frequência escova os seus dentes?

.....

11. Considera possuir uma boa saúde oral?

Sim

Não

Mais ou menos

12. Considera importante possuir bons hábitos de higiene?

Sim

Não

Mais ou menos

13. Na sua opinião o estabelecimento prisional fornece os materiais necessários para realizar a sua higiene pessoal?

Sim

Não

Às vezes

14. Na sua opinião o estabelecimento prisional fornece as condições necessárias para a realização da sua higiene?

Sim

Não

Mais ou menos

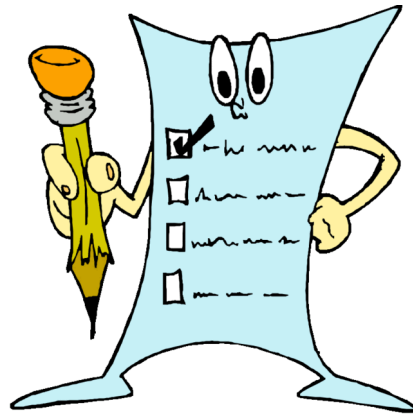
Obrigada pelas vossas respostas!



Anexo VIII – Avaliação da Sessão

Avaliação da Sessão N^o: ...

Data: .../.../...



1. Considerou a sessão realizada interessante?

Muito Pouco Pouco Mais ou menos Muito Muitíssimo

2. Considerou os temas tratados nesta sessão importantes?

Muito Pouco Pouco Mais ou menos Muito Muitíssimo

3. Na sua opinião, qual o tema mais interessante?

.....

3.1. E menos interessante?

.....

4. Na sua opinião, quais as actividades mais interessantes?

.....

4.1. E as menos interessantes?

5. Na sua opinião, esta sessão aumentou os seus conhecimentos acerca dos temas tratados?

Muito Pouco Pouco Mais ou menos Muito Muitíssimo

6. Na sua opinião, os temas tratados nesta sessão são úteis para o seu dia-a-dia?

Muito Pouco Pouco Mais ou menos Muito Muitíssimo

7. Pretende partilhar o que aprendeu nesta sessão com os seus companheiros?

Sim Não

8. Pretende assistir à próxima sessão?

Sim Não

Obrigada pelas suas respostas!



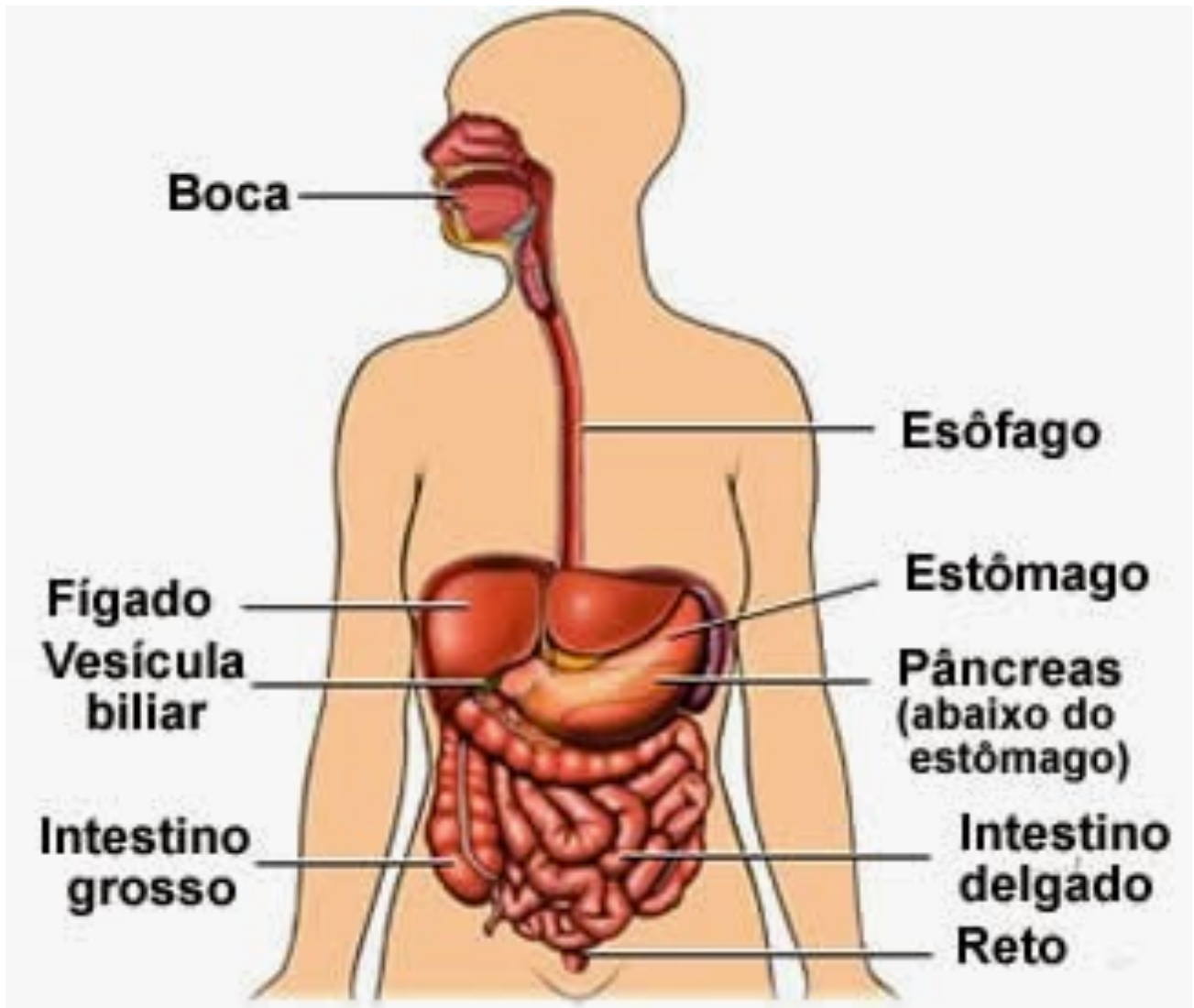
Anexo IX – Saúde






Anexo X – Hábitos Alimentares Desadequados



Anexo XI – Corpo Humano



Anexo XII – A saúde e os hábitos alimentares desadequados

	Colesterol 	Hipertensão 	Diabetes 
O que é?			
Sintomas			
Causas			
Consequências			
Prevenção			
Alimentos que ajudam a reduzir			
Diferentes tipos			
Diagnosticada quando			

Anexo XIII – Cartões

Colesterol:

O que é?

. É gordura que se encontra presente no nosso organismo, sendo necessário a várias funções vitais. No entanto, quando está em excesso torna-se perigoso e aumenta o risco de doenças cardiovasculares.

Sintomas:

. Não apresenta sintomas.

Consequências:

. Doenças coronárias;
. Doenças cardiovasculares.

Causas:

. Consumo excessivo de gordura;
. Excesso de peso;
. Hereditariedade;
. Fumar;
. Idade;
. Diabetes.

Alimentos que ajudam a reduzir

. Frutas;
. Legumes.

Prevenção:

. Evitar o consumo de gorduras de origem animal;
. Realização regular de actividade física;
. Não fumar.

Diferentes tipos:

. LDL: “Mau” Colesterol;
. HDL: “Bom” Colesterol.

Diagnosticada quando

. Superior a 190 mg/dl.

Hipertensão:

O que é?

. É uma doença determinada pelos elevados níveis de tensão arterial, ou seja, do sangue.

Sintomas:

. Tensão arterial elevada;
. Dores no peito;
. Dor de cabeça;
. Tonturas;
. Fraqueza.

Causas:

. Obesidade;
. Má alimentação;
. Sedentarismo;
. Consumo excessivo de álcool;
. Consumo excessivo de sal.

Consequências:

. Risco de paragem cardíaca;
. Doenças cardiovasculares;
. Cegueira.

Prevenção:

. Evitar o consumo excessivo de álcool ou de sal;
. Realização regular de actividade física;
. Realizar uma alimentação saudável.

Alimentos que ajudam a reduzir

. Frutas;
. Legumes

Diferentes tipos:

. Hipertensão essencial;

. Hipertensão arterial secundária.

Diagnosticada quando é:

. Superior a 140/90 mm Hg.

Diabetes:

O que é?

. É uma doença crónica determinada pelos elevados níveis de açúcar do sangue.

Causas:

. Urinar frequentemente;
. Sentir muita sede;
. Emagrecer rapidamente;
. Dores musculares;
. Dores de cabeça;
. Náuseas e vómitos.

Consequências:

. Sensibilidade excessiva à dor e à temperatura;
. Feridas e outras complicações nos pés;
. Insuficiência renal;
. Problemas na visão e mesmo cegueira;
. Problemas no sistema digestivo;
. Disfunção erétil.

Sintomas:

. Urinar frequentemente;
. Sentir muita sede;
. Emagrecer; rapidamente;
. Dores musculares;
. Dores de cabeça;
. Náuseas e vómitos.

Prevenção:

. Não é possível prevenir, mas é possível controlar a doença com uma alimentação saudável e realização regular de exercício físico.

Alimentos que ajudam a reduzir

. Pão;
. Arroz.

Diagnosticada quando é:

Em jejum:

<70 mg/dl ou >126 mg/dl;

2 horas após a refeição:

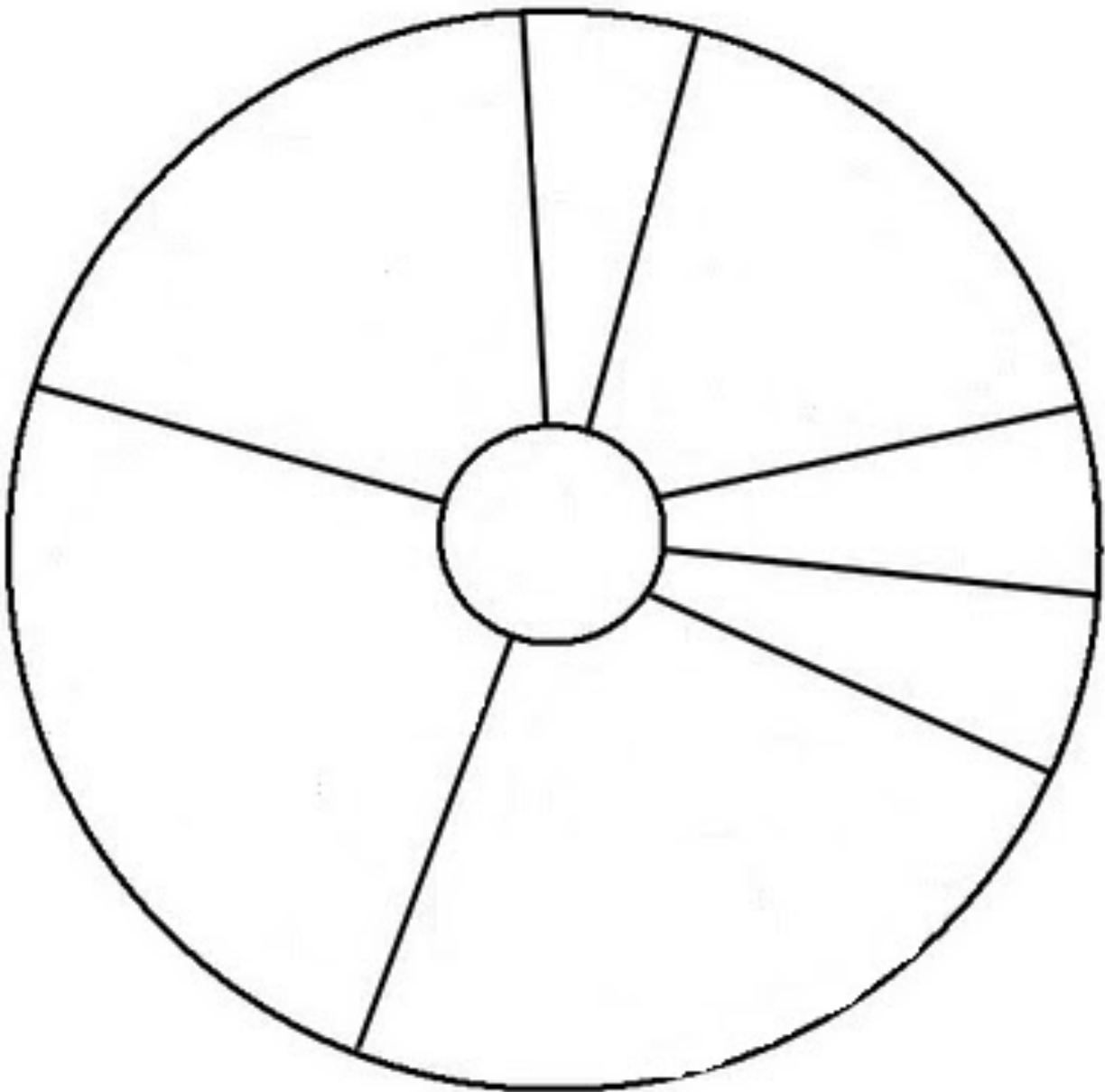
<70 mg/dl ou >200 mg/dl.

Diferentes tipos:

. Tipo I

. Tipo II

Anexo XIV- Roda dos alimentos incompleta



Anexo XV – Roda dos Alimentos



Anexo XVI- Hábitos Alimentares Incorretos



Anexo XVII- Hábitos Alimentares Saudáveis



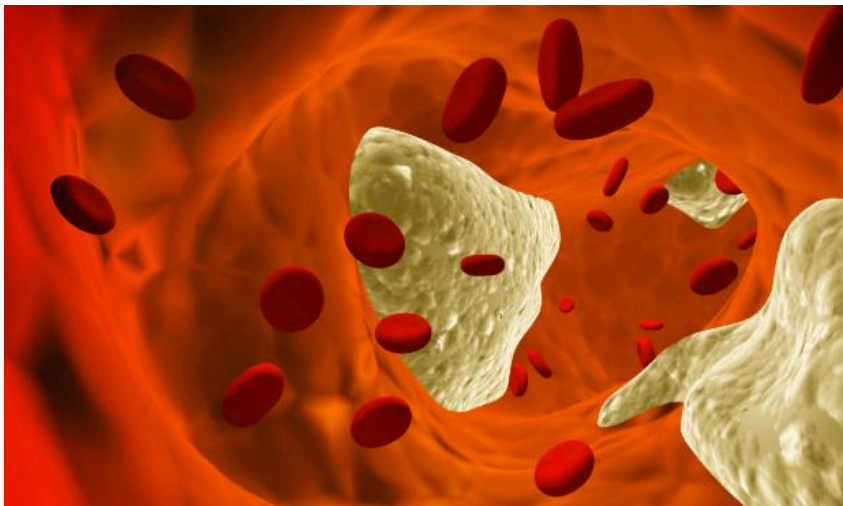
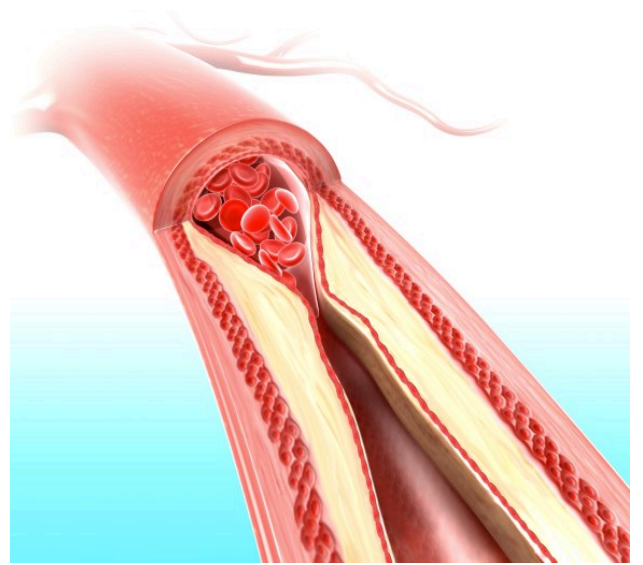
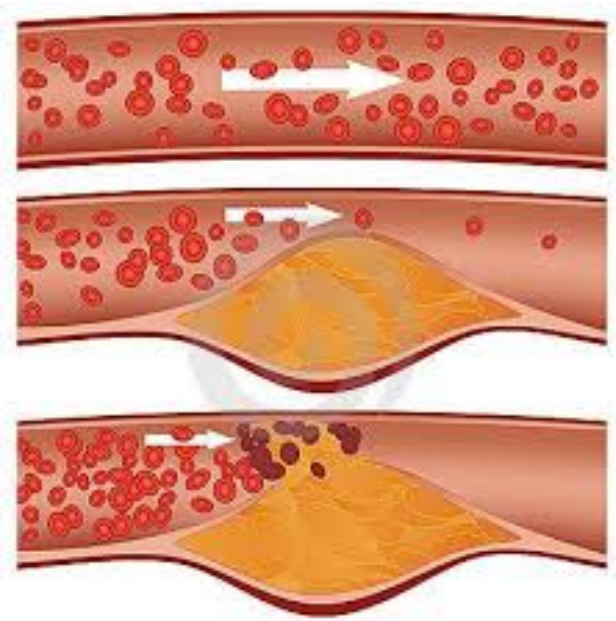
Anexo XVIII – Faça um alimentação saudável?

	Pequeno-almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Ceia
 <p>Fruta e produtos hortícolas</p>					
 <p>Cerais e derivados, leguminosas e tubérculos</p>					
 <p>Leite, iogurte, queijo, requeijão</p>					
 <p>Carne, peixe e ovos</p>					
 <p>Gorduras</p>					
 <p>Água, sumo natural</p>					

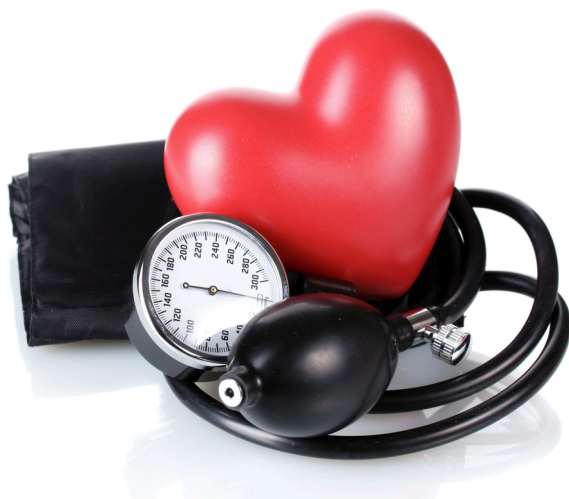
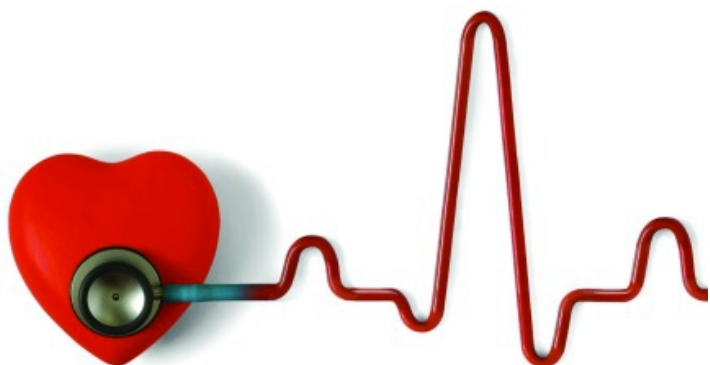
Anexo XIX – Exercício Físico



Anexo XX - Colesterol



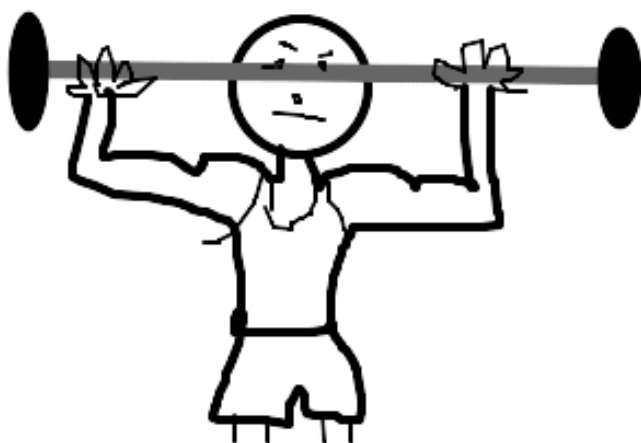
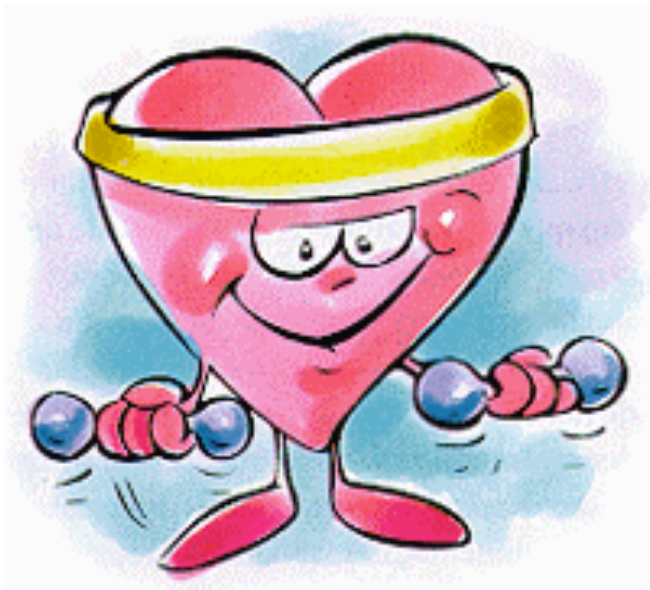
Anexo XXI – Hipertensão



Anexo XXII - Diabetes



Anexos XXIII – Prática de Exercício Físico



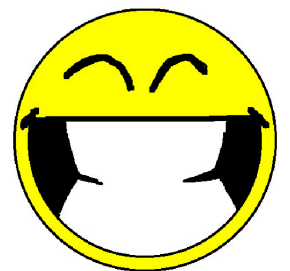
Anexo XXIV – Hábitos Alimentares Saudáveis



Anexo XXV – Como são os teus hábitos de higiene?

	Várias vezes ao dia	Uma vez por dia	Dia sim dia não	Mais de dois dias
Lavar as mãos 				
Tomar banho 				
Lavar os dentes 				
Mudar de roupa 				
Cortar as unhas 				
Arejar o calçado 				

Anexo XXVI – “Smiles”



Anexo XXVII – Patologias relacionadas com os hábitos de higiene

Imagem 1 – Gripe



Imagem 2 – Bactérias

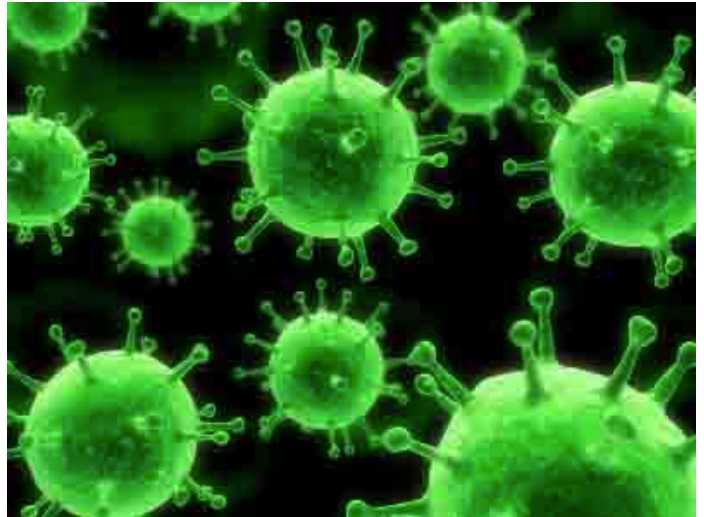


Imagem 3 - Micoses



Imagem 4 – Vírus



Imagem 5 – Doenças de Pele

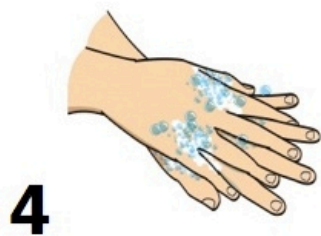


Imagem 6 – Mau-cheiro



© Can Stock Photo - csp10169037

Anexo XXVIII – Como lavar as mãos?



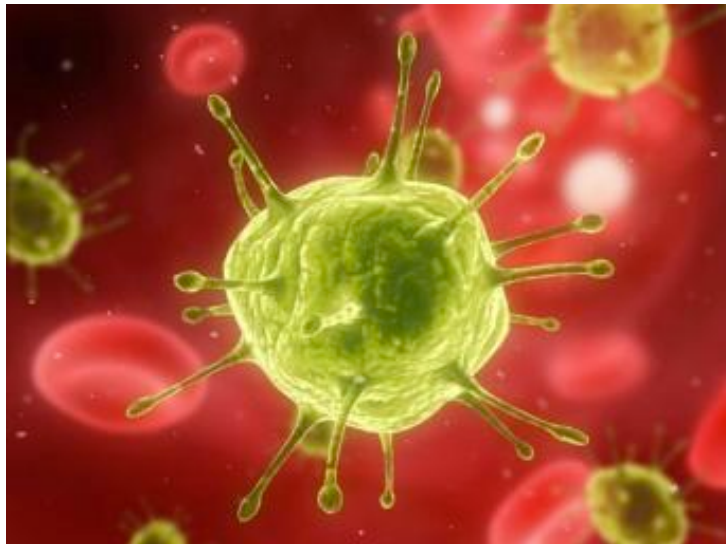
Anexo XXIX – Como lavar os dentes?



Anexo XXX – Limpeza das celas



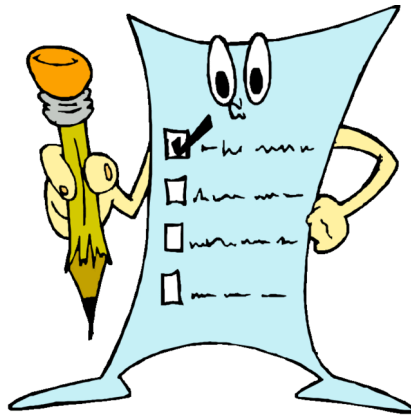
Anexo XXXI – Higiene VS Saúde



Anexo XXXII – Avaliação Final das Sessões de Seguimento

Avaliação da Sessão N°: ...

Data: .../.../...



1. Considerou a sessão realizada importante?

Muito Pouco Pouco Mais ou menos Muito MUITÍSSIMO

2. Antes do início da sessão, possuía dúvidas em relação à sua função como educador de pares?

Sim Não

2.1. Se sim, estas dúvidas foram esclarecidas?

Sim Não

3. Na sua opinião, a sessão realizada auxiliou-o na sua função de educador de pares?

Muito Pouco Pouco Mais ou menos Muito MUITÍSSIMO

4. Pretende continuar a partilhar os seus conhecimentos com os restantes residentes no estabelecimento prisional?

Sim Não

5. Pretende assistir à próxima sessão de seguimento?

Sim Não

Obrigada pelas suas respostas!



Anexo XXXIII – Avaliação do processo: Relatório Semanal de Actividades

Relatório Semanal de Actividades	
Sessão:	Dia:
Nº de Participantes presentes:	Duração:
Actividades desenvolvidas:	Tempo despendido:
	Total:
Análise da avaliação final realizada pelos participantes:	
Análise e reflexão crítica sobre a execução das actividades:	

Outras considerações:

As Coordenadoras do Projecto:

Anexo XXXIV- Avaliação do processo: Relatório Mensal de Actividades

Relatório Mensal Actividades	
Sessões:	Dias:
Nº de Participantes presentes:	Duração:
Conhecimentos adquiridos pelos participantes:	
Mudanças no comportamento dos participantes:	
Empenho e participação, dos educadores de pares, durante as sessões:	
Análise do relatório de actividade semanal:	
Análise e reflexão crítica sobre a execução das actividades:	

Outras considerações:

As Coordenadoras do Projecto:

Anexo XXXV – Relatório Final das Sessões

Relatório Final das sessões	
Número total de sessões realizadas:	Número total de Dias: Duração total das sessões:
Local da realização das Sessões:	
Coordenadoras do Projecto:	
Participantes presentes:	
Cumprimento dos Objectivos Estabelecidos:	
Conhecimentos adquiridos pelos participantes:	
Mudanças no comportamento dos participantes:	
Empenho e participação, dos educadores de pares, durante as sessões realizadas:	

Análise das avaliações quinzenais do projecto:

Conclusões e reflexão crítica:

Outras considerações:

As Coordenadoras do Projecto:

Anexo XXXVI – Avaliação Final da Educação por Pares



Porque a sua opinião interessa

1. Considerou as sessões realizadas interessantes?

Muito Pouco Pouco Mais ou menos Muito Muitíssimo

2. Na sua opinião, as sessões realizadas permitiram aumentar o seu conhecimento acerca dos temas tratados?

Muito Pouco Pouco Mais ou menos Muito Muitíssimo

3. Considera os temas tratados durante as sessões importantes?

Muito Pouco Pouco Mais ou menos Muito Muitíssimo

4. Considera que os conhecimentos que adquiriu durante as sessões são úteis para o seu dia-a-dia?

Muito Pouco Pouco Mais ou menos Muito Muitíssimo

5. Utiliza os conhecimentos adquiridos durante as sessões no seu dia-a-dia?

Muito Pouco Pouco Mais ou menos Muito Muitíssimo

6. Qual a sessão que considerou mais interessante?

.....

6.1. Porquê?

.....
.....

7. Qual a sessão que considerou mais útil?

.....

7.1. Porquê?

.....

8. Considera importante partilhar com os seus companheiros as questões aprendidas durante as sessões?

Muito Pouco Pouco Mais ou menos Muito Muitíssimo

9. Partilhou as informações aprendidas durante as sessões, com seus companheiros?

Sim Não

10. Se tivesse a oportunidade de modificar algo nas sessões realizadas, o que mudaria?

.....

Obrigada pelas suas respostas!



Anexo XXXVII – Avaliação Final das Sessões de Seguimento



1. Considerou as sessões realizadas interessantes?

Muito Pouco Pouco Mais ou menos Muito MUITÍSSIMO

2. Na sua opinião, as sessões realizadas motivaram-no a continuar a adopção de um estilo de vida saudável?

Muito Pouco Pouco Mais ou menos Muito MUITÍSSIMO

3. Na sua opinião, as sessões realizadas motivaram-no a partilhar os seus conhecimentos com os seus companheiros?

Muito Pouco Pouco Mais ou menos Muito MUITÍSSIMO

4. Considera que as sessões o ajudaram a esclarecer dúvidas e perguntas?

Muito Pouco Pouco Mais ou menos Muito MUITÍSSIMO

5. Se tivesse a oportunidade de modificar algo nas sessões realizadas, o que mudaria?

.....

Obrigada pelas suas respostas!



Anexo XXXVIII - Certificado

CERTIFICADO

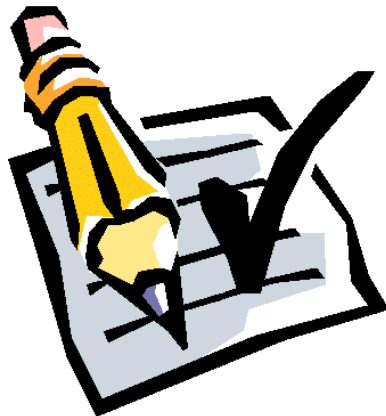


Certifica-se que o _____ participou no projecto “Promoção de Práticas Alimentares Saudáveis e Melhores Cuidados de Higiene em Meio Prisional: Um Programa de Educação por Pares”, encontrando-se assim, habilitado a desempenhar a função de “Agente de Saúde”.

... de Outubro de 2016



Anexo XXXIX – Avaliação da transmissão de informação



1. Considera que, no último ano, desempenhou o seu papel como educador de pares?

Muito Pouco Pouco Mais ou menos Muito Muitíssimo

2. Na sua opinião, esforçou-se por realizar a sua função como educador de pares?

Sim Não

3. Considera que o seu trabalho, como educador de pares foi bem sucedido?

Sim Não

4. Considera que o seu trabalho, como educador de pares, contribui para aumentar os conhecimentos dos seus companheiros em relação aos maus hábitos alimentares?

Muito Pouco Pouco Mais ou menos Muito Muitíssimo

5. Considera que o seu trabalho, como educador de pares, contribui para aumentar os conhecimentos dos seus companheiros em relação cuidados de higiene?

Muito Pouco Pouco Mais ou menos Muito Muitíssimo

6. Considera que os seus companheiros se interessaram em aumentar os seus conhecimentos neste tema?

Muito Pouco Pouco Mais ou menos Muito Muitíssimo

7. Na sua opinião, este processo aumentou os conhecimentos dos seus companheiros em relação a este tema?

8. Na sua opinião, após a educação por pares, os seus companheiros modificaram os seus comportamentos?

Muito Pouco Pouco Mais ou menos Muito Muitíssimo

9. Pretende continuar a partilhar os seus conhecimentos com os seus companheiros?

Sim Não

10. Se tivesse a oportunidade de modificar algo na sua função como educador de pares, o que seria?

.....

Obrigada pelas suas respostas!



