

Senso de coerência em pessoas privadas de liberdade: ferramenta para a promoção da saúde

Sense of coherence in people deprived of liberty: a tool for health promotion

Sentido de coherencia en personas privadas de libertad: herramientas para la promoción de salud

Marta Cossetin Costa¹ ; Maria de Fátima Mantovani¹ ; Fernanda Moura D'Almeida Miranda¹ ;
Vanessa Piccinin Paz¹ ; Robson Giovani Paes¹ 

¹Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil

RESUMO

Objetivo: determinar o Senso de Coerência em pessoas privadas de liberdade de uma região de tríplex fronteira e correlacionar com variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida. **Método:** estudo transversal realizado com 326 pessoas privadas de liberdade que autoperceberam o Questionário de Senso de Coerência, de abril a agosto de 2021. Protocolo de Pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** homens (90,80%), com idade média de 32,28 anos, solteiros (43,25%), baixa escolaridade (55,83%) e prevalência do Senso de Coerência moderado (65,95%) foram identificados. O Senso de Coerência teve relação estatisticamente significativa com a idade (p-valor=0,011) e realização de atividades na unidade penal (p-valor=0,005). Senso de Coerência fraco foi prevalente em pessoas com transtornos mentais (p-valor=0,001) e doenças infectocontagiosas (p-valor=0,018). **Considerações finais:** analisar o Senso de Coerência em grupos vulneráveis, como as pessoas privadas de liberdade, permite apreender como compreendem, manejam e significam suas vidas, constituindo-se de ferramenta para a promoção da saúde.

Descritores: Saúde Pública; Avaliação em Saúde; Prisões; Senso de Coerência.

ABSTRACT

Objective: to determine the Sense of Coherence in people deprived of liberty in a tri-border region and correlate it with sociodemographic, clinical and lifestyle variables. **Method:** in this cross-sectional study, 326 people deprived of liberty self-completed the Sense of Coherence Questionnaire, between April and August 2021. The research protocol was approved by the research ethics committee. **Results:** men (90.80%), mean age 32.28 years, single (43.25%), with little education (55.83%), and moderate prevalence of Sense of Coherence (65.95%) were identified. Sense of Coherence was statistically significantly related to age (p-value = 0.011) and performing activities in the penal unit (p-value = 0.005). Weak sense of coherence was prevalent in those with mental disorders (p-value = 0.001) and infectious diseases (p-value = 0.018). **Final considerations:** examination of Sense of Coherence in vulnerable groups, such as people deprived of liberty, affords an understanding of how they comprehend, manage and give meaning to their lives, and thus constitutes a tool for health promotion.

Descriptors: Public Health; Health Evaluation; Prisons; Sense of Coherence.

RESUMEN

Objetivo: determinar el Sentido de Coherencia en personas privadas de libertad en una región de triple frontera y correlacionarlo con variables sociodemográficas, clínicas y de estilo de vida. **Método:** estudio transversal realizado con 326 personas privadas de libertad que llenaron el Cuestionario de Sentido de Coherencia autoaplicado, de abril a agosto de 2021. Protocolo de investigación aprobado por el Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** se identificaron hombres (90,80%), con promedio de edad de 32,28 años, solteros (43,25%), escolaridad baja (55,83%) y prevalencia de Sentido de Coherencia moderado (65,95%). El Sentido de Coherencia tuvo una relación estadísticamente significativa con la edad (p-valor=0,011) y el desempeño de actividades en la unidad penal (p-valor=0,005). El Sentido de Coherencia débil prevaleció en personas con trastornos mentales (p-valor de = 0,001) y enfermedades infectocontagiosas (p-valor = 0,018). **Consideraciones finales:** analizar el Sentido de Coherencia en grupos vulnerables, como las personas privadas de libertad, permite captar cómo comprenden, gestionan y dan sentido a sus vidas, lo que constituye una herramienta para la promoción de la salud.

Descriptorios: Salud Pública; Evaluación en Salud; Prisiones; Sentido de Coherencia.

INTRODUÇÃO

As prisões constituem-se de espaços que devem possuir prestação de cuidados à saúde equivalentes aos de todos os cidadãos, objetivando a promoção e recuperação da saúde, além da prevenção de agravos. Nesse sentido, o movimento internacional de inclusão da saúde prisional, como integrante da saúde pública, representa uma mudança na percepção e no discurso sobre as prisões, compreendendo que as desigualdades em saúde impactam desproporcionalmente as pessoas privadas de liberdade (PPL), as quais apresentam índices superiores de problemas físicos e mentais, maiores chances de adoecer gravemente e saúde inferior a pessoas da comunidade^{1,2}.

O presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Brasil (CNPQ) – Bolsa produtividade.

Autora correspondente: Marta Cossetin Costa. E-mail: m_cossetin@hotmail.com

Editora Científica: Cristiane Helena Gallasch; Editora Associada: Thelma Spindola

Nesse sentido, as PPL são desafiadas em suas habilidades e capacidades de lidar com estressores que afetarão sua saúde e bem-estar, o que evidencia que a abordagem salutogênica constitui-se apropriada à saúde prisional. Portanto, a prisão constitui-se de cenário válido e viável a promoção da saúde, visto que o objetivo é desenvolver estratégias que gerem saúde, perspectiva salutogênica, superando o modelo biomédico de controle e prevenção de doenças, para uma visão promotora de saúde. Retoma-se que a perspectiva salutogênica alinha-se à concepção de integração entre saúde prisional e comunitária².

O componente central do modelo salutogênico, o Senso de Coerência (SOC), demonstra a capacidade de uma pessoa em responder as situações estressantes e utilizar os Recursos Generalizados de Resistência (RGR). Ambos, SOC e RGR, interagem para apoiar a saúde das pessoas. O foco neste modelo é a saúde que, ao invés da doença, se concentra na identificação de fatores de bem-estar. Assim, o cuidado é centrado nas experiências e preferências da pessoa, em suas habilidades de enfrentamento, sendo individualizado com o nível do SOC como ponto de partida²⁻⁴.

Contudo, cabe ressaltar a escassez de estudos sobre o tema promoção da saúde nas prisões e, em especial, que se utilizem da Teoria Salutogênica e da visão de saúde positiva como referencial⁵. Desse modo, esse estudo pretende responder a seguinte pergunta de pesquisa: Qual é o nível de SOC em pessoas privadas de liberdade de uma região de tríplice fronteira e qual a influência das variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida sobre este?

Assim, o objetivo consistiu em determinar o Senso de Coerência em pessoas privadas de liberdade de uma região de tríplice fronteira e correlacionar com variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de vida.

REFERENCIAL TEÓRICO

A teoria salutogênica foi elaborada por Aaron Antonovsky (1923-1994), apresentada como uma orientação global para ver o mundo, na qual a maneira como as pessoas veem que sua vida tem uma influência sobre sua saúde. A questão central desse modelo é compreender como e o porquê certas pessoas permanecem bem mesmo após terem vivido situações de estresse intenso, e outros não. Portanto, saúde ou doença dependem da adequada gestão das tensões^{5,6}.

O SOC constitui-se do constructo chave da Teoria Salutogênica. É uma orientação global, modo de ver o mundo, que expressa a capacidade de uma pessoa em confiar que em sua existência os estímulos derivados dos ambientes internos e externos são estruturados, previsíveis e explicáveis; os recursos estão disponíveis para atender às demandas apresentadas por esses estímulos e essas demandas merecem investimento e engajamento. Assim, refere-se à medida que as pessoas acreditam que a vida e os eventos são compreensíveis, gerenciáveis e significativos. Relacionam-se a capacidade de perceber a vida e gerenciar os estressores independentemente do que está acontecendo, com uso dos RGR, que são entendidos como qualquer fenômeno eficaz no combate a uma grande variedade de estressores⁶.

Como forma de mensurar a saúde e, portanto, o SOC, Antonovsky desenvolveu um instrumento, o qual nomeou de Questionário de Orientação para a Vida, mais conhecido como Questionário de Antonovsky⁶. Esse possui duas versões, a completa com 29 itens e a reduzida de 13 itens, com classificação de SOC fraco, moderado e forte⁷.

O SOC possui três componentes: a compreensão (cognitiva), o manejo (instrumental) e o significado (motivacional)⁶. Deste modo, a forma como as pessoas veem sua vida influencia sua saúde, refletindo a interação entre o indivíduo e o ambiente^{3,8}. Atua como um moderador ou mediador na explicação da saúde, atuando como preditor desta. Existe, assim, uma relação direta entre SOC e boa saúde, representando, inclusive, menores sintomas e queixas subjetivas. O SOC funciona como um "sexto sentido" para a sobrevivência e gera habilidades de promoção da saúde⁹. O SOC é moldado pela experiência de vida em utilizar os RGR, de lidar com os estressores¹⁰.

Nessa perspectiva, os profissionais de saúde têm estudado a relação entre SOC e saúde em diferentes populações e doenças⁵. O SOC forte foi correlacionado, na alta de pacientes idosos com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, com maior capacidade de autocuidado, enfrentamento da doença e escolha de comportamentos mais saudáveis¹¹. Em análise do SOC nas doenças cardiovasculares, inferiu-se que a avaliação deste pode auxiliar na adesão do paciente aos cuidados, na avaliação das condições de saúde, atuando no fortalecimento das habilidades para lidar com os desafios da vida¹².

Assim, manejar, significar e gerenciar a doença, assim como seus sinais e sintomas, pode representar melhoria na condição de vida da pessoa, e portanto, o fortalecimento do SOC, estabelecendo-se como uma estratégia de promoção à saúde e qualidade de vida (QV). O SOC atua como um marcador de QV, diretamente relacionado a saúde mental, a qual afeta o componente físico. Assim, conhecer melhor o SOC de uma pessoa ou população, e como este afeta sua qualidade de vida pode auxiliar no planejamento do cuidado direcionado as suas necessidades¹³.

Os profissionais de saúde podem utilizar o constructo para gerenciamento do cuidado, com vistas à capacitação das pessoas a identificar, mobilizar e utilizar os recursos disponíveis e para que estas possam se desenvolver para lidar de modo eficaz com a sua própria saúde¹⁴. No campo da saúde prisional o fortalecimento do SOC pode auxiliar na identificação de estratégias de enfrentamento utilizadas pelas Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) para permanecer bem apesar da prisão e das doenças, e como as ações do setor saúde podem auxiliá-los no sentido de fortalecer o SOC, e, portanto, melhorar a saúde.

As prisões necessitam constituir-se de espaços promotores de saúde, que oportunizem as PPL melhorias de sua condição de saúde e bem-estar, em especial porque estes constituem-se prioritariamente de marginalizados sociais previamente a prisão. É preciso superar os cuidados em saúde com foco patogênico, ampliando-se para uma visão positiva de saúde, salutogênica, o qual reflete os fatores ambientais, organizacionais e pessoais, a fim de atender as necessidades específicas desta população¹⁵.

MÉTODO

Trata-se de estudo transversal de autoavaliação das condições de saúde da população carcerária de uma cidade de tríplice fronteira, o qual é um recorte de um projeto de tese: “Doença crônica e saúde das Pessoas Privadas de Liberdade à luz da Teoria Salutogênica: estudo de métodos mistos”. Utilizaram-se as recomendações do *Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology (STROBE)*¹⁶.

O estudo foi realizado nas unidades prisionais de Foz do Iguaçu, um município de grande porte de tríplice fronteira de um estado na região sul do Brasil, o qual possui quatro unidades prisionais localizadas no extremo Oeste do Paraná, entre abril e agosto de 2021. As unidades 1, 2 e 3 abrigam pessoas do sexo masculino, e a unidade 4 abriga pessoas do sexo feminino, todos com idade superior a 18 anos. A capacidade instalada das unidades totalizava 2335 PPL¹⁷. Contudo, na data do cálculo amostral (7 de abril de 2021), as unidades comportavam 2163 PPL, base para o cálculo amostral, conforme descrito na Tabela 1.

TABELA 1: Número amostral proporcional de acordo com os locais de coleta de dados. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2021.

Local	População (n)	%	n amostral
Unidade 1	614	28,4%	93
Unidade 2	910	42,1%	137
Unidade 3	442	20,4%	66
Unidade 4	197	9,1%	30
Total	2163	100,0%	326

A seleção dos participantes ocorreu por meio de amostragem probabilística, estratificada proporcional, considerou-se margem de erro de 5%, nível de confiança de 95% e frequência esperada do evento de interesse na população de 50%. A amostra para representar a população total foi calculada no software Epi Info® 7 em 326 indivíduos. Em cada unidade, utilizou-se de sorteio aleatório simples com uso do software Excel, a partir das listagens alfabéticas disponíveis nas unidades prisionais.

Em cada unidade penal, uma das pesquisadoras, reuniu-se com as PPL sorteadas nas respectivas galerias em que estavam alojadas e informou os objetivos do estudo, utilidade e procedimento deste. Participaram do estudo as PPL sorteadas que aceitaram compor a amostra do estudo assinando termo de consentimento livre e esclarecido. Excluiu-se da amostra PPL analfabetas e as que recusaram participar, realizando-se novo sorteio sem reposição. Os participantes autopreencheram o questionário SOC-29 e questionário semiestruturado. Os dados foram exportados para o programa Excel e analisados no programa R®.

Para a coleta de dados sociodemográficos utilizou-se um questionário semiestruturado auto preenchível, do Grupo de Estudos Multidisciplinar em Saúde do Adulto (GEMSA) da Universidade Federal do Paraná (UFPR) adaptado, este compõe-se de elementos sociodemográfico, ocupacional e de variáveis clínicas e hábitos de vida, com 19 questões, duas abertas, nove fechadas e oito mistas. Nesse questionário também estão os hábitos de vida analisados, são eles: tabagismo, drogadição, etilismo, atividade física. Baseou-se na autodeclaração das PPL.

O instrumento de mensuração do SOC utilizado foi o Questionário de Antonovsky versão do SOC-29³, constituído de um questionário fechado e sistematizado com 29 itens, distribuídos em três componentes: 11 itens ocupam-se de investigar o componente da compreensão (itens 1, 3, 5, 10, 12, 15, 17, 19, 21, 24 e 26); dez itens aferem o componente manuseio (itens 2, 6, 9, 13, 18, 20, 23, 25, 27 e 29); e oito itens verificam o componente significado (itens 4, 7, 8, 11, 14, 16, 22 e 28), um questionário de 29 itens, os quais estão distribuídos em 11 itens de compreensibilidade, 10 de manuseio e 8 de significado (elementos do SOC). Organiza-se em escala de sete pontos (valores de 1 a 7) e duas frases âncoras (3). Os questionários do senso de coerência foram classificados pelo escore: até 72 como fraco, de 73 a 138 como moderado e acima de 138 como forte.

Para a análise estatística, inicialmente, foi realizada análise descritiva dos dados com estimativa de média, mediana, desvio padrão, percentil 25% e 75% e intervalo interquartil dos escores dos componentes. As características dos participantes foram analisadas de forma descritiva com frequência simples (n) e relativa (%). A associação das

doenças crônicas foi verificada com o teste de qui-quadrado e/ou Exato de Fisher quando aplicado. Para melhor visualização destas análises, foram produzidos gráficos de barras. Todos os testes foram considerados significativos quando $p < 0,05$ e as análises foram realizadas no ambiente R 4.1.1 (R Core Team®, 2021).

As doenças crônicas foram categorizadas por sistemas do organismo em: pulmonar; geniturinário; gastrointestinal; osteomuscular; psíquico; reumatológico; neurológico; otológico; oculares; dermatológico; endócrino; metabólicas; câncer; infecto contagiosas; dor crônica e sintomas inespecíficos. Quanto aos hábitos de vida, selecionaram-se para este estudo as variáveis: hábitos alimentares; uso de cigarro, álcool e outras drogas; e prática de atividade física.

O protocolo de pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos e seguiu as orientações da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Os participantes do estudo foram esclarecidos quanto ao propósito da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que informava os objetivos da pesquisa e assegurava o anonimato do participante.

RESULTADOS

Participaram do estudo 326 PPL, que responderam 100% das questões do Questionário SOC-29 itens. Destes 296 eram do sexo masculino (90,80%), 141 solteiros (43,25%) e 191 com número de filhos entre 1 e 3 (58,59%). Em relação a renda familiar prévia a privação de liberdade, 254 possuíam renda menor do que dois salários-mínimos (77,91%), desses 71 menor do que um salário mínimo (21,78%). 182 possuíam nível de escolaridade menor que nove anos (55,83%).

No que tange ao SOC, 215 apresentaram nível moderado (65,95%). O escore médio geral do questionário foi de 127,89 ($\pm 23,59$); os componentes Compreensão, Manuseio e Significado obtiveram valores médios de 36,97 ($\pm 11,66$), 47,25 ($\pm 9,71$), e 40,97 ($\pm 8,64$), respectivamente.

A análise da associação entre os escores do SOC com as características sociodemográficas estão apresentadas na Tabela 2.

TABELA 2: SOC conforme variáveis sociodemográficas das pessoas nas unidades prisionais. Foz do Iguaçu, PR, Brasil. 2021.

Variável		SOC						p-valor
		Fraco		Moderado		Forte		
		n	col %	n	col %	n	col %	
Idade	18 a 29 anos	3	100,00%	127	59,07%	44	40,74%	0,011
	30 a 44 anos	0	0,00%	63	29,30%	48	44,44%	
	45 a 59 anos	0	0,00%	23	10,70%	11	10,19%	
	60 anos ou mais	0	0,00%	2	0,93%	5	4,63%	
Sexo:	Feminino	0	0,00%	24	11,16%	6	5,56%	0,222
	Masculino	3	100,00%	191	88,84%	102	94,44%	
Estado Conjugal:	Solteiro(a)	2	66,67%	93	43,26%	46	42,59%	0,957
	Casado(a) ou em união consensual	1	33,33%	93	43,26%	44	40,74%	
	Viúvo(a)	0	0,00%	2	0,93%	1	0,93%	
	Separado ou divorciado (a)	0	0,00%	27	12,56%	17	15,74%	
Número de filhos:	0	2	66,67%	62	28,84%	27	25,00%	0,216
	1 a 3	1	33,33%	129	60,00%	61	56,48%	
	mais de 3	0	0,00%	24	11,16%	20	18,52%	
Renda familiar	<1 SM	1	33,33%	54	25,12%	16	14,81%	0,223
	1-2 SM	1	33,33%	120	55,81%	62	57,41%	
	2-3 SM	1	33,33%	27	12,56%	14	12,96%	
	3-4 SM	0	0,00%	6	2,79%	3	2,78%	
	4-5 SM	0	0,00%	4	1,86%	6	5,56%	
	Acima de 5 SM	0	0,00%	4	1,86%	7	6,48%	
Escolaridade:	<9 anos	1	33,33%	118	54,88%	63	58,88%	0,253
	9 a 12 anos	1	33,33%	56	26,05%	17	15,89%	
	> 12 anos	1	33,33%	41	19,07%	27	25,23%	
Participa de atividades na unidade penal:	Não	3	100,00%	94	43,72%	32	29,63%	0,005
	Sim	0	0,00%	121	56,28%	76	70,37%	

LEGENDA: n: número de elementos observados; col%: percentual calculado pelo total da coluna como denominador; p-valor: teste de qui-quadrado e/ou Exato de Fisher, quando aplicado.

Ao investigar a associação entre as variáveis sociodemográficas com os níveis do SOC, verificou-se relação positiva com significância estatística entre idade e escore moderado/forte, e atividade na unidade penal com SOC moderado/forte.

Os participantes com idade inferior a 30 anos (entre 18 e 29 anos) representam um total de 88,37% das pessoas que tem o escore moderado e forte. E, em relação a realização de alguma atividade na unidade penal a proporção do escore categorizado as pessoas entre 30 e 44 anos representam um total de 85,18% das pessoas que tem o escore moderado e forte. Das pessoas que praticam alguma atividade na unidade penal 70,37% possuem escore forte.

As variáveis sexo, estado conjugal, número de filhos, renda familiar e escolaridade não demonstraram associação estatisticamente significativa com o SOC para a amostra de PPL analisada.

As análises relacionadas às variáveis clínicas são apresentadas na Tabela 3.

TABELA 3: SOC conforme variáveis clínicas das pessoas nas unidades prisionais. Foz do Iguaçu, PR, Brasil. 2021.

Variável		SOC						p-valor
		Fraco		Moderado		Forte		
		n	col %	n	col %	n	col %	
Tem alguma doença crônica?	Não	1	33,33%	108	50,47%	45	41,67%	0,291
	Sim	2	66,67%	106	49,53%	63	58,33%	
Respiratória	Não	3	100,00%	161	75,23%	87	80,56%	0,359
	Sim	0	0,00%	53	24,77%	21	19,44%	
Trato urinário	Não	3	100,00%	211	98,60%	107	99,07%	0,918
	Sim	0	0,00%	3	1,40%	1	0,93%	
Trato gastrointestinal	Não	3	100,00%	194	90,65%	97	89,81%	0,828
	Sim	0	0,00%	20	9,35%	11	10,19%	
Cardiovascular	Não	3	100,00%	198	92,52%	94	87,04%	0,236
	Sim	0	0,00%	16	7,48%	14	12,96%	
Osteomuscular	Não	3	100,00%	205	95,79%	102	94,44%	0,801
	Sim	0	0,00%	9	4,21%	6	5,56%	
Dor crônica	Não	3	100,00%	209	97,66%	102	94,44%	0,304
	Sim	0	0,00%	5	2,34%	6	5,56%	
Transtornos mentais	Não	1	33,33%	191	89,25%	103	95,37%	<0,001
	Sim	2	66,67%	23	10,75%	5	4,63%	
Reumatológico	Não	3	100,00%	213	99,53%	108	100,00%	0,771
	Sim	0	0,00%	1	0,47%	0	0,00%	
Neurológico	Não	3	100,00%	207	96,73%	104	96,30%	0,929
	Sim	0	0,00%	7	3,27%	4	3,70%	
Dislipidemia	Não	3	100,00%	212	99,07%	108	100,00%	0,593
	Sim	0	0,00%	2	0,93%	0	0,00%	
Câncer	Não	3	100,00%	214	100,00%	107	99,07%	0,365
	Sim	0	0,00%	0	0,00%	1	0,93%	
Infecção contagiosas	Não	3	100,00%	211	98,60%	100	92,59%	0,018
	Sim	0	0,00%	3	1,40%	8	7,41%	
Metabólica	Não	3	100,00%	211	98,60%	107	99,07%	0,918
	Sim	0	0,00%	3	1,40%	1	0,93%	
Sistema otológico	Não	3	100,00%	212	99,07%	107	99,07%	0,986
	Sim	0	0,00%	2	0,93%	1	0,93%	
Dermatológicas	Não	3	100,00%	210	98,13%	104	96,30%	0,582
	Sim	0	0,00%	4	1,87%	4	3,70%	
Doenças oculares	Não	3	100,00%	208	97,20%	108	100,00%	0,205
	Sim	0	0,00%	6	2,80%	0	0,00%	
Sintomas inespecíficos	Não	3	100,00%	212	99,07%	108	100,00%	0,593
	Sim	0	0,00%	2	0,93%	0	0,00%	
Doenças endócrinas	Não	3	100,00%	213	99,53%	108	100,00%	0,771
	Sim	0	0,00%	1	0,47%	0	0,00%	
Uso de medicações	Não	2	66,67%	142	67,62%	59	56,19%	0,137
	Sim	1	33,33%	68	33,38%	46	43,81%	

LEGENDA: n: número de elementos observados; col%: percentual calculado pelo total da coluna como denominador; p-valor: teste de qui-quadrado e/ou Exato de Fisher, quando aplicado.

Em relação as doenças crônicas autorrelatadas associadas aos níveis do SOC, houve significância estatística com o transtorno mental e as doenças infecto contagiosas ($p < 0,001$ e $p = 0,018$, respectivamente). Dentre as três pessoas que apresentaram SOC fraco, duas apresentam transtornos mentais representando 66,67%. E, das pessoas com doenças infectocontagiosas não respiratórias apenas três e 8 pessoas tem o escore moderado e forte, representando um total de 1,40% e 7,41%, respectivamente.

Quanto aos hábitos de vida não se observou relação significativa com os níveis de SOC, como observado na Tabela 4.

TABELA 4: SOC conforme variáveis hábitos de vida das PPL. Foz do Iguaçu, PR, Brasil. 2021.

Variável		SOC						P-valor*
		Fraco		Moderado		Forte		
		n	col %	n	col %	n	col %	
Tabagismo:	Não	2	66,67%	140	66,04%	77	71,30%	0,829
	Sim	1	33,33%	72	33,96%	31	28,70%	
Alcoolismo:	Não	1	33,33%	82	38,32%	33	30,56%	0,388
	Sim	2	66,67%	132	61,68%	75	69,44%	
Drogadicção:	Não	2	66,67%	131	60,93%	80	74,07%	0,064
	Sim	1	33,33%	84	39,07%	28	25,93%	
Pratica atividade física?	Não pratica	2	66,67%	63	29,30%	29	26,85%	0,313
	Pratica	1	33,33%	152	70,70%	79	73,15%	

LEGENDA: n: número de elementos observados; col%: percentual calculado pelo total da coluna como denominador; p-valor: Teste de qui- quadrado e/ou Exato de Fisher, quando aplicado.

DISCUSSÃO

Ao explorar o SOC em PPL e encontrou-se índices de SOC forte em 33,13 %, em detrimento de SOC moderado em 65,95% e fraco em 0,92%. O nível de SOC moderado, apesar de serem populações diferentes, foi encontrada também em 45 jovens apreendidos em centro de menores na Espanha e em 70 PPL Polonesas, e, diferindo de estudo realizado com 1124estudantes universitários brasileiros que apresentou maior prevalência de SOC alto (o primeiro e terceiro usando versão SOC-13 e o segundo SOC-29)¹⁸⁻²⁰. Estudo espanhol utilizando a escala SOC-13 também apresentou predomínio de SOC moderado em 124 PPL²¹.

A média do SOC de 128,89 encontrada na pesquisa, assemelha-se a dois estudos realizados com PPL na Polônia, o primeiro realizado com 390 homens, com média 118,9 e o segundo, que considerou 100 PPL mulheres jovens que cometeu crimes violentos e não violentos de 122.25 e 151.16, respectivamente. Com valor superior a estudo brasileiro com 203 pessoas com Cardiopatias que apresentou média de 143,2 ($\pm 24,9$)^{3,22,23}.

A média geral observada de SOC também foi superior a encontrada em outro estudo com 70 PPL polonesas que cumpriam pena pela primeira vez e que se auto lesionaram, o qual utilizou a versão SOC-29 itens e encontrou média de 119 (máximo e mínimo de 87 e 149, respectivamente). Já em análise dos componentes isolados, nosso estudo encontrou índices inferiores no componente Compreensão (39,67 em detrimento de 41,14); maiores no Manuseio (47,25 em detrimento de 44,02) e Significado (40,97 em detrimento de 34,62)²⁰.

Cabe retomar que a compreensão é uma estrutura cognitiva com base na qual a pessoa planeja suas atividades e desenvolve as estratégias de enfrentamento nos diversos contextos da vida. Pessoas que cometem crimes tendem a apresentar baixa compreensão, manifestados por: falta de reflexão sobre as consequências de suas ações; foco nos ganhos reais e não nas consequências e atividade antissocial, tendência de atribuir a causa da própria ação a eventos externos, dificuldade de avaliar a situação e problemas em formular, planejar e cumprir metas. Quanto ao manuseio, o fato de apresentar em poucas ações que modifiquem atitudes podem levar a consequências como: ansiedade, apatia, depressão e risco de automutilação. Já o significado reflete a atitude emocional-motivacional da pessoa diante do ambiente circundante, pois pessoas com SOC alto tendem a soluções construtivas²⁰.

Reflete-se a relação do SOC com a saúde e com os RGR (fatores biológicos, materiais e psicossociais) que a pessoa possui, assim, indivíduos com SOC forte tendem ao otimismo e ações positivas para promoção da saúde^{24,25}. Contudo, cabe retomar que as prisões abrigam pessoas em sua maioria marginalizadas sociais, com problemas de saúde (doenças crônicas não tratadas e doenças mentais, com estilos de vida arriscados, como consumo elevado de drogas ilícitas e álcool), bem como, o ambiente prisional superlotado, insalubre e violento podem determinar o bem-estar das PPL¹⁵.

Em relação as variáveis sociodemográficas, o SOC foi relacionado a idade demonstrando-se mais elevado em PPL com idade inferior a 30 anos. Contudo, as pesquisas de Antonovsky apontavam que este estabilizaria em algum lugar do contínuo saúde doença, em torno dos 30 anos após o indivíduo experimentar as relações de trabalho, familiares e culturais, mas, a idade não se relacionaria diretamente aos índices do SOC⁶. Já o sexo não apresentou relação significativa com o SOC em nossa amostra, alinhado as pesquisa do fundador do Questionário de SOC, Antonovsky⁶, em contraponto com os resultados de estudo com 203 pessoas Cardiopatas no Brasil em 2014, que usando o SOC-29 foi estatisticamente diferente para homens e mulheres e também no estudo com PPL israelenses (65 homens e 54 mulheres) realizado em 2010, no qual o SOC foi maior para os homens que para as mulheres^{7,26}.

Estudo com 100 mulheres jovens privadas de liberdade na Polônia evidenciou que quanto maior o nível de escolaridade, maior foi o SOC, capacidade de perceber o mundo como abrangente, gerenciável e significativo²³. Assim, a escolaridade e a família têm interferência significativa no nível de SOC²⁷. Elemento que não foi evidenciado em nossa pesquisa.

O envolvimento em atividades na unidade penal, tais como estudo e trabalho, associou-se a 70,37% de escore de SOC forte, representando elemento facilitador da autogestão de suas vidas. Dado que se alinha ao encontrado em Projeto de Horticultura com PPL na Inglaterra, o qual, demonstrou aumento da confiança e autoestima das PPL, fornecendo-lhes ferramentas para transformar suas vidas, apesar das experiências prévias negativas, estes possuíam esperança de um futuro melhor e melhoraram o enfrentamento. A atividade preservou o bem-estar das PPL, permitindo melhor autogestão da ansiedade e do estresse¹⁵. Estudo realizado na Espanha utilizando a escala SOC-13 encontrou índices maiores no componente significado do SOC em PPL incluídas em atividade física, educação e trabalho, porém, não no SOC global²¹. Estudo com PPL Filipinas concluiu que são mecanismos de enfrentamento na prisão: ocupar-se, atividades religiosas e submissão²⁸.

Em relação as variáveis clínicas as doenças mentais e infectocontagiosas mostraram-se negativamente relacionadas ao SOC. Em relação ao adoecimento, o SOC fraco foi prevalente em pessoas com transtornos mentais e doenças infectocontagiosas. Neste sentido, estudo espanhol com familiares cuidadores encontrou relação inversa com SOC com sobrecarga subjetiva, ansiedade e depressão²⁹. Assim, SOC forte relaciona-se à menor risco de transtornos psiquiátricos e menor índice de sintomas psicopatológicos^{30,31}. O adoecimento no contexto geral não representou elemento delimitador do SOC, mas, relacionado aos recursos percebidos, ao significado e a gestão destas⁶.

Em relação aos hábitos de vida neste estudo não foi identificada significância com o SOC, contudo, pesquisa realizada com PPL israelenses demonstrou associação entre SOC e uso de drogas ilícitas e recaídas²⁶.

Destaca-se que o SOC se relaciona a forma como as pessoas podem manter-se saudáveis e com QV e bem-estar, apesar das adversidades. Portanto, estudá-lo no contexto prisional pode implicar em compreender como pessoas presas, apesar do contexto disciplinador e estruturalmente inadequado a vida, desenvolvem estratégias que permitem manter-se saudáveis e consigam criar possibilidades para lidar com a situação de prisão. Assim, pode-se considerar que a SOC, é uma importante ferramenta preditora para a saúde da população prisional²³.

Apesar de o SOC e os RGR serem pouco explorados no contexto prisional, alguns fatores podem criar condições para que as PPL mantenham uma atitude positiva, contribuindo com a saúde e bem-estar, apesar dos impactos negativos da prisão². A criação de um ambiente promotor de saúde nas prisões implica que estas instituições considerem as recomendações da Organização Mundial da Saúde e que instituam políticas de saúde a fim de construir comunidades resilientes e ambientes salutogênicos^{21,32}.

Limitações do estudo

A principal limitação do estudo é que a escala SOC-29 itens utilizada foi validada no Brasil para outro grupo populacional³. Contudo, não se encontram estudos de validação em PPL. Além disso, não há possibilidade de generalização para outras populações que não a prisional, visto que, estes, apresentam características inerentes ao contexto prisional; e os participantes do estudo apresentavam poucos anos de educação formal, não podendo ser generalizado para pessoas com maior nível de escolaridade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As PPL incluídas neste estudo foram majoritariamente homens, jovens, solteiros, com baixa escolaridade, com prevalência do SOC moderado. As análises permitiram apontar que para este grupo populacional o SOC teve relação estatisticamente significativa com as variáveis sociodemográficas idade e realização de atividades na unidade penal, e, relação negativa com as variáveis clínicas transtornos mentais e doenças infectocontagiosas. Não demonstrando relação com os hábitos de vida analisados.

Analisar o SOC em grupos vulneráveis tal como as PPL permite apreender como estas pessoas, apesar da prisão, compreendem, manejam e significam suas vidas. Considere-se a mutabilidade do SOC, em especial via educação em saúde e o grande potencial de promoção de saúde vislumbrado na amostra visto que a maioria tem possibilidade de aumento do SOC, e, portanto, melhora de sua vida e saúde.

Sinaliza-se para a importância de novos estudos com populações prisionais de outras localidades para posterior comparação com este estudo e de estudos qualitativos alicerçados na Teoria Salutogênica a fim de evidenciar os recursos generalizados de resistência utilizados pelas PPL para manutenção da vida e saúde apesar dos estressores.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Prisons and health. WHO Regional Europa, 2014 [cited 2022 Jun 10]. Available from: <https://www.who.int/europe/health-topics/prisons-and-health>.
2. Woodall J, de Viggiani N, South J. Salutogenesis in Prison. In: Mittelmark MB *et al.* The Handbook of Salutogenesis. Springer, 2022.
3. Dantas RAS. Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros [Tese de Livre Docência]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2007.
4. Sundberg K, Sundberg, Petersson L, Sarenmalm E.K, Ann Langius-Eklöf A. A escala de senso de coerência em uma perspectiva clínica de enfermagem: uma scoping review. 2021 [cited 2022 Jun 10]. DOI: <https://doi-org.ez22.periodicos.capes.gov.br/10.1111/jocn.16066>.
5. Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindstrom B, Espnes GA. The Handbook of Salutogenesis. Cham: Springer, 2017 [cited 2022 Jun 10]. Available from: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-04600-6>.
6. Antonovsky, A. Unraveling the mystery of health. How People Manage Stress and Stay Well. Jossey-Bass Publishers: San Francisco, 1987.
7. Dantas RAS, Silva FS, Ciol MA. Psychometric properties of the Brazilian Portuguese versions of the 29- and 13-item scales of the Antonovsky's Sense of Coherence (SOC-29 and SOC-13) evaluated in Brazilian cardiac patients. J Clin Nur. 2014. [cited 2022 Apr 10]; 23: 156–165. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.12157>.
8. Eriksson M, Lindström B. Salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. Health Promot Int. 2008 [cited 2022 Feb 10]; 23(2):190-9. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapro/dan014>.
9. Eriksson M, Lindstrom B. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. Health Promot Int. 2006 [cited 2022 Jan 28]; 21(3):238-44. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapro/dal016>.
10. Eriksson M, Lindstrom B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. J Epidemiol Community Health. 2005 [cited 2022 Feb 10]; 59(6):460–6. DOI: <https://doi.org/10.1136/jech.2003.018085>.
11. Suwan N, Panuthai S, Lakusa D, Khampolsiri T. Factors influencing readiness for hospital discharge among thai older persons with chronic obstructive pulmonary disease. Pacific Rim Int. J. Nurs. 2018 [cited 2022 Apr 10]; 22(2):156-68. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/330847629>.
12. Garzón NE, Heredia LPD. Salutogenesis and cardiovascular health in adults: a scoping review. Texto Contexto Enferm. 2020 [cited 2022 Apr 12]; 29(1):e20180376. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0376>.
13. Galletta M, Cherchi M, Lai G, Manca V, Pau M, Tatti F, *et al.* Sense of coherence and physical health – related quality of life in Italian chronic patients: the mediating role of the mental component. BMJ Open. 2019 [cited 2022 Apr 12]; 9(9):e030001. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030001>.
14. Super S, Wagemakers MAE, Picavet HSJ, Verkooijen KT, Koelen MA. Strengthening sense of coherence: opportunities for theory building in health promotion. Health Promot Int. 2016 [cited 2022 Apr 12]; 31: 869–78. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapro/dav071>.
15. Baybutt M, Chemlal K. Health-promoting prisons: theory to practice. Glob Health Promot. 2015 [cited 2022 Apr 13]; 23(1 Suppl):66–74. DOI: <https://doi.org/10.1177/1757975915614182>.
16. Cuschieri S. The STROBE guidelines. Saudi J Anaesth. 2019 [cited 2022 Jan 10]; 13(Suppl 1):S31–4. DOI: https://doi.org/10.4103/sja.SJA_543_18.
17. Conselho Nacional de Justiça. Dados das inspeções nos estabelecimentos penais. 2020. [cited 2022 Apr 10]. Available from: http://www.cnj.jus.br/inspecao_penal/mapa.php.
18. Paredes-Carbonell JJ, Agulló-Cantos JM, Vera-Remartínez EJ, Hernán-García M. Sentido de coherencia y activos para la salud en jóvenes internos en centros de menores. Rev. esp. sanid. penit. 2013 [cited 2022 Mar 10]; 15(3):87-97. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2017.08.003>.
19. Pantuza JJ, Alexandre IO, Medeiros AM, Anna Carolina Ferreira Marinho ACF, Teixeira LC. Senso de Coerência e o medo de falar em público em universitários. CoDAS. 2020. [cited 2022 Mar 10]; 32(5):e20190071. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202019071>.
20. Porażyński K, Weber-Rajek M. Poczuciekoherencji u osadzonych w Zakładzie Karnym wykazujących zachowania autoagresywne. Journal of Health Sciences. 2014 [cited 2022 Apr 17]; 04(06):139-46. Available from: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_21988989_30447976.pdf.
21. Vera-Remartínez EJ, Paredes-Carbonell JJ, Juan-Ulpiano D, Jiménez-Pérez M, Pérez RA, Agulló-Canto JM, Notario AM. Sentido de coherencia y mapa de activos para la salud en jóvenes presos de la Comunidad Valenciana en España. Glob Health Promot. 2017 [cited 2022 Apr 17]; 24(3):112–21. DOI: <https://doi.org/10.1177/1757975915614229>.
22. Skowroński B, Talik E. Psychosocial quality of life and its' correlates in people serving prison sentences in penitentiary institutions. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2021 [cited 2022 Apr 17]; 65(5):590–612. DOI: <https://doi.org/10.1177/0306624X20944685>.

23. Zajenkowska A, Jasielska D, Rajchert J, Nawrocka K, Macianowicz O, Smolen M, Bodecka M. Wellbeing and sense of coherence among female offenders and non-offenders: the importance of education. *The Prison Journal*. 2021 [cited 2022 Apr 17]; 101(1):41–59. DOI: <https://doi.org/10.1177/0032885520978474>.
24. Fagermoen MS, Hamilton G, Lerdal A. Morbid obese adults increased their sense of coherence 1 year after a patient education course: a longitudinal study. *J Multidiscip Healthc*. 2015 [cited 2022 Apr 17]; 8:157–65. DOI: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S77763>.
25. Li Z, Liu T, Han J, Li T, Zhu Q, Wang A. Confrontation as a mediator between sense of coherence and self-management behaviors among elderly patients with coronary heart disease in North China. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2017 [cited 2022 Mar 10]; 11:201–6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2017.08.003>.
26. Chen G. Gender differences in sense of coherence, perceived social support, and negative emotions among drug-abstinent Israeli inmates. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2010 [cited 2022 Mar 12]; 54(6):937–58. DOI: <https://doi.org/10.1177/0306624X09343185>.
27. Sagy S, Antonovsky H. The development of the sense of coherence: a retrospective study of early life experiences in the family. *Int J Aging Hum Dev*. 2000 [cited 2022 Mar 10]; 51(2):155–66. DOI: <https://doi.org/10.2190/765L-K6NV-JK52-UFKT>.
28. Flores-Barolo MG, Vicente BG. Challenges and coping mechanisms of persons deprived of liberty of Sablayan prison and penal farm in the Philippines. *Int J Adv Res*. 2019 [cited 2022 Nov 18]; 8(11):49–97. Available from: <https://garph.co.uk/IJARMSS/Nov2019/G-2759.pdf>.
29. López-Martínez C, Frías-Osuna A, Del-Pino-Casado R. Sentido de coherencia y sobrecarga subjetiva, ansiedad y depresión en personas cuidadoras de familiares mayores. *Gac Sanit*. 2019 [cited 2022 Mar 10]; 33(2):185–90. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.09.005>.
30. Moksnes UK. Sense of Coherence. In: Haugan G, Eriksson M. *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research*. Springer, 2021.
31. Witkowska-Lué B. Schizophrenia and sense of coherence. *Psychiatr*. 2018 [cited 2022 Nov 18]; 52(2):217–26. DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/69697>.
32. World Health Organisation (WHO). *Health 2020: The European policy for health and wellbeing*. Copenhagen: WHO; 2012.