

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria

**Ansiedade e Depressão: Recurso aos Serviços de
Saúde em Contexto Prisional**

Dissertação de Mestrado orientada pela
Prof. Doutora Teresa Rodrigues Ferreira

Tânia Maria Silva Azevedo

Porto | 2014

*Obstáculos e dificuldades fazem parte da vida.
E a vida é a arte de superá-los.*

(Mestre DeRose)

Dedico este trabalho a todos os que têm acreditado sempre em mim!

AGRADECIMENTOS

Quando eu disse ao caroço de laranja que dentro dele dormia um laranjal inteirinho, ele me olhou estupidamente incrédulo.

(Hermógenes)

As palavras que reservei para este espaço foram escolhidas cuidadosamente, de forma a transparecerem e irem de encontro a todas as pessoas únicas que contribuíram para esta etapa da minha vida.

À Professora Doutora Teresa Rodrigues Ferreira, um agradecimento particular pela orientação, pela motivação, apoio e essencialmente por acreditar nas minhas capacidades. O meu obrigado pelo crescimento profissional e também pessoal na área da investigação que hoje sinto e me orgulho.

A todos os docentes da Escola Superior de Enfermagem do Porto, que tive o privilégio de conhecer. Os conhecimentos científicos adquiridos e partilhados foram uma mais-valia para a minha vida profissional.

Não posso deixar de agradecer a todas as pessoas, que constituem a Direção Geral de Reinserção e dos Serviços Prisionais e o Estabelecimento Prisional, onde se realizou o estudo. O meu obrigado e simultâneo incentivo ao contínuo apoio na formação académica para que a prestação de cuidados de Enfermagem em Saúde Mental em contexto prisional seja uma referência.

Dirijo também um agradecimento especial a todos os reclusos que aceitaram participar no estudo. Afinal, sem a sua participação o estudo não tinha sido exequível.

Agradeço à corporação de guardas prisionais que foram incansáveis no apoio, ajuda e ânimo que me transmitiram.

Aos meus colegas e companheiros com quem trabalho um agradecimento profundo e sentido pela paciência, palavras de apoio e confiança depositadas em mim.

Destaco o meu Chefe, Enfermeiro Jorge Tavares, que foi, é e será uma referência para mim. Obrigada pelo apoio, força e incentivo. Que os princípios que me transmitiu predominem sempre na minha vida - dar tudo de mim, rumo ao cume mais alto, sempre!

À minha professora, Adelaide Barbosa, um sincero obrigado. Muito do que sou hoje é o reflexo do percurso dos primeiros passos no percurso académico no primeiro ciclo de estudos que me ajudou a desenvolver o conhecimento de mim.

Aos meus amigos, a todos sem exceção, o meu muito obrigado por nutrirem a minha vida de amor diariamente. E a ti, Steven, um pedido de desculpas pela ausência da minha visita enquanto doente, mas eu tinha de terminar a dissertação!

À Dr.^a Ana e à Lili que tive o privilégio de conhecer, agradeço a ajuda, disponibilidade e amizade construída. Ao José Ribeiro um simples obrigado, embora aos amigos nada se agradeça só pelo simples fato de sermos amigos.

Sónia e Cristiana, duas amigas incondicionais na minha vida. Não expresso qualquer tipo de agradecimento a vós, pois só posso utilizar estas duas páginas e para o fazer iria alongar-me. Para além disso, não vos diria nada de novo, pois um bom amigo conhece as minhas melhores histórias e o melhor amigo vive-as ao meu lado.

À minha família, em especial aos meus pais e irmã Joana, e a Deus a quem devo tudo aquilo que sou. Um obrigado por me ensinarem a crescer na simplicidade do verdadeiro sentido da vida - ser feliz. Joana, a tua ajuda neste percurso foi uma pedra basilar na construção e evolução deste caminho.

Ao Luís um agradecimento em particular. Iniciei este espaço com a frase que me acompanha diariamente, que me ajuda a ultrapassar os momentos mais difíceis, e que um dia apareceu escrita no espelho do meu quarto. Obrigada por ajudares a crescer o “laranjal inteirinho que existe dentro de mim”

SIGLAS E ABREVIATURAS

CD´s- Celas Disciplinares

CEP - Código de Execução de Penas

Cit. - Citado

DGRSP - Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais

DGSP - Direção Geral dos Serviços Prisionais

EESMP-Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

EOP - Equipa de Observação e Acompanhamento

EP - Estabelecimento Prisional

EP´s - Estabelecimentos Prisionais

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

Et al - e colaboradores

EUA - Estados Unidos da América

HADS - *Hospital Anxiety and Depression Scale*

HPSJD - Hospital Prisional S. João de Deus

LIDO - *Longitudinal Investigation of Depression Outcomes Study*

MESMP - Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

D-OA - Pavilhão D, Camarata de Observação e acompanhamento

D-OBS - Pavilhão D, Camarata de Observação

PCI - Processo Clínico Individual

PIPS- Programa Integrado de Prevenção do Suicídio

PJ - Polícia Judiciária

RMOP - Registo Médico Orientado por Problemas

SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*

ULD - Unidade Livre de Drogas

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	21
1. DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM CONTEXTO PRISIONAL	25
1.1 Adaptação ao contexto prisional	25
1.2 Ansiedade e Depressão.....	29
1.2.1 <i>Ansiedade, depressão e recurso a serviços de saúde</i>	35
1.3 Estabelecimento prisional da região norte- serviços de saúde	36
1.3.1 <i>Programa Integrado de Prevenção de Suicídio</i>	45
1.4 Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria em contexto prisional	48
1.5 Problemática de investigação.....	52
1.5.1 <i>Questões de Investigação</i>	53
1.5.2 <i>Objetivos de Investigação</i>	54
2 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	55
2.1 Tipo de Estudo	55
2.2 População e Amostra	56
2.2.1 <i>Caracterização da Amostra</i>	56
2.2.1.1 <i>Caraterização Sociodemográfica</i>	57
2.2.1.2 <i>Caraterização Jurídico-Legal</i>	58
2.2.1.3 <i>Caraterização de Saúde</i>	59
2.2.1.4 <i>Risco de Suicídio</i>	60
2.2.1.5 <i>Doença e Cuidados de Saúde</i>	60

2.3	Variáveis.....	61
2.4	Material.....	62
2.4.1	<i>HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale</i>	62
2.5	Procedimento e Considerações Éticas	64
2.6	Análise de dados	66
3	RESULTADOS	69
3.1	Ansiedade e depressão	69
3.2	Ansiedade e depressão, variáveis psicossociais, jurídico-legais e clínicas	70
3.2.1	<i>Ansiedade e depressão e variáveis sociodemográficas</i>	70
3.2.2	<i>Ansiedade e depressão e variáveis jurídico-legais</i>	71
3.2.3	<i>Ansiedade e depressão e variáveis clínicas</i>	72
3.3	Ansiedade, depressão e o recurso aos serviços de saúde.....	73
4	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	75
5	CONCLUSÃO.....	81
	BIBLIOGRAFIA	85
	ANEXOS	91
	ANEXO I - Dados da caracterização da amostra	93
	ANEXO II - Questionário	97
	ANEXO III - Autorização do Autor para Utilização da Escala e da DGRSP na realização do Estudo de Investigação Dados da caracterização da amostra	107
	ANEXO IV - Informação ao Doente	113
	ANEXO V - Consentimento Informado	117

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -Implementação do PIPS em 2010 nos Estabelecimentos Prisionais de Portugal	46
Tabela 2 - Caraterização da amostra em função da idade e nível escolar	57
Tabela 3 - Caraterização da amostra em função da zona de residência .	58
Tabela 4 - Caraterização da amostra em função do tipo de crime	58
Tabela 5 - Caraterização da amostra em função do tipo de substância de consumo	59
Tabela 6 - Caraterização da amostra em função do tempo de consumo de substâncias em meses	60
Tabela 7 - Caraterização da amostra em função da doença que obrigue a cuidados de saúde e do começo da toma da medicação no EP	61
Tabela 8 -HADS Total, Ansiedade e Depressão.....	69
Tabela 9 - Sintomas de Ansiedade e Depressão.....	70
Tabela 10 - Correlação de Pearson da Ansiedade e Depressão e HADS Total.....	70
Tabela 11 - Ansiedade, Depressão e variáveis sociodemográficas	71
Tabela 12 - Ansiedade e Depressão e variáveis jurídico-legais.....	72
Tabela 13 - Ansiedade, Depressão e Variáveis Clínicas.....	73
Tabela 14 - HADS Total, Ansiedade e Depressão e Recurso aos Serviços de Saúde.....	74

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Esquematização do PIPS	48
---	----

RESUMO

ANSIEDADE E DEPRESSÃO: RECURSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM CONTEXTO PRISIONAL

As prisões, tal como refere Goffman (2008), são na atualidade o principal meio punitivo para a privação da liberdade sendo que o estar preso é uma situação contranatura.

São diversas as dificuldades manifestadas pela população reclusa na adaptação ao meio prisional. Contudo, é neste contexto que a sintomatologia da ansiedade e depressão é mais prevalente, e está presente nas perturbações da adaptação (Haskins, 2000 e Chinchilla, 2002 cit. por Alvarez, 2005).

Os sintomas depressivos estão associados essencialmente à perda do contato social e tendem a aumentar com o avançar do tempo, enquanto a sintomatologia da ansiedade aumenta ou diminui consoante a reação e a adaptação ao contexto prisional (Ruiz, 2007).

Este estudo teve como objetivo descrever a ansiedade e depressão da população reclusa de um estabelecimento prisional do norte e a sua relação com variáveis psicossociais, jurídico-legais, clínicas e o recurso aos serviços de saúde em contexto prisional. O propósito é o de poder contribuir para a melhoria de prestação de cuidados de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria em contexto prisional.

Desenvolveu-se um estudo exploratório, transversal e descritivo, enquadrado no paradigma quantitativo.

A amostra, não probabilística sequencial, foi constituída por todos os reclusos admitidos num Estabelecimento Prisional (EP) do norte do país, no período de um mês. É composta por 39 participantes, do sexo masculino com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos, com uma média de 36,6 anos (DP de 11,1).

Foi aplicado um questionário, constituído por três partes: parte I - com questões para caracterização psicossocial, jurídico-legal e situação clínica. A II parte pela *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), adaptada para a população Portuguesa por Pais-Ribeiro, et al. (2006), que avalia a depressão e a ansiedade. Tem no total 14 itens ($\alpha = 0,86$). A parte III contém uma questão relativa à priorização dos reclusos na procura de ajuda para algum problema de saúde.

Nos resultados obtidos verificou-se que 56,4% dos participantes apresentam sintomatologia de ansiedade e depressão.

A situação jurídico-legal de condenado associa-se a mais sintomas de ansiedade e depressão. Também, o ter sido submetido a intervenção prévia para o abuso de substâncias e a sinalização de risco de suicídio na admissão ao EP associa-se a mais sintomas de ansiedade e depressão.

No recurso aos serviços de saúde em contexto prisional apresentam mais sintomas de ansiedade os participantes que recorrem a petições e mais sintomas de ansiedade e depressão os que recorrem à triagem e aos profissionais de saúde.

A realização deste trabalho alerta para a necessidade de deteção de sinais e sintomas de ansiedade e depressão centrados na resposta humana ao processo de adaptação ao contexto prisional, geradores de sofrimento, alteração ou perturbação mental. O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP) tem assim um papel importante na prevenção da doença e promoção da saúde mental, com intervenções específicas.

Palavras-Chave: Ansiedade, Depressão, Recurso aos Cuidados de Saúde, Meio Prisional

ABSTRACT

ANXIETY AND DEPRESSION: APPEAL TO CLINICAL SERVICES IN PRISON CONTEXT

Prisons as Goofman (2008) mentioned, are nowadays the main medium for punitive deprivation of liberty and that being arrested is an unnatural situation.

There are several difficulties raised by the inmate population in adapting to prison environment. However, it is in this context that the symptoms of anxiety and depression is more prevalent, and is present in disorders of adaptation (Haskins, 2000 e Chinchilla, 2002 cit. por Alvarez, 2005).

Depressive symptoms are primarily associated with the loss of social contact and tend to increase with the progression of time, while the symptoms of anxiety increases or decreases depending on the reaction and the adapting the prison context (Ruiz, 2007).

This study aims to describe the anxiety and depression of the inmates in a prison in the north of the country and their relationship with psychosocial, legal-criminal and clinical variables, as well as the use of clinical services in the prison context. Aimed to contribute to the improvement of care Nursing in Mental Health and Psychiatry in the prison.

It is an exploratory, transversal and descriptive study developed through quantitative paradigm.

The sample, not probabilistic and sequential, was consisted of all inmates entered in Prison (EP) in one month period, is formed in the total of 39 male inmates aged between 18 and 59 years with a mean of 36.6 years (SD = 11.1).

A questionnaire consisting of three parts was applied: Part I - Characterization of a psychosocial, legal-criminal and clinical issues; Part II Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) adapted to the Portuguese population by Pais-Ribeiro, et al. (2006), which assesses depression and

anxiety. Part III presents a question concerning the professional to whom the inmates turn when they have a health problem.

In the results we verified the existence of 56.4% of participants have symptoms of anxiety and depression.

The inmates that are convicted have higher values for the symptoms of anxiety and depression. Also, the fact of participation in treatment for substance abuse and suicide risk when entering the EP are more associated with anxiety and depression.

Anxiety is more present in inmates that seek the health services, and both anxiety and depression are more frequent in those who go to triage services.

The study focuses the need in detecting signs and symptoms of anxiety and depression centred on inadequate or unadapt human response to the transition processes, causing suffering, alteration or mental disturbance.

The Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatry (EESMP) has an important role in de prevention of illness and the promotion of health with specific interventions.

Key words: Anxiety, Depression, Appeal to Health Care, Prisons.

INTRODUÇÃO

Toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes. Sempre associada à procura da verdade, exige rigor, isenção, persistência e humildade (Pereira, 2010).

Como qualquer outra disciplina a Enfermagem necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela Investigação. São sobretudo a investigação clínica, aplicada e a investigação/ação aquelas que melhor contribuem para dar consciência científica, pela garantia oferecida relativamente à incorporação dos resultados na prática clínica quotidiana dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

Desde as obras clássicas de Sykes (1958 cit. por F.Gonçalves e Gonçalves, 2008) descrevendo a vida numa prisão enquanto uma sociedade dentro de outra sociedade e de Goffman (2008) sobre as condições de vida e adaptação às “instituições totais”¹, que a problemática da forma como cada indivíduo lida com o cumprimento da sentença tornou-se fundamental para perceber quer o presente quer o futuro que se avizinha.

Para Goffman (2008) o ser age nas esferas da vida em diferentes lugares, com diferentes coparticipantes e sob diferentes autoridades sem um plano racional geral. Ao inserir-se numa instituição social passa a agir num mesmo lugar, com um mesmo grupo de pessoas e sob tratamento, obrigações e regras iguais para a realização de atividades impostas.

¹ Local fechado, com regras; considerado uma comunidade autoritária (Goffman, 2008).

Quando essa instituição social se organiza de modo a atender indivíduos em situações semelhantes, separando-os da sociedade mais ampla por um período de tempo e impondo-lhes uma vida fechada sob uma administração rigorosamente formal que se baseia no discurso de atendimento aos objetivos institucionais, apresenta a tendência de reclusão o que vai simbolizar o seu carácter total (Goffman, 2008).

A entrada para a prisão constitui um momento de “Choque”² para muitos indivíduos e que, pelo facto de muitos deles evidenciarem vulnerabilidades psicológicas significativas, a ideação suicida aparece como uma estratégia adaptativa - ainda que paradoxal- ao cumprimento da pena, que permanece ao longo do tempo de reclusão (Moreira e Gonçalves; 2010).

O meio prisional, embora para muitos seja tido como uma realidade distante, faz parte da nossa sociedade - as prisões reproduzem a patologia da sociedade. Contém ócio, frustração, violência e falta de esperança no futuro, rutura de laços sociais e familiares, consumo de substâncias, uma conjugação que fomenta o aparecimento de doenças mentais (OPSS, 2014).

Os reclusos têm um peso de doença superior à generalidade da sociedade, resultando tanto do ambiente provido, como do contexto prisional. A prevalência anual de perturbações psiquiátricas, apresentadas pelo *Mental Health Survey Initiative* (2013 cit. por OPSS, 2014) em Portugal registou-se uma taxa de 22,9% da população. Apresenta a prevalência mais elevada da Europa ao nível da Ansiedade (16,5%) e do controlo dos impulsos (3,5%). Relativamente às perturbações do humor. A depressão major predomina com 6,8% está em terceiro lugar.

A ansiedade é um estado emocional de tensão, que ocorre quando há a perceção da ameaça à integridade física e/ou psicológica (Beck e Emery, 1985, cit. por Marques, 2010).

O termo depressão tem sido empregue para designar tanto um estado afetivo como a tristeza, quanto um sintoma, uma síndrome e uma ou várias doenças. As emoções de tristeza e alegria colorem o fundo afetivo da vida psíquica normal. A tristeza constitui-se na resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades (Correia, 2009).

² Acontecimento/impacto na vida da pessoa (Goffman,2008).

Os EP's são locais propícios à concentração de situações de risco para a saúde, sendo a problemática da sobrelotação um fator potenciador dessas situações. Quando o indivíduo entra para a prisão, mantém a titularidade dos direitos fundamentais à proteção da saúde e o dever de a defender e promover (Lei nº115, 2009 art.6º)

O Ministério da Saúde (2004, cit. por Martins, 2013) constata que a saúde mental dos detidos é deficitária e a solução adotada para fazer frente a esta problemática é o uso de psicotrópicos.

A avaliação inicial aquando da entrada do recluso e o acompanhamento do mesmo durante o cumprimento da pena é importante, pois distinguem-se grupos de reclusos: uns que apresentam alterações prévias à entrada para a prisão e os que desenvolvem alterações após o início do cumprimento da pena (Carreira e Gonçalves, 2010).

Desenvolveu-se o presente estudo, no âmbito da unidade curricular de dissertação do 2º ano, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

Como enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, a desenvolver a atividade profissional num EP, a investigadora sentiu a necessidade de perceber como é que as emoções interferem no processo adaptativo dos reclusos ao contexto prisional, no sentido da otimização das intervenções de enfermagem e pela inexistência de investigação de enfermagem neste contexto particular.

Surgiram como questões: qual o nível de ansiedade e depressão nos reclusos em contexto prisional? Existe relação entre ansiedade, depressão e variáveis psicossociais, jurídico-legais e clínicas? Qual a relação da ansiedade e depressão com o recurso aos serviços de saúde em contexto prisional?

Considerou-se importante investigar estas questões para que a prestação de cuidados de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria seja um esforço contínuo de todos e para todos de forma a colocar no quotidiano da comunidade o valor de pensar saúde mental: a minha saúde também nasce na saúde dos outros (Gomes, 2010).

Pretendeu-se, com o desenvolvimento deste estudo, contribuir para a melhoria da prestação de cuidados de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria.

Definiu-se como objetivo geral descrever a ansiedade e depressão e sua relação com variáveis psicossociais, jurídico- legais, clínicas e o recurso aos serviços de saúde, da população reclusa de um estabelecimento prisional da região norte do país.

Assim foi elaborado um estudo do tipo exploratório, descritivo, transversal inserido no paradigma quantitativo.

Organizou-se o presente trabalho por capítulos. No primeiro capítulo realizou-se a contextualização teórica onde é abordada a ansiedade e depressão: adaptação ao contexto prisional, dinâmica funcional de um EP da região norte do país e o Programa Integrado de Prevenção de Suicídio (PIPS). Faz-se, ainda referência à ESMP em contexto prisional e define-se a problemática de investigação assim como as questões e os objetivos do estudo.

No segundo capítulo descreve-se o enquadramento metodológico, com referência ao tipo de estudo, população e amostra e a sua caracterização, variáveis em estudo, material utilizado na recolha de dados, procedimentos, considerações éticas e análise de dados.

A apresentação de resultados encontra-se no terceiro capítulo. No quarto capítulo desenvolve-se a discussão dos resultados obtidos.

Por último, encontra-se a conclusão do trabalho e propostas, seguindo-se a bibliografia consultada e anexos.

1 DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM CONTEXTO PRISIONAL

É frequente a ocorrência de perturbações mentais em reclusos, indicando que nove em cada dez reclusos apresentam algum tipo de alteração no seu estado mental sendo um quadro cada vez mais real (Carreira, 2010).

Neste capítulo descrevem-se a adaptação do recluso ao meio prisional, a problemática de ansiedade e depressão, a dinâmica do funcionamento de um EP do norte do país e o Programa Integrado de Prevenção do Suicídio.

Segue-se a abordagem do papel do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria em contexto prisional, finalizando este capítulo com a problemática, questões e objetivos de investigação em estudo.

1.1 Adaptação ao contexto prisional

Desde os primórdios da humanidade a vida em sociedade é destacada pela disputa de bens, pelo simples facto do ser humano constituir um universo próprio de desejos materiais, donde a necessidade de regras gerais surge com o objetivo de estabelecer limites que impeçam a invasão dos direitos individuais. Viver em sociedade implica o cumprimento de um conjunto de normas e regras, tal como códigos de conduta, que viabilizam a vivência dos indivíduos como comunidade organizada. No entanto, por vezes, a sua obediência é desrespeitada (Bernabé, 2000).

O desacato destes princípios pré-estabelecidos pode levar à privação da liberdade, que é definida como a condição do ser que pode agir livremente. Isto é, consoante as leis da sua natureza (queda livre), da sua fantasia (tempo livre), da sua vontade (decisão livre) (F. Gonçalves e Gonçalves, 2008).

Embora o indivíduo se encontre contextualizado numa determinada sociedade, é esta mesma sociedade que, muitas vezes, o exclui, que no seu processo de desenvolvimento o marginaliza, discrimina e, no limite, rejeita indivíduos ou grupos sociais da participação nos frutos do progresso económico-social, inviabilizando o seu acesso a direitos humanos constitucionalmente garantidos (F. Gonçalves e Gonçalves, 2008).

Uma mudança forçada de meio acarreta um choque significativo na vida do ser humano pela adaptação ao novo ambiente, no que diz respeito à confinção de espaços físicos em que não estão familiarizados, à quebra de hábitos e padrões habituais de comportamento (Bernabé, 2000).

A prisão é designada como um espaço fechado, recortado, vigiado em todos os seus pontos, onde os indivíduos estão inseridos num lugar físico, onde os menores movimentos são controlados, onde todos os acontecimentos são registados. Pode assim dizer-se, que a prisão constitui um campo micro-social invulgarmente abrangente com a denominação de "micro-sociedade"³(Bernabé, 2000).

Estar preso é uma situação contranatura. O ser humano não foi concebido para habitar num espaço drasticamente reduzido e privado de liberdade de movimento. A vivência num ambiente adverso provoca alterações no indivíduo e precipita o desenvolvimento de estratégias adaptativas de sobrevivência, por vezes perversas (F. Gonçalves e Gonçalves, 2008).

Qualquer que seja a finalidade com a privação de liberdade, esta é sempre um ato de imposição, pois a detenção é, por natureza, involuntária. Toda a informação é tida como um segredo e obrigada a circular por canais próprios que a deformam e onde tudo se regula ao abrigo dos olhos e ouvidos indiscretos da sociedade envolvente (Goffman, 2008).

³Uma sociedade dentro da sociedade e cuja ligação (sociedade e prisão) que existe, é pensada a partir do paradigma crime/castigo (Bernabé, 2000).

As prisões organizam-se de modo a isolar o indivíduo da sociedade mais ampla por um período de tempo e impondo-lhe uma vida fechada sob uma administração rigorosamente formal. Agem sob o indivíduo de maneira a que o seu Eu, passa por transformações dramáticas do ponto de vista pessoal e social. A vida nesta micro-sociedade é caracterizada por extrema rigidez. Nenhum outro espaço vivencial tem destacado tanto o normativo (F. Gonçalves e Gonçalves, 2008).

Foucault (1975) e Gonçalves (2007) (cit por Novais, Ferreira e Santos, 2010) referem que a prisão tem por objetivo a penalização do indivíduo pelo seu comportamento ilícito, que será proporcional ao delito cometido e ao mesmo tempo educar o indivíduo delinquente com novos estilos comportamentais, para que no futuro não volte a seguir por caminhos delituosos.

Goffman (1968 cit por Gonçalves e Gonçalves, 2012) descreveu as Instituições Totais, onde se incluem as prisões, como característica fundamental, o facto de nesses universos fechados se encontrarem removidas as barreiras que, habitualmente separam as várias esferas de vida do indivíduo (de residência, de trabalho, lúdica), estando estas submetidas a uma gestão e a uma autoridade comuns, e onde os coparticipantes são os mesmos.

O facto de a prisão ser uma instituição total impõe desde logo um conjunto de vivências que, na maioria dos casos, desencadeia perturbações mais ou menos específicas deste meio institucional (Gonçalves e Gonçalves, 2012).

As primeiras definições surgiram no campo do evolucionismo com Lamarck e Darwin que já no seu tempo defendiam que a adaptação surgia em consequência da sobrevivência, isto é, os mais fortes seriam os que numa luta estariam mais aptos e portanto, melhor adaptados (Novais et al., 2010, p.210).

Gonçalves (2000, cit. por Novais et. al, 2010) refere que o homem enquanto ser bio-psico-social e o seu comportamento são fruto das interações interpessoais, condicionando e moldando a sua personalidade às situações e ao meio envolvente.

Sillamy (1980, cit. por F. Gonçalves e Gonçalves, 2008) defende que este conceito surge em função da personalidade, isto é, à forma como, num dado momento e em função de um determinado meio, ajusta o seu comportamento à situação tendo a presente flexibilidade das estruturas e esquemas mentais.

O homem coloca em constante confrontação a sua personalidade com o meio físico e social no qual se encontra inserido e integra em si o processo de adaptação. Para que haja um bom ajustamento social é necessário ter em conta as variáveis: ambiente familiar, dificuldades escolares, temperamento impulsivo, etc.

Freitas et al. (1998 cit. por Novais et al., 2010) consideram que o meio onde a pessoa cresce e os valores socioeconómicos pela qual a sociedade se rege terão repercussões no modo como cada indivíduo assimilará as suas capacidades individuais de lidar e enfrentar situações adversas.

A adaptação bem-sucedida perante uma situação de adversidade passa também pela capacidade de resiliência que cada indivíduo vai adquirindo, quando deparado com múltiplos riscos e ameaças internas e externas ou ainda a capacidade de recuperação na sequência de uma experiência traumática prolongada (Novais et.al, 2010).

Segundo Clemmer (1940) e Comfort (2007) (cit. por Carreira e Gonçalves, 2010) o contacto com a família e amigos constitui uma condicionante significativa na forma como o recluso se adapta à prisão. Esta aproximação coadjuva sobretudo no suporte e apoio emocional, durante o período de cumprimento da pena.

Haney (2003 cit. por Novais et. al, 2010) defende que embora varie de indivíduo para indivíduo, a adaptação à prisão é um processo complexo a nível psicológico e pode mesmo causar perturbações de stress pós-traumático após saída da prisão.

Harding e Zimmerman (1989 cit. por Gonçalves e Gonçalves, 2012) acrescentam que a reclusão é uma experiência de vida traumática que requer modificações nos padrões básicos de vida do ser humano.

1.2 Ansiedade e Depressão

Na Grécia Antiga, Aristóteles e Hipócrates consideravam o homem como uma unidade indivisível. Hipócrates defendia que a saúde consistia num equilíbrio harmonioso com o meio envolvente e que os desafios a esse equilíbrio conduziam à doença. Esta visão racionalista fundamenta a medicina moderna (Novais et. al, 2010).

O mundo dispõe de um arsenal inesgotável de acessórios do qual o homem se serve, como instrumento *a doença não advém do exterior, o próprio ser humano a produz* (Cruz e Júnior, 2011, p.46).

A ocorrência de eventos potencialmente traumáticos, como é o caso da mudança forçada de contexto social, coloca o indivíduo num estado particularmente vulnerável à doença. A cronicidade deste estado gera um impacto negativo no quotidiano, comprometendo significativamente a capacidade cognitiva do indivíduo (Cruz e Junior; 2011).

Zimmerman e Arunkumar, (1994 cit. por Martinez, 2012) definiram a vulnerabilidade como uma predisposição para o desenvolvimento de disfunções psicológicas ou de respostas pouco adequadas à ocasião, entre as quais, possíveis respostas deprimidas ou ansiosas.

A depressão é uma perturbação mental desencadeada pela avaliação negativa que o indivíduo faz do ambiente e de si próprio. O indivíduo depressivo julga-se num estado de solidão afetiva e tende a distorcer as informações do ambiente de forma pessimista (Araújo, Nakaro e Gouveia, 2009).

O diagnóstico de depressão é feito quando a pessoa tem um período mínimo de duas semanas com humor depressivo, perda de interesse e perda de prazer juntamente com quatro sintomas que incluem: perda de peso, sono e atividade psicomotora, sentimento de inutilidade ou culpa, dificuldade em pensar, concentrar-se, tomar decisões e presença de pensamentos suicidas (American Psychiatric Association, 2005).

Pensa-se que a depressão está também associada com alterações químicas no cérebro. Os indivíduos que possuem esta patologia apresentam um número diminuído de determinados neurotransmissores cerebrais (Cruz e Júnior, 2011).

Indivíduos com Transtorno Depressivo Maior admitidos em asilos com cuidados de Enfermagem podem ter uma probabilidade acentuadamente aumentada de morte no primeiro ano. Têm mais dor e doença física e uma redução do funcionamento físico, social e de papéis (American Psychiatric Association, 2005)

Por sua vez, a ansiedade é um estado emocional de tensão, durante o qual o indivíduo experiencia, numa situação de grande agitação, as sensações de aflição e de insegurança e uma profusão de manifestações somáticas físicas e que podem culminar na sensação de ameaça eminente à integridade física e psicológica (Araújo et al. 2009).

De uma forma geral, todas as interpretações e reações de ansiedade parecem ter correlação com as sensações subjetivas de antecipação, o medo ou apreensão, pois os efeitos de ambos aumentam a vulnerabilidade e o sentimento de abismo no indivíduo (Araújo et al. 2009).

Na prisão, o recluso sofre um doloroso processo de adaptação que implica a sua despersonalização e cumprimento de um novo estatuto, de acordo com as regras do estabelecimento prisional. As diversas dificuldades que surgem neste processo levam a que a ansiedade e a depressão sejam as perturbações psicológicas com maior incidência na população reclusa. O isolamento, o ruído, a perda de identidade, a falta de ocupação e o sentimento de impotência para resolver os problemas familiares vividos no exterior, são no seu conjunto, dificuldades que, podem ter consequências drásticas ao nível da saúde mental, nomeadamente na gestão do stress e na capacidade de autocontrolo, por parte do recluso (Marques, 2010).

Estas patologias referem-se a perturbações cuja origem direta são os fatores de stress ambiental existentes nas prisões que são designadas pela *American Psychiatric Association* como *adjustment disorders*. Isto é, um conjunto de manifestações que têm em comum o facto de serem uma reação de inadaptação a um fator de stress psicossocial identificável (F. Gonçalves e Gonçalves, 2008).

Pollock (1998, cit. por F. Gonçalves e Gonçalves, 2008) acrescenta que estas perturbações coexistem com problemas associados ao álcool, ao consumo de estupefacientes, à falta de controlo da agressividade e a muitos outros problemas de desajustamento comportamental.

A frequência de casos de ansiedade e depressão na população reclusa leva, efetivamente, à realização de estudos para uma melhor compreensão destas patologias. Num estudo realizado em Portugal verificou-se que numa amostra de 48 reclusos, 88% apresentava elevados níveis de ansiedade (F. Gonçalves e Gonçalves, 2008).

Outros estudos têm mostrado que 65% da população prisional tem pelo menos um ou mais transtornos de personalidade (Frederick, Coolidge, Peter, Stephanie, Van Horn, Segal e Daniel, 2011).

Abram, McClelland, Dulcan e Mericle (2002, cit. por Frederick et. al, 2011) constataram que 66% dos jovens reclusos do sexo masculino tiveram pelo menos uma perturbação mental grave durante a reclusão

O risco de se ter perturbações psiquiátricas graves são mais elevados em reclusos do que na população em geral (Seena Fazel, 2002).

Um estudo nos países ocidentais, em 2002, investigou a percentagem de doenças psiquiátricas num população reclusa e os resultados revelam que cerca de metade dos reclusos têm transtornos de personalidade, 10% tiveram depressão nos seis meses que antecederam a entrevista e 4% tinham distúrbios psicóticos (Mercedes, Benavides e Beitia, 2012).

A ansiedade potencia com mais frequência explosões de agressividade auto ou hétero dirigida, enquanto a depressão desencadeia com maior probabilidade as descompensações de tipo psíquico, o surgimento de delírios ou ideação paranoide e em casos mais extremos a tentativa de suicídio (F. Gonçalves e Gonçalves, 2008).

Na tentativa de suicídio deparamo-nos com indivíduos desesperançados e que sofrem de perturbações depressivas. Revelam geralmente elevada intenção suicida, encontram-se cognitivamente constrictos e não encontram outra saída que não a morte para um estado de sofrimento mental extremo. No que se refere ao fenómeno suicidário em meio prisional, tem-se verificado que as taxas de comportamentos autolesivos são muito superiores nas prisões comparativamente ao observado entre a população geral (Moreira e Gonçalves, 2010).

Os únicos dados disponíveis em Portugal referem-se ao suicídio consumado.

Uma análise das taxas de suicídio consumado por 100.000 habitantes entre prisões e população geral entre 1999 e 2004 revelou taxas médias de suicídio de 24.7% nas prisões comparativamente a 8.8% na população geral. A razão entre suicídio consumado dentro e fora da prisão apresenta-se extremamente disforme e, em média, por cada suicídio ocorrido na população geral entre 1999 e 2004, ocorreram catorze nas prisões portuguesas (Moreira e Gonçalves, 2010).

Moreira (2008, cit. por Moreira e Gonçalves; 2010) enfatiza o facto de perante as mesmas fontes de stress nem todos os reclusos responderem da mesma forma, com comportamentos autolesivos. Considera assim os reclusos mais propensos a este tipo de comportamento, aqueles que se encontram predispostos geneticamente, hereditariamente, ou em termos de desenvolvimento sociofamiliar, dentre os quais se destacam indivíduos negligenciados em criança, com história de abuso psicológico, físico ou sexual, com historial de perturbação psiquiátrica, com antecedentes de comportamentos autolesivos, impulsivos, agressivos, que abusam ou dependem de substâncias, desempregados ou abandonados.

Ou seja, se por um lado os estabelecimentos prisionais potenciam um stress elevado, por outro, albergam os indivíduos que já em sociedade apresentavam inúmeras predisposições prévias, que acabam por se constituir em meio prisional como fatores de risco acrescido para comportamentos autolesivos.

São vários os fatores que potenciam o risco de comportamentos autolesivos do recluso como a imposição de viver num meio isolado, sem liberdade, por vezes violento, sobrelotado, repleto de normas e regras rígidas, lidar com inúmeros fatores de stress diários etc. Fazel, et al. (cit. por Moreira e Gonçalves, 2010) nos seus estudos concluíram que os fatores de risco associados ao suicídio prisional eram a raça/etnia branca, ser do sexo masculino e casado, ser alojado em cela individual, ser preventivo e cumprir pena de prisão perpétua. Nos fatores de ordem clínica, salientam a ideação suicida recente, história de tentativas de suicídio, problemas de consumo de substâncias e ter um diagnóstico atual de perturbação psiquiátrica com a conseqüente prescrição de medicação psicotrópica.

Tendo em conta a cronicidade dos fatores de stress na prisão e as características de personalidade de muitos reclusos é inevitável o desenvolvimento de distúrbios alusivos à adaptação do meio prisional (F. Gonçalves e Gonçalves, 2008).

- Distúrbios sensoriais - no que diz respeito à visão, a limitação visual de espaços provoca deformação na perceção visual, ao nível das formas e das cores, que se denomina por Cegueira da Prisão.

Em relação à audição, a permanência num ambiente de ruídos constantes e retumbantes, derivados dos ecos, onde predominam igualmente sons característicos do fechar e abrir de gradões e portas de celas, podem levar a perdas auditivas significativas.

A nível do olfato este tende a ser alterado pelo cheiro característico de todas as prisões, onde prevalece um intenso odor a desinfetantes.

O gosto é particularmente afetado pelas características da comida que se ingere em organizações que produzem comida para muitas pessoas, muitas vezes fortemente condimentadas (F. Gonçalves e Gonçalves, 2008).

- Distúrbios afetivos - a privação do carinho e do afeto das pessoas que são queridas leva à criação, por parte do recluso, de um mecanismo/estratégia de defesa em torno de si próprio que o isola efetivamente do mundo. O desleixo e abandono a que muitos reclusos são sujeitos poderão ser o despertar de uma patologia mais grave do tipo depressivo ou mesmo dissociativo (F. Gonçalves e Gonçalves, 2008).

- Distúrbios na imagem - a perda da própria imagem é naturalmente provocada por todo o processo de Mortificação do Eu⁴ O desinvestimento naquilo que afinal constitui a essência mais visível de cada um de nós - o próprio corpo - é um indício inequívoco de um processo de adaptação patológico à prisão e ao cumprimento da pena, segundo o mesmo autor.

Outro dos fatores que influencia e condiciona o ajustamento e adaptação ao estabelecimento prisional é a própria prevenção e/ou intervenção efetuada junto dos reclusos toxicodependentes que dão entrada nas prisões em número significativo (F. Gonçalves e Gonçalves, 2008).

⁴Destuição da identidade do individuo que a reclusão impõe, como fardas em vez de roupa, atribuição de números em vez de nomes etc... (Goffman, 2008).

Negreiros (1997, cit. por Agra, 2008, p.16) num inquérito aplicado aos principais estabelecimentos prisionais do país constatou que mais de 70% dos indivíduos consumiam regularmente pelo menos uma substância psicoativa antes de entrar na prisão: *As prisões estão cheias de toxicómanos.*

Os toxicodependentes apresentam, a nível do pensamento, uma desorganização ideativa. Esta é acompanhada de elevados níveis de estimulação de tonalidade dolorosa, seguramente associada ao profundo estado de angústia e às dificuldades de controlo e tolerância ao stress (Agra, 2008).

Os reclusos seropositivos-toxicodependentes encaram a sua vida como um destino irremediavelmente traçado pela sociedade. Passivos, são arrastados pelas provas da existência, indiferentes a qualquer tipo de adaptação ainda que vinda, também ela, do exterior (Agra, 2008).

A prevenção da toxicodependência efetuada nos estabelecimentos prisionais visa aproveitar o tempo de reclusão para promover a aquisição de estilos de vida saudáveis, através de programas de prevenção, de modo a reduzir os riscos e minimizar os danos (Novais et.al, 2010).

Várias teorias têm sido fomentadas acerca dos diferentes perfis de adaptação ao estabelecimento prisional por parte dos reclusos. A Teoria da Importação por Irwin e Cressey, (1962) e Schrag (1961, cit. por Novais et.al, 2010) têm em conta as vivências pessoais e os valores culturais que estes trazem do exterior. A Teoria da Privação por Goffman (1961) e Sykes (1958, cit. por Novais et. al, 2010) tem por base a pressão vivida na prisão e as características específicas dos diferentes estabelecimentos prisionais.

Em Portugal, segundo F. Gonçalves e Gonçalves (2008). e Novais et.al, (2010) de acordo com estudos realizados existem quatro padrões diferentes de reclusos quanto à sua adaptação prisional: os bem adaptados, os mal adaptados, os sobre-adaptados e os inadaptados.

Os reclusos bem-adaptados, não possuem geralmente antecedentes criminais, apresentam valores convencionais e não se envolvem em processos disciplinares.

Os mal-adaptados são frequentemente reincidentes, manifestam comportamentos violentos, infração das regras institucionais e não possuem valores sociais (F. Gonçalves e Gonçalves, 2008).

Os reclusos sobre-adaptados têm maior cadastro criminal, possuem passado institucional e revelam um comportamento assertivo na prisão.

Por fim, os reclusos inadaptados manifestam um desajustamento global à prisão através de patologias de adaptação, stress prisional, comportamento autodestrutivo, consumo de drogas, isolamento social, ataques de cólera, e são de fácil vitimização (F. Gonçalves e Gonçalves, 2008; Novais et.al, 2010).

Segundo, Bukstel e Kilman (2010, cit. por Novais et. al, 2010) existem reclusos que evidenciam sinais de deterioração, outros que se mantêm intactos e indiferentes, e ainda existem aqueles que beneficiam da permanência da prisão para aperfeiçoar as suas capacidades de funcionamento interpessoal.

Stanko, Gillespie e Crews (2010, cit. por Novais et. al, 2010) defendem que reclusos semelhantes não vivenciam a mesma situação da mesma forma, pois esta pode ser stressante para uns e para outros não exercer qualquer impacto.

Gonçalves (2010 cit por Novais et.al, 2010), refere que os reclusos adotam um conjunto de respostas adaptativas, embora disfuncionais, para gerir o stress, colocando à prova a sua integridade física e psicológica.

1.2.1 Ansiedade, depressão e recurso a serviços de saúde

A sintomatologia de ansiedade e depressão têm um impacto socioeconómico e incapacitante na vida da pessoa.

Berto et al. (2000) (cit. por Costa, 2010) referem que os custos para o tratamento da depressão são mais elevados do que diversas doenças crónicas, tais como neoplasias, osteoporose, Alzheimer e Hipertensão.

Um estudo realizado na década de 90, conduzido pela Universidade de *Harvard*, Organização Mundial de Saúde e financiado pelo Banco Mundial, mostra que a maior causa de anos vividos com incapacidade para homens e mulheres, mesmo com alguma patologia presente, foi a Depressão. Outras

doenças mentais ocorridas entre os 15 e os 24 anos de idade contribuíram para 60% a 70% de anos de vida com incapacidade (Costa, 2010).

Os custos diretos da depressão estão relacionados, fundamentalmente com o tratamento, medicação e cuidados prestados ao doente. Sendo que o custo atribuído aos antidepressivos de ultima geração é mais elevado, dado que a maioria não tem genéricos. O *Longitudinal Investigation of depression outcomes study (LIDO)* foi um estudo realizado em seis centros de diferentes países que avaliou a relação entre sintomas de depressão, uso de serviços de saúde e qualidade de vida, tendo tirado como principais conclusões: os doentes com maior grau de recuperação são os que têm menor impacto no sistema de saúde (Costa, 2010).

O diagnóstico e a prevenção de doentes que apresentem sintomatologia depressiva são cruciais para um tratamento eficaz e conseqüentemente um baixo custo socioeconómico. McQuaid et al (1999) e Ronalds (1997) (cit. por Costa, 2010) referem que 60% dos casos de depressão não são diagnosticados pelo que conseqüentemente o tratamento não é adequado nem específico.

É de realçar que 80% dos doentes que apresentam sintomatologia depressiva recorrem aos serviços de saúde devido a sintomas físicos inespecíficos. Estes doentes usam 50% mais serviços de saúde do que os doentes que não têm depressão (Costa, 2010).

1.3 Estabelecimento prisional da região norte- serviços de saúde

Foi construído segundo os princípios definidos pela reforma prisional de 1936 (Portaria n.º13/2013, de 11 de Janeiro) e destina-se a adultos do sexo masculino, em prisão preventiva ou a condenados com penas reduzidas.

O sistema de sanções criminais atual, definido no Código Penal, é composto por um conjunto de penas e medidas de segurança aplicáveis a imputáveis e imputáveis a maiores de 16 anos. Destacam-se assim as penas principais:

- Prisão - Duração mínima de 1 mês e máxima de 20 anos, podendo em casos especiais atingir os 25 anos, limite que em caso algum pode ser excedido;

- Multa - Sanção pecuniária aplicável segundo o regime de dias - multa e fixada entre um mínimo de 10 e um máximo de 360 dias. A cada dia - multa corresponde um montante a fixar entre 5 euros e 500 euros. A pena de multa pode ser total ou parcialmente substituída por dias de trabalho - modalidade de execução cujo regime segue de perto o da Prestação de Trabalho a Favor da Comunidade.

As Penas não Privativas de liberdade são:

- Multa - Pena substitutiva da prisão aplicada em medida não superior a 6 meses a que se aplica o regime da pena de multa principal;
- Suspensão de Execução da Pena de Prisão;
- Prestação de Trabalho a Favor da Comunidade;
- Admoestação - Pena substitutiva da multa, que consiste numa advertência solene ao condenado feita oralmente em audiência de julgamento pelo juiz.

Existem as Medidas de Segurança Detentivas:

- Internamento para Inimputáveis - Medida privativa de liberdade cumpre-se num estabelecimento de cura, tratamento ou segurança por um período que, em princípio, não pode ultrapassar o limite máximo da pena correspondente ao crime praticado.

E as Medidas de Segurança não detentivas:

- Suspensão da Execução do Internamento - Uma vez determinada a culpa do agente e encontrada a medida concreta da pena de prisão (não superior a 5 anos) o tribunal suspende a sua execução se concluir que a simples censura do facto e a ameaça da prisão são suficientes para satisfazer as necessidades de reprobção e prevenir a prática de futuros crimes.

O Código Penal prevê três modalidades de suspensão: Suspensão simples; suspensão subordinada ao cumprimento de deveres ou regras de conduta e suspensão com regime de prova (artigos 50º a 57º do Código Penal).

- Liberdade para Prova - Funciona para a medida de segurança de internamento de inimputáveis com o intuito da liberdade condicional para a pena de prisão. O tribunal, posta a questão da cessação do estado de perigosidade do inimputável, se entender não ser possível alcançar um juízo de prognose definitivo coloca o inimputável, precedido de um período de reintegração na comunidade, com controlo e em meio livre. Esta medida

segue um regime de execução semelhante ao da suspensão da execução da pena de prisão (artigos 94.º e 95.º do Código Penal).

- Liberdade Condicional - Consiste na antecipação da liberdade de um condenado a pena de prisão durante um período não superior a 5 anos, depois de aquele haver cumprido um período mínimo legal de reclusão e mediante o seu consentimento. A liberdade condicional consiste na substituição parcial de um certo período detentivo por outro não detentivo. Tal como a suspensão de execução da pena de prisão, a liberdade condicional, pode ser aplicada nas seguintes modalidades: liberdade condicional simples, liberdade condicional subordinada ao cumprimento de regras de conduta e liberdade condicional com regime de prova.

O condenado em prisão superior a seis meses pode vir a beneficiar da liberdade condicional em três etapas do cumprimento da pena: a meio da pena (1/2); a dois terços da pena (2/3) ou a cinco sextos do termo da pena (5/6) conforme a natureza e gravidade dos crimes e se razões de prevenção geral e especial o não desaconselharem. Esta medida é aplicada em processo judicial próprio por um tribunal de competência especializada, o Tribunal de Execução das Penas (artigos 94.º e 95.º do Código Penal).

Quando existe Dispensa de Pena - o Tribunal abstém-se de aplicar uma pena se o crime for punível com pena de prisão não superior a seis meses e verificados certos pressupostos.

Outras reações integram ainda a ideia da sanção penal, às quais é atribuída uma natureza jurídica adjetiva por estarem previstas no Código do Processo Penal:

- Arquivamento em caso de dispensa da pena;
- Suspensão provisória do processo;

(DGSP, 2006)

As penas devem atender, para além de fins de reprobção e prevenção geral do crime, à ideia de prevenção da reincidência e serem utilizadas como um instrumento que se disponha à readaptação/reintegração social do delinquente. Assim, construíram-se oficinas, salas de estar, refeitórios, ginásio, biblioteca e sala de visitas sem qualquer separação física.

Este E P caracteriza-se pela disposição paralela dos blocos, com celas paralelas e unidas entre si por um corredor, com recreios entre cada um dos blocos.

Segundo Gonçalves (1990 cit. por F. Gonçalves e Gonçalves, 2008), esta disposição permitia uma separação adequada entre os vários tipos de reclusos, consoante a sua situação prisional (condenado ou preventivo), perigosidade, entre outras, possibilitando assim melhores condições para o cumprimento da pena.

Os quatro blocos, denominados pavilhões inseridos na zona prisional, permitem a divisão dos reclusos por estes consoante o tipo de crime (OPSS, 2014).

Os três primeiros pavilhões (A, B e C) têm uma estrutura física semelhante, sendo constituídos por celas com capacidade para dois reclusos e camaratas de capacidade variável, distribuídas pelos três pisos constituintes.

O pavilhão D é constituído por dois pisos, existindo em cada um sete camaratas. Este pavilhão possui sete Celas Disciplinares (CD's), que são ocupadas por reclusos a cumprir medidas disciplinares (Lei n.º115/2009, de 12 de Outubro e Decreto-Lei n.º51/2011 de 11 de Abril) por incumprimento das regras impostas pelo E P.

O EP dispõe ainda de vários espaços como anfiteatro, capela, ginásio, oficinas, sala de visitas, escola e biblioteca, Unidade Livre de Drogas (ULD), serviços clínicos (Medicina Geral; Infeciologia; Psiquiatria; Estomatologia; Enfermagem; Psicologia; Nutrição) e secção de segurança. Para além dos espaços disponíveis, este EP proporciona variadas atividades socioculturais e desportivas, entre as quais: biblioteca, colóquios/celebrações, teatro, coro, música e desporto. Os reclusos podem ocupar, de forma laboral e diversificada, vários setores.

A abertura dos pavilhões ocorre pelas 7h30, dando a possibilidade aos reclusos de sair das suas celas e participarem nas atividades que este EP oferece: castigos e nas Camaratas D-OBS e D-OA têm direito a uma hora no espaço de recreio de manhã e outra à tarde (9h às 10h e 15h às 16h).

O recolher obrigatório é às 19:00h, excluindo os reclusos ocupados que executam as suas funções, como por exemplo os da padaria, que recolhem mais tarde.

As camaratas de Observação (D-OBS) e Observação e Acompanhamento (D-OA) estão localizadas no corredor onde se inicia a zona dos serviços de saúde.

A camarata D-OBS tem uma lotação de quinze camas, e destina-se aos reclusos entrados identificados como mais debilitados. A maior parte destes reclusos são consumidores de drogas e álcool que se encontram debilitados física e mentalmente, necessitando de ajuda e de orientação. A integração dos reclusos na camarata D-OBS é voluntária. São informados sobre as regras, objetivos e outras informações consideradas cruciais para que decidam de forma livre e esclarecida se pretendem ser integrados neste tipo de camarata ou se preferem ser inseridos num pavilhão de regime comum. Com toda a informação fornecida aos reclusos e a aceitação de todas as regras desta camarata, é-lhes solicitado um consentimento informado.

A camarata D-OA é uma extensão do PIPS, que se destina aos reclusos com risco ou ideação suicida. Estes reclusos são propostos pela Equipa de Observação Permanente (EOP), constituída pelo subchefe do pavilhão D, Psicólogo, Técnico de Reeducação e Enfermeiro Chefe alocados ao projeto, que reúne todas as quartas-feiras de manhã, e encaminha para admissão no período da tarde. A EOP é responsável por acolher, explicar e fazer a admissão do recluso estabelecendo um contrato terapêutico.

A sinalização dos reclusos é reportada nas atas de sinalização dos grupos de observação dos pavilhões tendo como critérios: presença de problemas de adaptação à prisão, vulnerabilidade pessoal elevada (ter uma *checklist* de sinais de alerta e um *intake screening* com risco médio/alto), problemas de toxicodependência com manifesta dificuldade de controlo de consumos e envolvimento recorrente em esquemas ilícitos para manutenção dos mesmos, isolamento, fragilidade do ponto de vista psicossocial (sem visitas, perdas recentes, vivência de situações potencialmente traumáticas), pertencer a grupos previamente identificados como de vulnerabilidade acrescida (agressor sexual, homicida, recluso muito jovem) e vivência de

alterações abruptas não previstas de situação jurídica (condenação longa, não libertação, indeferimento de medidas flexibilizadoras) (Manual PIPS,2010).

O tempo mínimo de permanência na camarata D - OA é de um mês e o máximo é de cinco meses. Durante este período de tempo é feito um acompanhamento psicológico diário destes reclusos fazendo uma avaliação e intervenção sistemática.

Estão estipuladas as seguintes regras para a permanência na camarata D-OA (regulamento interno da Camarata D-OA):

- Participar na organização da Camarata, zelando pela limpeza e arrumação diárias;
- Apresentar boa higiene pessoal diária;
- Cumprir as idas ao recreio nas horas estipuladas, sendo que nenhum dos elementos em tratamento se deverá recusar a tal;
- Participar, semanalmente, na prática de Yoga;
- Abstinência do consumo de estupefacientes;
- Submissão a realização de testes de metabolitos (testes à urina para despiste de consumo de substâncias);
- Respeitar a equipa técnica (psicólogos, médicos, enfermeiros, técnicos de reeducação, guardas prisionais, etc...).

Qualquer desrespeito por estas regras básicas pode levar à expulsão da Camarata D-OA, sendo restituídos ao Pavilhão de origem, comprometendo assim os objetivos de tratamento a que se propuseram.

Os serviços de saúde do E P são constituídos por:

- Sala de distribuição de metadona;
- ULD;
- Sala de atendimento de Enfermagem;
- Sala de preparação de medicação;
- Sala de colheita de espécimes para análises;
- Gabinete de Enfermagem;
- Unidade de internamento;

A sala de distribuição de metadona destina-se aos reclusos que estão no programa medicamentoso de substituição opiácea. Atualmente esta administração é feita em cada pavilhão, sendo o Enfermeiro responsável

por verificar se existem as condições necessárias para a administração da mesma (mínimo de dois Guardas Prisionais a presenciar a administração). A administração da metadona é por toma assistida e é efetuada pelo Enfermeiro que faz a confirmação do número, do nome do recluso, da hora e dose prescrita.

A ULD é uma unidade que acolhe toxicodependentes que assumem o compromisso de não consumirem drogas. Neste espaço, com lotação de quinze vagas, o Enfermeiro tem como responsabilidade administrar medicação, supervisionar a limpeza da unidade e a higiene pessoal, a avaliação das necessidades dos utentes e o seu encaminhamento para os diversos membros da equipa multidisciplinar, assim como fazer ensinamentos para a saúde, de acordo com as necessidades detetadas.

A sala de atendimento de Enfermagem destina-se à realização dos vários procedimentos de Enfermagem, entre os quais, a avaliação de sinais vitais, pesquisas de glicemia capilar, tratamento de feridas, administração de medicação, triagem de consultas médicas e atuação em caso de emergência/urgência.

Na sala de preparação de medicação o Enfermeiro prepara a medicação para a sua administração. É um dos procedimentos mais efetuados pelos Enfermeiros. No EP existe uma grande variedade de fármacos, que são administrados aos reclusos consoante as suas necessidades/prescrição. Toda a medicação é preparada e administrada só por Enfermeiros, prescrita pelas diferentes especialidades clínicas.

A medicação é preparada em regime de unidade e devidamente identificada com o número do recluso. Posteriormente, a medicação é transportada aos pavilhões e a toma da mesma é assistida.

A sala de colheitas de sangue é uma sala equipada com todo o material necessário a esta atividade. As colheitas são efetuadas de acordo com requisição clínica.

O Gabinete de Enfermagem é para o uso de todos os Enfermeiros. Nesta é realizada a passagem de turno. Funciona, também, como sala de reuniões para os Enfermeiros onde se discutem estratégias para um melhor funcionamento de todo o seu trabalho.

A Unidade de Internamento do EP, destinada a reclusos que necessitam de acompanhamento, vigilância e apoio vinte e quatro horas por dia (por exemplo doente no pós operatório), tem lotação de vinte camas.

O Enfermeiro tem definidas as seguintes tarefas no EP:

- Administração terapêutica;
- Realização dos tratamentos de feridas necessários e as nebulizações prescritas;
- Avaliação das necessidades dos reclusos, e o seu encaminhamento para a equipa multidisciplinar;
- Avaliação dos sinais vitais;
- Ensinos e colaboração em ações de educação para a saúde;
- Registo no diário clínico do processo do recluso/doente;
- Realização de todo e qualquer cuidado de Enfermagem necessário em SOS.

O Processo Clínico Individual (PCI) contém a história clínica do recluso e o registo de todas as consultas e observações, exames complementares de diagnóstico, tratamentos efetuados, medicação prescrita e outros documentos relevantes. Todos os contactos com os serviços clínicos são documentados no PCI, registando-se a data, motivo e a identificação do técnico de saúde interveniente.

O modelo do PCI é comum a todos os EP, sendo constituído da seguinte forma:

- a) Capa - Contém todos os elementos de identificação do recluso, número mecanográfico, o número interno do EP e ainda, com letra em realce, a palavra confidencial. No verso da capa encontram-se as instituições de organização do processo e o histórico de entradas e saídas;
- b) Resumo da História Clínica - A primeira folha do processo onde é feito registo dos problemas ativos e passivos do doente;
- c) Colheita de dados da Enfermagem - História Inicial de Enfermagem;
- d) História Clínica Completa;
- e) Diário Clínico - Onde se registam todos os atos clínicos efetuados (Registo Médico Orientado por Problemas - RMOP) por todos os técnicos: Médicos, Enfermeiros, Psicólogos e outros profissionais de saúde; devem ser

igualmente registados todos os atos administrativos relevantes devidamente rubricados;

f) Folha Registo de Agressões/Automutilações - Todos os incidentes que configurem situações de lesões, acidentes ou resultantes de ação direta do próprio ou de terceiro, são objeto de descrição pormenorizada procedendo-se ao seu registo em impresso próprio, o qual é anexado no PCI;

g) Folha de Terapêutica - Registo da data da prescrição, dieta, medicação e identificação do médico;

h) Ficha de Medicina Dentária;

i) Folha de Registo de Análises Clínicas;

j) Separador nº1 - Contém informação hospitalar, relatórios de alta, informações de consultas externas e relatórios médicos;

k) Separador nº2 - Contém outros relatórios e informações efetuadas e períodos de consulta e demais expediente relevante; constam obrigatoriamente do processo clínico, devendo ser arquivadas neste separador: as declarações subscritas pelo recluso de consentimento para a realização de exames ou de tratamento prescritos, as recusas do recluso em efetuar consulta, realizar tratamento ou exame ou recusa na toma da medicação prescrita e as petições feitas pelo mesmo;

l) Separador 3 - Análises Clínicas;

m) Outros exames complementares ou relatórios dos mesmos;

n) Processo de Internamento no EP e processo de reclusões anteriores;

O PCI é aberto no prazo de 24 horas a contar da data de entrada do recluso no EP. Tratando-se de um recluso reincidente no sistema Prisional, o PCI dá continuidade ao processo já existente.

O PCI é arquivado no EP quando o recluso sai em liberdade, durante um período de cinquenta anos. Em caso de reingresso no sistema prisional português é requisitado ao EP, onde esteve detido pela secção de reclusos, até ao termo do primeiro dia útil após a entrada, e reenviado no prazo máximo de setenta e duas horas.

O PCI acompanha o recluso em caso de:

- Consultas e internamentos noutra E.P ou no Hospital Prisional S. João de Deus (HPSJD);

- Internamento em Serviços Clínicos Prisionais;

- Transferência para Secções de Segurança;
- Transferências Definitivas.

O acesso ao PCI é restrito aos Profissionais de Saúde e aos que desempenhem funções de apoio administrativo nos serviços clínicos. O acesso aos dados clínicos do recluso é determinado pelo diretor do EP.

As pessoas que tenham acesso a dados de saúde ficam obrigadas a sigilo profissional, mesmo após o termo das suas funções.

O recurso aos serviços de saúde deste EP inclui: a Triagem e a petição.

A Triagem que decorre no período da manhã entre as 9:30h e as 10:30h. É realizada pelo Enfermeiro que avalia, intervém e se necessário encaminha para dar resposta às necessidades do doente preenchendo a folha de triagem.

A Petição é uma forma de exporem os seus problemas e as suas necessidades de saúde, para o que preenchem um impresso próprio, que é fornecido pelo Guarda Prisional de cada pavilhão sempre que o recluso solicita. É um documento onde o recluso expressa as suas necessidades clínicas relativamente a qualquer problema. Após o preenchimento da petição no pavilhão, o recluso coloca-a numa caixa própria. O Guarda Prisional da Unidade de Saúde recolhe-as diariamente, por volta das 22h, remetendo-as para a parte administrativa dos serviços clínicos. No dia seguinte a administrativa desta secção entrega a cada técnico de saúde as petições, sendo que cada profissional responsável pela mesma lê, avalia e agenda consulta para o respetivo recluso. Todas as petições após serem analisadas pelos profissionais de saúde a que se destinam são assinadas pelo mesmo e anexadas ao processo do recluso.

1.3.1 Programa Integrado de Prevenção de Suicídio

O PIPS versa sobre a problemática específica do Risco e Vulnerabilidade ao cometimento de suicídio em meio prisional. Foi implementado em todos os Estabelecimentos Prisionais em 2010 de forma faseada, tal como apresentado na seguinte tabela.

Tabela 1 -Implementação do PIPS em 2010 nos Estabelecimentos Prisionais de Portugal

Região	Estabelecimentos Prisionais		Início
NORTE	Porto, Policia Judiciária (PJ) Porto, Sta. Cruz do Bispo	Izeda, Paços de Ferreira, Vale do Sousa, Braga	14 de Julho
CENTRO	Coimbra, Leiria, Caldas da Rainha	Covilhã, Castelo Branco, Viseu, Guarda	16 de Julho
SUL	Lisboa, PJ Lisboa, Caxias, Tires, Sintra, Montijo, Faro	Vale de Judeus, Alcoentre, Carregueira, Linhó, Pinheiro da Cruz, Beja	15 de Julho

Fonte: Manual PIPS do EP da região Norte (2010)

Baseado no *World Health Statistics (2007)* o PIPS incide com forte ênfase na premissa da avaliação, rastreio e na deteção precoce de sinais e sintomas de alerta para comportamentos suicidas, nos indivíduos que revelam maior risco para tal ou que façam parte dos grupos particularmente vulneráveis ao mesmo. São apontados como vulneráveis: os reclusos que no seu histórico de vida, quer anteriormente à reclusão quer intramuros, revelaram ter adotado pensamentos e comportamentos com intenção suicida.

Para a aplicação do PIPS, foi constituída uma equipa multidisciplinar denominada por EOP, constituída por um elemento da direção do EP (coordenador da EOP), um elemento dos serviços de vigilância (subchefe) e um elemento dos serviços clínicos.

Cada setor específico de intervenção profissional adota metodologias/procedimentos específicos de avaliação do risco de suicídio, sendo que existe um instrumento/procedimento específico que deve ser aplicado segundo a lei, nº1 do artigo 19º do CEP aprovado pela Lei 115-2009.

O recluso no momento da admissão, e antes de ser alocado a qualquer ala/sector, é avaliado pelo:

- Setor de vigilância (Guarda Prisional) através da aplicação de um questionário - *Checklist* de sinais e sintomas de risco. Este é aplicado com a ficha de entrada, no momento de ingresso de todo e qualquer recluso no sistema prisional, independentemente da sua situação jurídica, antes que o(a) mesmo(a) entre na zona prisional propriamente dita. Este instrumento é resultado de um grupo de trabalho superiormente destacado e, como tal, é fruto do contributo de

profissionais desse mesmo Sector de diferentes estabelecimentos prisionais, o que enriqueceu o seu conteúdo e ajudou a legitimar a sua adequação e pertinência;

- Setor de Educação (Técnica de Reeducação Social) - *Intake Screening*. É aplicado pelos profissionais do Tratamento Penitenciário;
- Setor da Saúde: a entrada dos reclusos no EP é comunicada aos serviços clínicos pelo serviço de vigilância, juntando cópia da documentação de saúde na posse do recluso. De seguida, o recluso é observado, nas primeiras 24h, pelo serviço de Enfermagem que regista, em documento próprio, os dados biográficos, antecedentes pessoais, estado geral e terapêutica farmacológica e qualquer outra situação considerada emergente. Posteriormente, e no prazo máximo de setenta e duas horas, é realizada a consulta médica de admissão, com especial atenção para a presença de: distúrbios mentais, fatores de risco para o suicídio, síndrome de abstinência e sinais de agressão ou violência, física ou sexual. Paralelamente são recolhidos os antecedentes pessoais e familiares, os parâmetros vitais, a observação objetiva e os dados biométricos.

Todos os instrumentos aplicados que contenham uma resposta afirmativa a pelo menos um (ou mais) itens são interpretados como indicador de risco de suicídio. A Figura 1 apresenta de forma esquematizada a aplicação do PIPS.

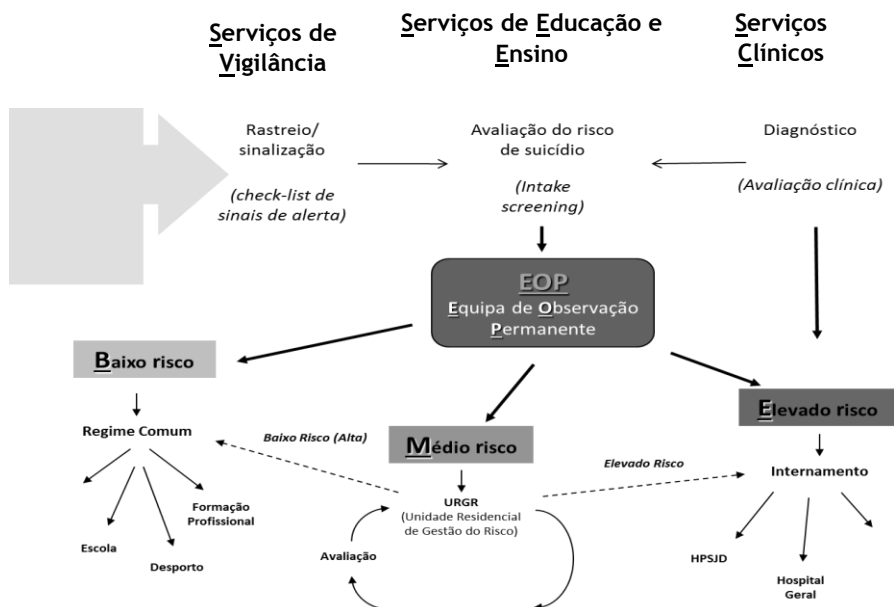


Figura 1 - Esquematização do PIPS
 Fonte: DGRSP, 2010

No EP, e tal como descrito anteriormente, a unidade residencial de gestão de risco para o PIPS é na designada Camarata de Observação e Acompanhamento (D-OA).

1.4 Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria em contexto prisional

A prática de Enfermagem é uma simbiose entre as ciências da saúde e a arte de cuidar. A sua verdadeira essência reside no espírito sensível, compreensão e imaginação criativa que constituem o fundamento real dos cuidados de Enfermagem (Pimiento, 2003).

Na prisão o ambiente é universalmente caracterizado como doentio e epidémico, que justifica a necessidade de prestação de cuidados de saúde na população reclusa por uma equipa multidisciplinar, composta por Médicos, Psicólogos e Enfermeiros (Penitenciária, 2007).

Os profissionais de saúde devem prestar cuidados de saúde competente aos reclusos e solidificar a relação entre a ética da saúde, direitos humanos e legislação (Gerbe, 2012).

Os reclusos podem ter doenças agudas, crónicas e podem apresentar problemas com a adesão ao tratamento. A prisão é um lugar estratégico para abordar o estado de saúde desses indivíduos, uma vez que, muitos deles evitaram o contacto com os serviços de saúde durante anos (Gerbe, 2012).

Embora os profissionais estejam expostos a alguns riscos de segurança nos estabelecimentos prisionais, muitos deles referem sentirem-se mais seguros nas prisões que em outros âmbitos. Ser capaz de estabelecer limites de forma clara e de identificar qualquer abuso contra o sistema é essencial para o sucesso do trabalho no dia-a-dia destes prestadores de cuidados. Por outro lado, o facto de os reclusos serem um grupo populacional especial faculta aos profissionais de Enfermagem uma descoberta de habilidades e competências a serem em prática como proteger a medicação, material hospitalar, gerir amostras forenses etc. (Gerbe, 2012).

A forma como são abordados os problemas de saúde deve ser tida em conta por parte do Enfermeiro, dado as complexas histórias de vida que acompanham os reclusos.

Segundo Gerbe (2012) para a concretização de um bom exercício de Enfermagem em meio prisional o profissional deve ter:

- Notável habilidade para a entrevista e avaliação do paciente;
- Excelente competência para a documentação;
- Capacidade de efetuar Suporte Básico de Vida (SBV);
- Aptidão para a triagem e para prescrever intervenções terapêuticas;
- Proficiências de gestão de risco e de prevenção de automutilação;
- Capacidade para transmitir e aplicar medidas preventivas aos reclusos sobre autocuidado e proteção contra doenças infecciosas, nomeadamente as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST);
- Habilitação para trabalhar com pacientes de diferentes grupos, incluindo idosos e jovens com dificuldades de aprendizagem, doentes mentais e membros de grupos minoritários;
- Competência de trabalhar tanto sozinho como em equipa;
- Habilidade para comunicar de forma eficaz com a comunidade reclusa.

Na prisão, devido, na maioria dos casos, às diversas dificuldades que surgem no processo de adaptação, a população reclusa apresenta uma elevada incidência de transtorno depressivo. O Enfermeiro é um dos profissionais de saúde que tem contacto direto, prolongado e constante com os reclusos, na contribuição de serviços de saúde. Como tal, é seu dever a identificação de sinais e sintomas compatíveis com a doença mental, de forma a atuar preventiva e terapêuticamente.

O Enfermeiro dos Serviços Prisionais tem, entre outras, três grandes aptidões básicas: a observação, a comunicação e o cuidado abrangente.

Esta primeira pode ser vivenciada na entrevista inicial e de acolhimento do recluso entrado, ou na triagem de problemas já existentes ou potenciais, podendo, por vezes, ter necessidade de serem reencaminhados a um outro profissional de saúde (Carvalho e Silva, 2007).

A comunicação deve ser tratada com todos os colegas e com o próprio recluso, para o estabelecimento de um programa terapêutico, quer este seja constituído por um problema já existente, quer seja na prevenção de um problema futuro. O Enfermeiro deve ainda cuidar o recluso/doente como um ser holístico, sem juízos de valor. O Enfermeiro deve ser capaz de estabelecer um clima de confiança com o recluso, para que este seja capaz de cuidar da sua saúde preventivamente (Gerbe, 2012).

É dever do Enfermeiro, como em qualquer outro local que este exerça a atividade, fazer uma avaliação das suas ações, e dar a conhecê-las a outros profissionais para que juntos consigam fazer o feedback das mesmas. O Enfermeiro no contexto prisional necessita de ter presentes no cuidar do dia-a-dia também a área forense. Deve saber identificar quando um recluso infringe as normas ou regras da instituição intencionalmente. Isto é, se a ação foi de uma forma consciente e deliberada, ou consequência da sua doença. Assim, é necessário um alargamento do horizonte de conhecimentos, nomeadamente jurídicos-legais (Gerbe, 2012).

A área da formação é também importante, pois deve ser alargada não só aos profissionais de saúde como também aos reclusos e guardas prisionais.

A continuidade de cuidados é uma área que merece destaque, pois nenhum recluso permanece eternamente no EP, pelo que após a sua saída,

esta deve ser assegurada para que o recluso não regreda no seu processo de doença.

A Enfermagem Psiquiátrica teve início em 1873, com a designada Enfermeira Psiquiátrica americana, Linda Richards no programa de Enfermagem no *New England Hospital for Women and Children*, em Boston. Aquando da Segunda Guerra Mundial, com o aumento da necessidade dos cuidados psiquiátricos, foi estabelecida a Licenciatura em Enfermagem Psiquiátrica (Townsend, 2011).

Peplau (1991, cit. por Townsend, 2011) identificou dentro do papel de Enfermeiro os seguintes sub-papéis: o estranho, o técnico, o professor, o líder, o substituto, o conselheiro. Todavia, aponta o sub-papel do conselheiro na Enfermagem Psiquiátrica uma vez que defende que todo o Enfermeiro que trabalha em psiquiatria tem um conhecimento geral de técnicas básicas de aconselhamento.

O EESMP estabelece relações interpessoais como intervenção primária com o utente, tendo assim por base a teoria de Peplau.

O EESMP tem o domínio do agir profissional em conformidade com os princípios da profissão. Possui competências psicoterapêuticas centradas na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção quando processos de transição, sofrimento, alteração ou doença mental. As pessoas com doença mental têm ganhos em saúde quando cuidados pelo EESMP (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Tal como descrito no Art.4º no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (Ordem dos Enfermeiros, 2010) o EESMP tem as seguintes competências específicas:

- Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e Enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
- Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;

- Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde;

De uma forma geral, os cuidados prestados à pessoa com depressão devem estar relacionados com o aumento da sua autoestima e às intervenções psicoterapêuticas para atender as suas necessidades. A abordagem que é feita deve ser tranquila, compreensiva e sem críticas, para que o indivíduo entenda a patologia e nunca se sinta desamparado ao longo do tratamento (Agra,2008)

O uso do cinema representa uma possibilidade de ensino e de desmistificação da psicopatologia. Hyler (1996 cit por Carvalho e Silva, 2007) refere que esta abordagem não é nova, dado ser já há muito utilizada nos EUA e referenciada nos Congressos da *American Psychiatric Association*. Um exemplo disso é o filme “Uma Mente Brilhante”, de *Ron Howard*, excelente a nível clínico e que cativou muitos espetadores; o que significa que houve uma alteração da sensibilidade das pessoas. Como filmes que descrevem a depressão existem: “O Pescador de Ilusões”, “O Oitavo Dia”, “As horas”, “Don Juan de Marco” e “Noite de Desamor” (Carvalho e Silva, 2007).

Ser Enfermeiro em Saúde Mental e Psiquiatria não se trata de uma escolha profissional, trata-se sim de um estilo de vida, de uma apetência e de um gosto em cuidar de pessoas e promover a saúde. “Ser Enfermeiro em Saúde Mental e Psiquiatria” é ser Enfermeiro. (Vieira, 2012 p.47)

1.5 Problemática de investigação

A prisão encarada como elemento socializador e ressocializador entre o meio livre e meio fechado alberga em si muitos fatores que contribuem para o modo como cada recluso percebe esta situação de transição e consequentemente o seu ajustamento quer à instituição, quer ao modo como irá encarar o cumprimento de pena e tratamento penitenciário. A situação da privação da liberdade imposta pelo meio prisional não tem o

mesmo impacto para todos os indivíduos, sendo que o comportamento destes irá depender da sua adaptação (Carreira, 2010).

O dualismo cartesiano consiste em conceber uma mente separada de um corpo e de uma realidade física, e envolve o problema ontológico sobre a natureza dos processos e estados mentais. Há evidência de que um leque muitíssimo alargado de patologias orgânicas pode originar uma grande diversidade de manifestações psicopatológicas, psicóticas, demenciais, depressivas ou ansiosas ou vice-versa (Carreira, 2010)

Todos os estudos culminam na conclusão de que a ocorrência de distúrbios emocionais e os problemas adaptativos que surgem são geralmente no início da entrada para a prisão, e que a população reclusa apresenta uma grande incidência da sintomatologia da ansiedade e da depressão (Marques, 2010 e Novais et.al, 2010).

Gunn e colaboradores (1978, cit. por Moreira, 2009) referem que as elevadas taxas de ansiedade e depressão (presentes na primeira fase de execução da pena) tendem a diminuir durante os primeiros seis meses de reclusão.

Oitenta por cento dos reclusos doentes que apresentam sintomatologia depressiva recorrem aos serviços de saúde devido a sintomas físicos inespecíficos. Estes doentes usam em média cinquenta por cento mais serviços de saúde do que os doentes que não têm depressão (Costa, 2010).

A questão de partida é o elemento fundamental do início de uma investigação. Segundo Fortin, Côte e Fillion (2006) é uma questão clara relativa a um tema de estudo a fim de investigar o conhecimento que existe.

O presente estudo teve como questão de partida: em que medida a ansiedade e depressão influenciam o recurso aos serviços de saúde em contexto prisional?

1.5.1 *Questões de Investigação*

Definida a problemática em estudo apresentam-se as questões de investigação deste estudo:

- Qual a prevalência da ansiedade e depressão da população reclusa de um estabelecimento prisional do norte?
- Quais as relações entre a ansiedade e depressão e variáveis psicossociais, jurídico- legais e clínicas?
- Qual a relação entre a ansiedade e depressão e o recurso aos serviços de saúde em contexto prisional?

1.5.2 *Objetivos de Investigação*

Os objetivos da investigação expõem o que o investigador se propõe a fazer para dar resposta à pergunta (s) de partida (Pais- Ribeiro, 2010).

Desta forma foram definidos os seguintes objetivos:

- Descrever a ansiedade e depressão da população reclusa de um estabelecimento prisional do norte;
- Analisar a relação entre a ansiedade e depressão e variáveis psicossociais, jurídico- legais e clínicas;
- Analisar a relação entre a ansiedade e depressão e o recurso aos serviços de saúde em contexto prisional.

2 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A fase metodológica adequa a operacionalização do estudo de forma a possibilitar que se estude e avalie as diferentes opções do mesmo, orientando os procedimentos para obter com maior facilidade um determinado fim: atingir os objetivos e responder de forma válida à questão orientadora.

(...) o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas (...) define população e escolhe os instrumentos mais apropriados para efetuar a colheita de dados(Fortin et.al.,2006, p.164).

Neste capítulo far-se-á a descrição da metodologia utilizada, como o tipo de estudo, população e amostra e sua caracterização, variáveis, seguindo-se uma descrição dos instrumentos usados, procedimentos e considerações éticas e a referência à análise de dados.

2.1 Tipo de Estudo

Este estudo é transversal e exploratório porque auxilia o investigador a resolver e/ou aumentar a sua expectativa em função do problema determinado, tendo por base a avaliação num dado momento. É também descritivo porque se insere num contexto que pretende descrever a problemática que se propõe a estudar (Fortin et al., 2006).

Baseia-se no paradigma quantitativo, pelo fato deste tipo de investigação se expressar através de números. Isto é, embora os números não falem por si, este paradigma tem a sua origem nas ciências físicas. *A investigação quantitativa apoia-se na crença de que os seres humanos são compostos por partes que podem ser medidas* (Fortin et al., 2006, p.29).

2.2 População e Amostra

A seleção dos elementos que constituem os participantes do estudo assume um papel importante na investigação pois desta depende, em grande parte, a conceção dos objetivos delineados

Fortin et al. (2006, p.312) define *população como um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns.*

A população-alvo corresponde a todos os reclusos entrados no EP no período entre o dia um e o dia vinte e oito de Fevereiro de 2014 e que se mantinham com o estatuto de recluso ao trigésimo dia de admissão ao EP.

Definiram-se como critérios de inclusão: saber ler e escrever em português a aceitar participar no estudo.

A escolha deste EP do Norte relacionou-se com o facto de ser um EP de reclusos entrados (com prisão preventiva ou com condenações pequenas) e ser um dos maiores EP's do Norte.

Por outro lado, a acessibilidade aos participantes, uma vez a investigadora desenvolve neste EP a sua atividade profissional, facilitando a exequibilidade do estudo no período académico determinado para o efeito.

A amostra é de conveniência, que abrange um subgrupo da população selecionada para obter informações relativas às características dessa população sobre a qual se faz o estudo. São o local e o momento que determinam a escolha dos indivíduos: *primeiro que aparece, primeiro escolhido* (Pais-Ribeiro, 2010, p.43). Amostragem foi sequencial e a amostra constituída por todos os reclusos com mais de dezoito anos que aceitaram participar no estudo.

2.2.1 Caracterização da Amostra

A caracterização dos elementos que compõe a amostra é apresentada e descrita seguidamente, no domínio sociodemográfico, jurídico-legal, situação clínica e recurso aos serviços clínicos.

2.2.1.1 Caracterização Sociodemográfica

Os trinta e nove participantes da amostra são do sexo masculino, têm idades que variam entre os 18 e os 59 anos, com uma \underline{M} =36,6 anos e um \underline{DP} =11,1 (Tabela 2).

Relativamente ao estado civil, é de referir que 26 (66,7%) dos participantes são solteiros e 5 (12,8%) são divorciados. 4 (10,3%) referem estado civil de separados, 3 (7,7%) são casados e 1 (2,6%) vive em união de fato.

Agrupando os participantes, por situação *single* (solteiro, divorciado e separado) e situação *double* (casado e união de fato) podemos verificar que 35 (89,7%) dos participantes apresenta situação *single* e 4 (10,3%) dos participantes situação *double*.

Ao analisar a amostra de acordo com a escolaridade, constatamos que 11 (28,2%) dos participantes tem o 6º ano de escolaridade, sendo que 8 (20,5%) tem o 4º ano de escolaridade e 5 (12,8%) dos participantes tem o 9º ano de escolaridade. A moda é o 6º ano de escolaridade, sendo que 24 (61,5%) dos participantes apresenta escolaridade até ao 2º ciclo do ensino básico (6ºano). Como se pode observar na Tabela 2, os participantes apresentam entre 3 e 12 anos de escolaridade, com uma média de 6 anos (\underline{DP} = 2,4).

Tabela 2 - Caracterização da amostra em função da idade e nível escolar

	N=39			
	\underline{M}	\underline{DP}	Min.	Max.
Idade	36,6	11,1	18	59
Anos de Escolaridade	6	2,4	3	12

No que diz respeito à variável da profissão, os resultados são apresentados na tabela A1 (ANEXO I), é de referir que 7 (17,9%) dos participantes trabalham na construção civil e 3 (7,7%) dos participantes na área de hotelaria, a mesma percentagem trabalham na restauração. 1 (2,6%) participante refere não ter profissão.

A maioria dos participantes 33 (84,6%) residia no distrito do Porto. Os restantes 5 (12,8%) participantes viviam no distrito de Aveiro e 1 (2,6%) participante no distrito de Braga (Tabela 3).

Tabela 3 - Caraterização da amostra em função da zona de residência

Distrito de Residência	N=39	
	F	F%
Porto	33	84,6
Braga	1	2,6
Aveiro	5	12,8

2.2.1.2 Caraterização Jurídico-Legal

Relativamente à situação jurídica, 25 (64,1%) participantes são primários enquanto 14 (35,9%) são reincidentes.

Como situação legal atual: 27 (69,2%) participantes são condenados e os restantes 12 (30,8%) participantes são preventivos.

Relativamente ao tipo de crime, o que mais se evidencia é o Tráfico/Consumo de Estupefacientes em que 15 (38,5%) dos participantes cometeram este crime. Seguem-se 11 (28,2%) participantes que cometeram Crime de Condução, 8 (20,5%) de Ofensas contra Pessoas, 4 (10,3%) participantes que estão acusados de Ofensas sexuais e 1 (2,6%) participante que cometeu o crime de Ofensas contra propriedades (Tabela 4).

Tabela 4 - Caraterização da amostra em função do tipo de crime

Tipo de Crime	N=39	
	F	F%
Ofensas contra pessoas	8	20,5
Ofensas contra propriedades	1	2,6
Crime de Condução	11	28,2
Tráfico/Consumo de Estupefacientes	15	38,5
Ofensas sexuais	4	10,3

Quanto às situações prisionais anteriores, 25 (64,1%) é a primeira vez que estão presos e 14 (35,9%) participantes já estiveram presos. Destes 14

participantes o número de vezes que já estiveram presos, varia entre uma e onze vezes: 8 (20,5%) participantes já estiveram presos uma vez, 3 (7,7%) já estiveram presos duas vezes, 2 (5,1%) participantes já estiveram presos quatro vezes e 1 (2,6%) participante já esteve preso onze vezes.

A questão relativa às punições no período atual, 1 (2,6%) participante teve uma punição. Os restantes 38 (97,4%) participantes apresentam nenhuma punição no período atual de reclusão.

2.2.1.3 Caraterização de Saúde

- **Adição**

Para o consumo de substâncias verifica-se que 24 (61,5%) dos participantes tem um consumo atual de substâncias e 15 (38,5%) não consome qualquer tipo de substâncias.

A substância que os participantes mais consomem é o Álcool - cerca de 11 (28,2%) participantes ingere álcool em excesso⁵. Segue-se a Cocaína com 8 (20,5%) participantes, a Heroína com 4 (10,3%) dos participantes e 1 (2,6%) participante que consome Marijuana/Derivados (Tabela 5).

Tabela 5 - Caraterização da amostra em função do tipo de substância de consumo

Tipo de Substância	N=39	
	F	F%
Álcool	11	28,2
Heroína	4	10,3
Cocaína	8	20,5
Marijuana/Derivados	1	2,6

Como apresenta a Tabela 6, relativamente ao consumo de substâncias, verifica-se que a média é de 66 meses, ou seja corresponde a 5 anos e 5

⁵ Álcool em Excesso - São consideradas bebidas alcoólicas a cerveja, vinhos, outras bebidas fermentadas, produtos intermédios, bebidas espirituosas ou equiparadas e bebidas não espirituosas. A Lei n.º 72/2013 de 3 de setembro de 2013 refere que é condução sob influência de álcool, quando a taxa de álcool no sangue for igual ou superior a 0,5 g/l e inferior a 0,8 g/l ou igual ou superior a 0,2 g/l e inferior a 0,5 g/l quando respeita a condutores em regime probatório, condutor de veículo de socorro ou de serviço urgente, de transporte coletivo de crianças e jovens até aos 16 anos, de táxi, de automóveis pesado de passageiros ou de mercadorias ou de transporte de mercadorias perigosas) (Diário da República, 2013).

meses. O mínimo de tempo de consumo de substâncias é de 12 meses (1 ano) e o máximo corresponde a 468 meses (39 anos).

Tabela 6 - Caracterização da amostra em função do tempo de consumo de substâncias em meses

Tempo de consumos (meses)	N=39			
	<u>M</u>	<u>DP</u>	Min	Max
	66	101,2	12	468

Na questão, da realização de alguma intervenção para o abuso de substâncias 7 (17,9%) participantes tiveram como intervenção a Desintoxicação.

2.2.1.4 Risco de Suicídio

Aquando da aplicação do PIPS, 8 (20,5%) participantes foram identificados como tendo risco de suicídio, sendo que 31 (79,5%) dos participantes não apresentava risco de suicídio.

Para as questões relacionadas com a tentativa do suicídio, número de tentativas de suicídio e método utilizado (questões nº 11, 12 e 12.1), 2 (5,1%) dos participantes tentaram o suicídio, uma vez, e ambos por Overdose.

Na situação de reclusão, neste EP da região Norte, 1 (2,6%) participante tentou o suicídio, uma vez, por Enforcamento (resposta às questões 13, 13.1 e 13.2).

Não se registaram situações de automutilação na atual situação de reclusão.

2.2.1.5 Doença e Cuidados de Saúde

Na questão da existência de doença que obrigue a cuidados de saúde, 5 (12,8%) dos participantes apresentam patologias. Os restantes 34 (87,2%) participantes não apresentam doença que obrigue a cuidados de saúde.

No que concerne ao tipo de doença: 2 (5,1%) participantes têm doença do foro infeccioso, 1 (2,6%) participante tem doença cardiovascular, 1 (2,6%) participante tem doença respiratória e 1 (2,6%) por doença oftálmica.

Na resposta à questão de início, ou não, de toma de medicação no EP, 21 (53,8%) dos participantes iniciou toma de medicação tal como se apresenta na Tabela 7.

Tabela 7 - Caracterização da amostra em função da doença que obrigue a cuidados de saúde e do começo da toma da medicação no EP

		N=39	
		F	F%
Doença que obrigue a cuidados de saúde	Sim	5	12,8
	Não	34	87,2
Começo da toma da medicação no EP	Sim	21	53,8
	Não	18	46,2

2.3 Variáveis

Fortin et al. (2006) menciona que as variáveis são as unidades de base da investigação.

As variáveis independentes são manipuladas de forma a produzirem efeito na variável dependente.

Definimos como variáveis:

- Variável Dependente: Ansiedade e Depressão - avaliada através da aplicação da *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS);
- Variáveis Independentes: psicossociais (sociodemográficas -idade, estado civil, nível de escolaridade e profissão- e situação jurídico-penal que inclui a situação primário ou reincidente, condenado ou preventivo, tipo de crime, situações prisionais anteriores, o número de vezes que esteve preso e punições no EP). A variável clínica (comportamentos de saúde - adição, risco de suicídio e doença e cuidados de saúde- e a variável recurso aos serviços de saúde do EP (numero de petições, triagens, consultas e internamentos e os profissionais a quem recorrem no caso de problema de saúde).

2.4 Material

Para a realização deste estudo optou-se pela aplicação de um instrumento de colheita de dados - questionário - que contém a escala HADS (ANEXO II).

Norwood (2000 cit. in Fortin et al. 2006, p. 49) refere que o questionário apresenta uma grande flexibilidade no que respeita à estrutura, à forma e aos meios de recolher informação.

Este questionário é constituído por três partes: parte I, que é preenchida pelo investigador com recurso aos dados do PCI. Foram colhidos os dados para as variáveis: psicossociais (dados sociodemográficos - idade, estado civil, grau de escolaridade, profissão, distrito de residência - situação jurídico-penal (situação jurídica, situação legal atual, tipo de crime atual, situações prisionais anteriores, numero de entradas anteriores em E.P e punições no E.P). Foram, também, obtidos os dados clínicos - consumo de substâncias, inclusão em algum programa terapêutico para o abuso de substâncias, risco de suicídio (avaliado através do PIPS), registo de tentativa de suicídio e automutilação no EP, o número de vezes e o método utilizado. Por último verificou-se o número de petições, triagens, consultas e internamentos.

Na parte II, preenchida pelo recluso que participa no estudo, aplicou-se a escala HADS para a avaliação da Ansiedade e Depressão.

Na parte III do questionário, também preenchida pelo participante, foi obtida a informação relativa ao grupo de profissionais a quem os reclusos recorrem com maior frequência quando têm algum problema de saúde.

2.4.1 HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale

A HADS foi desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983), e é constituída por 14 itens (7 itens para avaliar a ansiedade e 7 para avaliar a depressão), adaptada para a população portuguesa (Pais - Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses e Baltar, 2006).

É de autopreenchimento (demora entre 2 a 5 minutos), e é utilizada para avaliar de uma forma breve os níveis de ansiedade e depressão em doentes com patologia física e em tratamento de ambulatório.

Atualmente é utilizada na investigação prática clínica para avaliar populações não psiquiátricas (Hermann, 1997 cit por Sousa e Pereira, 2008).

A resposta dos 14 itens da escala varia de zero (Baixo) a três (Elevado), numa Escala de Likert de 4 pontos. Para cada item existem quatro possibilidades de resposta, pelo que cada pessoa deve optar apenas pela que se adequa mais ao que tem sentido na última semana. Os resultados totais de cada subescala variam de 0 a 21, resultantes da soma dos valores dos itens de cada subescala. Os valores mais elevados indicam níveis elevados de ansiedade e depressão. Resultados elevados em cada subescala indicadores de maior ansiedade e depressão (Sousa e Pereira, 2008).

A avaliação dos resultados é efetuada dependendo da pontuação. O manual da HADS refere que entre 0 e 7 é considerado "normal", entre 8 e 10 "suave", entre 11 e 14 "moderado" e entre 15 e 21 "grave" (Pais-Ribeiro et al., 2006).

Snaith (2003 cit por Pais-Ribeiro et al., 2006) postula um ponto de corte de 11 para ansiedade e depressão e entre 8-10 sendo apenas sugestivo da presença do respetivo estado. O alfa de Cronback, utilizado para determinar a consistência interna das duas escalas (ansiedade e depressão), é de 0,76 para a ansiedade, de 0,81 para a depressão e de 0,86 para a ansiedade e depressão avaliadas na HADS Total.

Os valores do alfa de Cronback da amostra em estudo foram de 0,75 para a ansiedade e depressão avaliadas pela HADS Total, 0,78 para a ansiedade e 0,53 para a depressão. Assim, quando analisados os resultados obtidos para a depressão na subescala, deve-se salvaguardar os mesmos pelo baixo valor de alfa de Cronback.

Na realização deste estudo, foi utilizada a versão da HADS, validada para a população portuguesa pelo Professor Dr. José Luís Pais Ribeiro e colaboradores em 2006 numa amostra de 1322 participantes com diagnóstico de Neoplasia, Acidente Vascular Cerebral (AVC), Epilepsia, Doença Cardíaca Coronária, Diabetes tipo II, Depressão, Distrofia Miotônica, Apneia de Sono e sem doença, em que o grupo de indivíduos com depressão e sem doença foram usados como referência. Desta forma, será tido o

ponto de corte de 11 para ansiedade e depressão (Pais-Ribeiro, et al., 2006).

2.5 Procedimento e Considerações Éticas

Efetou-se um pedido ao Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro, a solicitar autorização para a utilização da HADS, versão portuguesa (ANEXO III). Foi efetuado um pedido à Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) a solicitar a autorização para a realização da presente investigação (ANEXO III).

Após a obtenção dos pareceres favoráveis, procedeu-se à realização do pré teste, com quinze reclusos que não participaram no atual estudo. Segundo Fortin et al. (2006, p.386): *O pré-teste é uma prova que consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário numa amostra reduzida (entre 10 a 20 pessoas) da população alvo.*

Com a realização do pré-teste decididas as seguintes alterações:

- Eliminação da questão onze ponto um (cotação obtida no PIP'S), uma vez que sempre que é assinalado um item, o recluso é sinalizado como tendo risco de suicídio;
- Acrescentadas as questões: dezasseis (começo da medicação no EP), dezasseis ponto um (o tipo de medicação), dezassete (internamentos no EP), dezassete ponto um (internamento na enfermaria, D-OBS ou D-OA), e dezoito (recusa de internamento), dezoito ponto um (tipo de internamento recusado). Após consulta no PCI, constatou-se que uma grande parte dos reclusos tinha iniciado toma de medicação no EP e verificou-se que reclusos sinalizados para internamento na Enfermaria, D-OBS e D-AO o haviam recusado.

Deu-se início à recolha de dados, recorrendo ao sistema informático do EP, obtendo informação acerca dos reclusos entrados no mês de Fevereiro de 2014. A estes foi dada verbalmente e por escrito, informação relativamente ao estudo e solicitado o consentimento informado (ANEXO IV e V). Agendou-se data e hora para a entrevista de recolha de dados de acordo com a disponibilidade dos mesmos e das regras do sistema prisional. O preenchimento do questionário realizou-se no gabinete dos chefes de ala

de cada pavilhão, assegurando a privacidade ao recluso e a confidencialidade dos dados.

Em todo o processo foram tidos em conta os seis princípios éticos que devem guiar a investigação, segundo Nunes (2013):

- Beneficência fazer o bem, para o próprio participante e para a sociedade. O estudo não tem como objetivo prejudicar em nada a vida do recluso que participa no estudo. Pois, a contribuição do mesmo será uma mais-valia para a melhoria na prestação de cuidados.
- Avaliação da maleficência, sob o princípio de não causar dano, e portanto, avaliar os riscos possíveis e previsíveis. O recluso não será prejudicado em nada ao participar do estudo, pois a todo e qualquer momento poderá desistir do mesmo e não será prejudicado por isso.
- Fidelidade, o princípio de estabelecer confiança entre o investigador e o participante do estudo ou sujeito de investigação. O investigador será o mais fiel possível com o recluso na participação do estudo, pois só assim será possível estabelecer a importante relação de empatia.
- Justiça, o princípio de proceder com equidade e não prestar apoio diferenciado a um grupo, em detrimento de outro. Todos os reclusos serão abordados e tratados da mesma forma.
- Veracidade, seguindo o princípio ético de dizer a verdade, informando sobre os riscos e benefícios. Associa-se ao consentimento livre e informado. O recluso ao participar no estudo terá o consentimento informado, para decidir livremente e com conhecimento a participação no mesmo.
- Confidencialidade, o princípio de salvaguardar a informação de carácter pessoal que pode reunir-se durante um estudo. Distingue-se do anonimato. Todas as informações dos reclusos participantes, serão salvaguardadas.

2.6 Análise de dados

O presente estudo teve como paradigma a investigação quantitativa: se algo existe pode ser medido. As respostas ao problema patente foram baseadas na decomposição dos seus elementos e na identificação de relação entre eles (Fortin, et al., 2006).

Para Fortin et. al (2006 p.473) *os resultados provêm dos factos observados. Estes factos são analisados e apresentados de maneira a fornecer uma ligação lógica com o problema de investigação.*

Após a aplicação do questionário, os dados obtidos foram introduzidos numa base de dados informatizada e processados através do programa de estatística SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences* - versão 22.0 para Windows).

O nível de significância assumido foi de $p \leq 0,05$, tendo um grau de confiança de 95%. Ou seja, teve-se como referencia a probabilidade de 95% dos resultados não se deverem ao acaso (Fortin et al.,2006).

Foi utilizada estatística descritiva, com recurso aos valores das frequências, medidas de tendência central e de dispersão, e estatística inferencial recorrendo a testes paramétricos.

Os testes estatísticos paramétricos permitem identificar relações e diferenças contrariamente aos testes não-paramétricos.

Uma das premissas importantes na aplicação de medidas paramétricas é a importância da verificação da normalidade na análise de dados através do teste de *Kolmogorov-Smimov* e *Shapiro - Wilk* ($K-S$) $p > 0,05$.

Foi aplicado o teste t de *Student* (medida paramétrica) para duas amostras independentes, com recodificação e agrupamento de variáveis: a variável estado civil foi recodificada em variável *single* (solteiro, divorciado e separado) e *double* (casado e união de fato), e a variável a quem recorre quando tem algum problema de saúde (questão nº1 da terceira parte do questionário) foi recodificada em 1 - Guardas Prisionais, 2 - Profissionais de Saúde (Médicos, Enfermeiros e Psicólogos), tendo em conta o valor da frequência absoluta.

O teste t de *Student* aplica-se: *quando se pretende comparar as médias de uma variável quantitativa em dois grupos diferentes de sujeitos e se desconhecem as variâncias populacionais* (Gageiro e Pestana, 2008, p.231).

No programa SPSS, quando se aplica o teste t de *Student* é automaticamente realizado o teste de *Levene*, para verificação da homogeneidade das variâncias.

Para se medir a intensidade da associação ou correlação entre variáveis (idade e HADS Ansiedade, HADS Depressão e HADS Total) efetuou-se o r de *Pearson*. Os valores variam entre -1 e 1, sendo que -1 significa que existe uma correlação negativa perfeita entre as variáveis, e +1, uma correlação positiva perfeita (Gageiro e Pestana, 2008).

A apresentação dos resultados encontra-se em tabelas com números inteiros e decimais até às centésimas.

3 RESULTADOS

Os resultados apresentados resultam da análise estatística dos dados recolhidos e organizados de acordo com os objetivos que foram previamente definitivos.

3.1 Ansiedade e depressão

Um dos objetivos deste estudo foi descrever a ansiedade e depressão em meio prisional. Na Tabela 8, verifica-se que a ansiedade e depressão avaliadas pela HADS (escala total) apresentavam valores médios de 18,49 (DP=7,21). A ansiedade tem uma média de 10,56 (DP= 4,72) e a depressão com uma média de 7,92 (DP=3,90).

Tabela 8 -HADS Total, Ansiedade e Depressão

	N=39			
	<u>M</u>	<u>DP</u>	Min.	Max.
HADS Total	18,49	7,21	6,00	35,00
Ansiedade	10,56	4,72	0,00	20,00
Depressão	7,92	3,90	1,00	16,00

Analisando agora os casos identificados com ansiedade e depressão, tendo como ponto de corte ≥ 11 pontos (Pais-Ribeiro, et. al.,2008) constata-se na Tabela 9 que 16 (41%) dos participantes apresentam sintomas de ansiedade e 6 (15,4%) dos participantes apresentam sintomas de depressão. Ou seja, da amostra total (N=39), apresentam 16 participantes ansiedade e 6 participantes apresentam depressão. O que significa que 56,4% da amostra apresenta sintomatologia de ansiedade e depressão.

Tabela 9 - Sintomas de Ansiedade e Depressão

N=39		
	F	F%
Ansiedade	16	41
Depressão	6	15,4

A ansiedade explica em 73,9% a variância da ansiedade e depressão avaliada pela HADS total. A depressão explica em 62,4% a variância da ansiedade e depressão avaliada pela HADS neste estudo (Tabela 10).

Tabela 10 - Correlação de Pearson da Ansiedade e Depressão e HADS Total

	Ansiedade	Depressão	HADS Total
Ansiedade	-	-	-
Depressão	0,39*	-	-
HADS Total	0,86**	0,79**	-

Nota: ** $p < 0,0001$, * $P < 0,01$

3.2 Ansiedade e depressão, variáveis psicossociais, jurídico-legais e clínicas

De forma a ser dada resposta ao segundo objetivo - analisar a relação entre a ansiedade e depressão e variáveis psicossociais, jurídico-legais e clínicas optou-se por apresentar separadamente os diferentes conjuntos.

3.2.1 Ansiedade e depressão e variáveis sociodemográficas

Como se pode observar na tabela 11 não foram encontrados resultados com significado estatístico na relação da ansiedade e depressão, com a idade, estado civil e escolaridade.

Tabela 11 - Ansiedade, Depressão e variáveis sociodemográficas

	<u>HADS Total</u>		<u>Ansiedade</u>		<u>Depressão</u>	
	r(gl)p		r(gl)p		r(gl)p	
Idade (N=39)	r(39)=0,14, p=0,39		r(39)=0,00, p=0,00		r(39)=0,25, p=0,11	
	<u>M(DP)</u>	t(gl) p	<u>M(DP)</u>	t(gl) p	<u>M(DP)</u>	t(gl) p
Estado Civil						
Single (N=35)	18,42(7,59)	t(14,85)=0,73, p=0,57	10,37(4,85)	t(37)=0,74, p=0,45	8,05(4,08)	t(37)=0,37, p=0,53
Double (N=4)	19,00(2,16)		12,25(3,40)		6,75(1,50)	
Grau de Escolaridade						
≤6 anos (N=24)	19,70(6,54)	t(37)=1,35, p=0,18	11,45(4,89)	t(37)=1,52, p=1,37	8,25(3,57)	t(37)=0,33, p=0,51
≥7anos (N=15)	16,53(8,01)		9,13(4,18)		7,40(4,46)	

3.2.2 Ansiedade e depressão e variáveis psicossociais/ jurídico-legais

No domínio da situação jurídico-legal as situações de: primário ou reincidente, reclusão, ou não, anterior e o número de vezes que estiveram presos não apresentam relação com significado estatístico com a ansiedade e depressão e a HADS Total (tabela 12).

Analisando a relação entre os reclusos preventivos e condenados, verifica-se que os condenados apresentam níveis de ansiedade superiores ($M= 11,81$ $DP= 4,39$) comparativamente com os participantes preventivos ($M=7,75$, $DP= 4,35$), com o valor de $t(37)= 2,67, p=0,01$. Assim, os reclusos condenados, apresentam com significado estatístico, maiores níveis de ansiedade que os reclusos preventivos. Os reclusos condenados apresentam maior sintomatologia de ansiedade e depressão avaliada pela HADS Total ($M= 20,07$; $DP=6,97$) com significado estatístico $t(37)=2,15, p=0,03$.

Tabela 12 - Ansiedade e Depressão e variáveis jurídico-legais

	HADS Total		Ansiedade		Depressão	
	<u>M(DP)</u>	t(gl) p	<u>M(DP)</u>	t(gl) p	<u>M(DP)</u>	t(gl) p
Primário (N=25)	18,88(7,80)	t(37)=0,45, p=0,65	11,00(4,66)	t(37)=0,76, p=0,44	7,88(4,10)	t(37)=0,9 1, p=0,92
Reincidente (N=14)	17,78(6,22)		9,78(4,90)		8,00(3,67)	
Preventivo (N=12)	14,91(6,69)	t(37)=2,15, p=0,03	7,75(4,35)	t(37)=2,67, p=0,01	7,16(3,73)	t(37)=0,8, p=0,42
Condenado (N=27)	20,07(6,97)		11,81(4,39)		8,25(4)	
Situações Prisionais anteriores						
Sim (N=14)	17,78(6,22)	t(37)=0,45, p=0,65	9,78(4,90)	t(37)=0,76, p=0,44	8,00(3,67)	t(37)=0,0 9 p=0,92
Não (N=25)	18,88(7,80)		11,00(4,66)		7,88(4,10)	
		r (gl)p	r (gl)p		r (gl)p	
Número de vezes que esteve preso (N=39)		r(39)=0,25, p=0,38	r(39)=0,00, p=0,98		r(39)=0,43, p=0,12	

3.2.3 Ansiedade e depressão e variáveis clínicas

Na intervenção para o consumo de substâncias há diferenças estatisticamente significativas para a ansiedade e depressão avaliadas na HADS Total $t(19,89)=2,33$ $p=0,03$. Os sete participantes que referem ter feito algum tipo de intervenção para o abuso de substâncias apresentam maiores níveis de ansiedade e depressão avaliadas na HADS Total ($M= 22,14$; $DP= 3,57$) comparativamente com os participantes que não realizaram qualquer tipo de intervenção ($M=17,68$; $DP=7,59$).

No que concerne ao risco de suicídio, existem diferenças significativas para a ansiedade e depressão avaliadas separadamente e na HADS Total. Verifica-se que os participantes identificados com risco de suicídio têm mais sintomatologia de Ansiedade e Depressão avaliadas na HADS Total ($M=25,25$; $DP=6,43$) e mais sintomas de Ansiedade ($M=14,87$; $DP= 3,27$) e Depressão ($M=10,37$; $DP=3,99$) quando avaliadas separadamente, comparativamente com os participantes que não apresentavam risco de suicídio com valores de *t* de *student*, $t(37)=3,35$, $p=0,00$; $t(37)=3,23$, $p=0,00$; $t(37)=2,07$, $p=0,04$ respetivamente.

Analisando a presença de doença que obriga a cuidados de saúde (questão 15), verificou-se que não existem diferenças significativas para a Ansiedade e Depressão dos participantes que têm ou não doença.

Tabela 13 - Ansiedade, Depressão e Variáveis Clínicas

	HADS Total		Ansiedade		Depressão	
	<u>M(DP)</u>	t(gl) p	<u>M(DP)</u>	t(gl) p	<u>M(DP)</u>	t(gl) p
Consumo de Substâncias						
Sim (N=24)	18,20(7,5)	t(37)=0,30, p=0,76	10,62(5,12)	t(37)=0,10 p=0,92	7,58(3,86)	t(37)=0,68, p=0,50
Não (N=15)	18,93(6,9)		10,46(4,17)		8,46(4,05)	
	r (gl)p		r (gl)p		r (gl)p	
Tempo de Consumos de substâncias	r(39)=0,12, p=0,56		r(39)=0,17,p=0,42		r(32)=0,01, p=0,95	
	<u>M(DP)</u>	t(gl) p	<u>M(DP)</u>	t(gl) p	<u>M(DP)</u>	t(gl) p
Intervenção Abuso Substâncias						
Sim (N=7)	22,14(3,5)	t(19,89)=2,33p=0,03	12,14(2,19)	t(22,33)=1,57,p=0,12	10(3,78)	t(37)=1,58, p=0,12
Não (N=32)	17,68(7,5)		10,21(5,07)		7,46(3,84)	
Risco de Suicídio						
Sim (N=8)	25,25(6,4)	t(37)=3,35, p=0,00	14,87(3,27)	t(37)=3,23, p=0,00	10,37(3,99)	t(37)=2,07, p=0,04
Não (N=31)	16,74(6,3)		9,45(4,41)		7,29(3,68)	
Doença que obrigue a Cuidados Saúde						
Sim (N=5)	21,8(8,04)	t(37)=1,10, p=0,27	11,20(5,16)	t(37)=0,31, p=0,75	10,60(3,36)	t(37)=1,67, p=0,10
Não (N=34)	18,00(7,0)		10,47(4,73)		7,52(3,87)	
Início medicação no EP						
Sim (N=21)	20,33(6,3)	t(37)=1,77, p=0,08	12(4,30)	t(37)=2,14, p=0,39	8,33(3,71)	t(37)=0,70, p=0,48
Não (N=18)	16,33(7,7)		8,88(4,75)		7,44(4,17)	

3.3 Ansiedade, depressão e recurso aos serviços de saúde

Relativamente ao terceiro objetivo, analisar a relação entre a ansiedade e depressão e o recurso aos serviços clínicos em meio prisional, verificou-se (Tabela 14) que existem diferenças estatísticas significativas ao nível da Ansiedade para o grupo dos participantes que recorre ao uso de petições. Ou seja, os reclusos que recorrem aos serviços de saúde através de petição

apresentavam com significado estatístico mais sintomas de ansiedade (M= 12,75; DP=4) do que os que não haviam recorrido à petição (M=9,59 ;DP= 4,75) com o valor de t (37) =2,00, p=0,05.

No recurso aos serviços de saúde através da triagem, verificou-se diferenças estatisticamente significativas na ansiedade e depressão avaliadas na HADS Total com o grupo de participantes que utiliza este meio apresentam mais sintomas de ansiedade e depressão (HADS Total) (M= 20,52;DP= 6,63) comparativamente aos que não recorrem à triagem (M= 16,11; DP= 7,31) com o valor de t (37) =1,97,p=0,05.

Os participantes que recorrem aos profissionais de saúde, quando têm um problema apresentam significativamente mais sintomas de ansiedade e depressão (HADS Total) (M= 20,32;DP=7,66) e de sintomas de depressão (M=9,16; DP= 3,88) comparativamente aos que recorrem aos guardas prisionais com valores médios de (M=15,21 ;DP=5,07) e (M=5,71 DP=2,94) e valor de t(37)=2,22 ,p=0,03 e t(37)=2,88, p=0,00 respetivamente.

Tabela 14 - HADS Total, Ansiedade e Depressão e Recurso aos Serviços de Saúde

	HADS Total		Ansiedade		Depressão	
	<u>M(DP)</u>	t (gl)p	<u>M(DP)</u>	t (gl)p	<u>M(DP)</u>	t (gl)p
Petições						
Sim (N=12)	19,83(5,54)	t(29,51)=0,88 , p=0,38	12,75(4)	t(37)=2,00 p=0,05	7,08(2,87)	t(37)=0,89, p=0,37
Não (N=27)	17,88(7,86)		9,59(4,75)		8,29(4,28)	
Triagem						
Sim (N=12)	20,52(6,63)	t(37)=1,97, p=0,05	11,85(4,40)	t(37)=1,91, p=0,06	8,66(4,02)	t(37)=1,29, p=0,20
Não (N=27)	16,11(7,31)		9,05(4,74)		7,05(3,68)	
Recorre aos serviços de saúde por apresentar probl.saúde						
Guardas Prisionais (N=14)	15,21(5,07)	t(37)=2,22 ,p=0,03	9,50(3,56)	t(37)=1,05 ,p=0,29	5,71(2,94)	t(37)=2,88, p=0,00
Profissionais de Saúde (N=25)	20,32(7,66)		11,16(5,23)		9,16(3,88)	

4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Pretende-se nesta parte ressaltar os resultados mais significativos encontrados no estudo realizado, assim como efetuar uma reflexão crítica dos mesmos.

Os participantes da amostra apresentam em média mais sintomas de ansiedade ($M=10,56$; $DP=4,72$) do que sintomas de depressão ($M=7,92$; $DP=3,90$). Reforçando este dado, são identificados como tendo sintomas de ansiedade 41% e sintomas de depressão 15,4% dos reclusos.

Verificou-se que a Ansiedade explica em 73,9% a Ansiedade e Depressão avaliadas pela HADS Total enquanto a Depressão explica em 62,4%. Destes dados verifica-se maior incidência de sintomatologia de ansiedade ao trigésimo dia de reclusão.

A entrada para a prisão é um acontecimento que provoca elevados níveis de ansiedade. Zamble e Porporino (1990 cit por Ruiz, 2007) referem que os níveis de ansiedade ao longo do tempo de reclusão é tido como um V, com um pico máximo no início e no final do tempo de reclusão. Long, Sultan, Kiefer e Sebrum (1984, cit. por Dollard, Dollard, Byrne, e Byrne, 2013) referem que nas primeiras setenta e duas horas de entrada para a prisão os níveis de ansiedade são elevados. Todavia, três semanas após a entrada, embora os níveis de ansiedade desçam permanecem compatíveis com o nível avaliado à entrada.

A sintomatologia da ansiedade e depressão têm maior incidência na população reclusa (Marques, 2010).

A ansiedade é a resposta à existência de doença. Está associada à capacidade da pessoa prever, preparar e adaptar-se a uma situação que seja tida como ameaçadora. Uma identificação precoce de sintomatologia de ansiedade e depressão é importante para delinear intervenções para o tratamento das mesmas (Pais-Ribeiro et al.,2006).

É importante referir que oitenta por cento dos doentes deprimidos podem apresentar sintomatologia de ansiedade que dificulta o diagnóstico (Chinchilla, 2000 cit. por Alvarez, 2005).

Tendo como referência o estudo realizado por Pais-Ribeiro et al. (2006) os valores de ansiedade são superiores aos da depressão (exceto na amostra dos pacientes com diagnóstico de depressão). Os grupos de participantes que apresentaram maior sintomatologia de ansiedade foram os doentes com cancro, AVC e doentes com obesidade.

No presente estudo os reclusos condenados apresentaram diferenças estatisticamente significativas, para a ansiedade $t(37)=2,67, p=0,01$ e ansiedade e depressão avaliadas na HADS Total $t(37)=2,15, p=0,03$, relativamente aos reclusos preventivos. Ou seja, os reclusos condenados apresentam uma maior sintomatologia de ansiedade ($M= 11,81$; $DP= 4,39$), e ansiedade e depressão avaliadas na HADS Total ($M= 20,07$; $DP= 6,97$) comparativamente com os reclusos preventivos.

Segundo a DGRSP (2013) existiam 1598 reclusos do sexo masculino em prisão preventiva e 9391 reclusos do sexo masculino condenados a 31 de Dezembro de 2013 em todo o país.

A Lei n.º 20/2013 de 21 de fevereiro refere que a prisão preventiva decorre desde a detenção até à introdução em juízo da causa criminal, e é aplicada com a intenção de dar uma rápida e imediata resposta ao crime.

Os prazos de duração máxima da prisão preventiva não podem exceder quatro meses sem que tenha sido deduzida acusação; oito meses sem que tenha sido proferida decisão instrutória e um ano e dois meses sem que tenha havido condenação em primeira instância; e um ano e seis meses sem que tenha havido condenação com trânsito em julgado.

Durante o período que medeia a prisão preventiva, a ansiedade e tensão referente à espera do julgamento ou leitura da sentença constitui um dos

stressores mais nefastos em meio prisional, podendo potencializar qualquer tipo de comportamento suicida (Moreira, 2009).

Os níveis de depressão diminuem à medida que o recluso preventivo se adapta ao meio prisional. Cooper (1974 cit. por Moreira, 2009) refere que os reclusos tendem a retomarem o funcionamento normal à medida que se adaptam ao contexto prisional, se adaptam ao impacto da detenção e após cumprirem a fase inicial da pena.

Gunn e colaboradores (1978, cit. por Moreira, 2009) referem que as elevadas taxas de ansiedade e depressão (presentes na primeira fase de execução da pena) tendem a diminuir durante os primeiros seis meses de reclusão.

A fase inicial do cumprimento da pena é responsável por depressão devido à reocupação com possíveis consequências relacionadas com a detenção e com a incerteza de como decorrerá o processo judicial (Cooper, 1974 e Elger, 2004, cit. por Moreira, 2009).

Os resultados obtidos neste estudo parecem não corroborar na totalidade com a bibliografia consultada uma vez que são os reclusos condenados que apresentam mais sintomas de ansiedade e ansiedade e depressão (Total) avaliadas pela HADS.

A resposta à questão sobre a existência de intervenção relativamente ao consumo de substâncias apresentou diferenças estatisticamente significativas para a ansiedade e depressão avaliada pela HADS Total $t(19,89)=2,33p=0,03$.

Agra (2008) menciona que a população reclusa declara mais consumos de estupefacientes comparativamente com a população livre.

Tendo em conta que a substância mais consumida pelos participantes foi o álcool. Segundo Laranjeira (2006 cit por Torres e Gomes, 2005) num estudo que realizou, constatou que os cinco por cento dos homens com abstinência de álcool apresentaram depressão na vida comparados com três por cento da população em geral. Setenta e oito por cento dos homens iniciaram o consumo do álcool antes de desenvolverem depressão. O modelo bidirecional é tido como o modelo que explica a relação entre o abuso de álcool; as duas condições reforçam-se mutuamente.

Existe uma forte relação entre consumo de drogas e reclusão. Portugal apresenta valores elevados de prevalência de consumos de drogas nas prisões (47%). Os reclusos que dependem das drogas tendem, em meio prisional a continuar a necessitar dessas substâncias, pelo que recorrem aos reclusos que se encontram na prisão e cujo modo de vida era o tráfico. Existem também os reclusos que nunca tiveram contacto com drogas, mas que de forma direta (tentado a consumir) ou indireta (mantendo-se em silêncio e compactuando com a venda) ficam implícitos. Todas estas situações despontam uma tensão presente no contexto prisional em conjunto com a sobrelotação prisional. Portugal é o país que onde se encontra o maior número de reclusos (Torres e Gomes, 2005).

A reabilitação está ligada ao redimensionamento dos objetivos pessoais, à habilidade de lidar com situação de risco e com a mobilização de recursos apropriados. São indicadores que poderão explicar a manutenção da abstinência e o emprego da redução de danos (Gossop, 1997 cit por Vieira, 2012).

Há que ter sempre em atenção tal como refere Álvarez et al. (2007, cit. por Marques, Lourenço e Costa, 2011) que são vários os fatores de risco que antecedem a recaída, mas, predominam: o fator emocional negativo, o meio/amigos, os conflitos familiares e os sintomas de privação, inerentes à substância.

Os participantes que tiveram intervenções para o abuso de substâncias apresentaram mais sintomas de ansiedade e depressão (HADS Total) e o atual processo de adaptação ao contexto prisional pode ser potenciador de recaídas e conseqüente fator emocional negativo.

No EP onde foi realizado o estudo, existem programas de intervenção no abuso de substâncias: programa de substituição e a ULD e D-OBS.

Os reclusos identificados com risco de suicídio apresentam uma diferença significativa para a Ansiedade $t(37)=3,23$, $p=0,00$, Depressão $t(37)=2,07$, $p=0,04$ e HADS Total $t(37)=3,35$, $p=0,00$ comparativamente aos que não apresentam esse risco.

Os reclusos com sintomas de depressão, ansiedade, que abusam ou dependem de substâncias têm maior probabilidade de desenvolver ideação suicida e tentar o suicídio (Moreira, 2009).

Assim, os resultados obtidos corroboram a bibliografia na medida em que afetividade negativa (ansiedade e depressão) se associa ao risco de suicídio em contexto prisional.

No que diz respeito aos resultados do recurso aos serviços clínicos, o uso de petições apresentou diferenças significativas para a ansiedade $t(37) = 2,00, p=0,05$, e diferenças significativas na Ansiedade e Depressão avaliadas na HADS Total no grupo de participantes que utiliza este meio $t(37) = 1,97, p=0,05$ para os reclusos que recorrem à triagem.

Cada EP tem o seu funcionamento interno. Todavia, neste EP uma das formas dos reclusos recorrerem aos serviços clínicos, essencialmente para consultas, é através do preenchimento da petição no respetivo pavilhão ou através da triagem que é feita por um Enfermeiro. Evidenciou-se que os reclusos que recorreram ao preenchimento de petição têm em média mais ansiedade ($M=12,75$; $DP=4$). Os reclusos que recorreram à triagem têm mais ansiedade e depressão na globalidade ($M=20,52$; $DP=6,63$).

Os reclusos que apresentaram maior Ansiedade e Depressão avaliada pela HADS Total e mais sintomatologia de depressão na subescala recorreram aos profissionais de saúde (Médicos, Enfermeiros e Psicólogos).

A sintomatologia da ansiedade está presente nas perturbações de adaptação. Carreira e Gonçalves (2010) referem que cerca de vinte e três por cento dos doentes que recorrem com frequência ao serviço de urgência com dor pré cordial atípica é uma queixa somática.

Existe um vasto leque de patologias orgânicas capazes de originar sintomas psicopatológicos, psicóticos, demenciais ou depressivos (Campos, 2009).

A dificuldade que a população reclusa tem em se dirigir aos profissionais de saúde passa por um ponto importante - a confidencialidade - que embora seja sempre assegurada cria um ambiente de desconfiança ao recluso uma vez que este é sempre acompanhado pela segurança (guarda prisional). A especificidade do contexto prisional comporta dificuldades acrescidas ao reconhecimento da perturbação mental e ao tratamento adequado (Carreira e Gonçalves, 2010).

Sousa e Passos (2008, cit. por Martins, 2013) referem que no contexto prisional o profissional de saúde contribui para a recuperação da condição

da vida humana, quer do ponto de vista biológico, psicológico e social, fazendo frente à discriminação e preconceito.

A Teoria Humanística de Paterson e Zderad valoriza o ser humano na sua individualidade, subjetividade e singularidade, onde o profissional de saúde tem como objetivo a busca do bem-estar do recluso, através do diálogo experienciado entre quem cuida e quem é cuidado (Karl,2002, cit. por Martins, 2013).

O recurso aos serviços clínicos em contexto prisional ficou evidente neste estudo. Os reclusos utilizam os meios disponíveis, como as petições e a triagem e os profissionais de saúde; resultados coerentes com a percepção de que será a melhor maneira de serem satisfeitas as suas necessidades em saúde.

5 CONCLUSÃO

Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.

(Madre Teresa de Calcutá)

Qualquer disciplina científica tem sempre os seus avanços através da investigação, pois esta permite determinar as esferas da aplicação que lhe são próprias e definir os objetivos junto da comunidade (Pereira, 2010).

O crescimento profissional e pessoal foi sentido, embora ainda haja um longo e constante caminho a percorrer em que nem sempre serão dados só passos em frente para obter conquistas. O Enfermeiro efetua uma pesquisa diária para a compreensão das diferentes dimensões da sua profissão. Todavia, não basta produzir investigação, é necessário aplicá-la e dar continuidade a esta. Caso contrário está não provocará produtividade na profissão de Enfermagem.

É indiscutível que a permanência numa prisão altera o psíquico do recluso provocando-lhe mudanças ao nível psicológico, acentuando uma patologia prévia subjacente que entretanto se manifesta ou determina a existência de sintomas psicopatológicos específicos associados à reclusão (Carreira e Gonçalves, 2010).

A sintomatologia da ansiedade e depressão têm maior incidência na população reclusa e as dificuldades de adaptação do recluso a este contexto acentuam estes sintomas (Marques, 2010).

A Prisão-Privação de liberdade é a pedra basilar dos sistemas punitivos, possuindo inegáveis vínculos com a sociedade. Estes vínculos à sociedade

moderna merecem o olhar atento das ciências da saúde, nomeadamente da Enfermagem.

A privação de liberdade é extremamente penosa para o indivíduo, sujeito a inúmeras regras, processos de adaptação constante, expectativas jurídico-penais, códigos de conduta, não obstante apresenta todos os direitos de cidadania e acesso aos cuidados de saúde.

A Enfermagem é multidimensional, logo não pode aceitar nem praticar segundo uma ótica empirista, com um corpo de conhecimentos relativo e pragmático. É uma ciência que se centra na visão holística do doente - o ser humano que tem crenças, valores, princípios, padrões culturais. É uma profissão centrada em interações onde cada pessoa, por vivenciar um projeto de saúde, se torna singular, única e indivisível num momento único de cuidado (Serrano et al. , 2011).

O presente estudo analisou o nível de ansiedade e depressão e a sua relação com variáveis psicossociais, jurídico-legais, clínicas e o recurso aos serviços de saúde em contexto prisional.

Realizou-se inicialmente uma pesquisa sobre as temáticas: a adaptação dos reclusos em contexto prisional, a ansiedade e depressão e o recurso a cuidados de saúde em contexto prisional.

Utilizou-se a escala HADS validada para a população Portuguesa por Pais-Ribeiro, et al. (2006), para a obtenção de dados mais consistentes.

O estudo desenvolvido teve por base o paradigma quantitativo obtendo-se as seguintes conclusões:

- 56,4% da amostra apresenta sintomatologia de ansiedade e depressão, 41% com sintomas de ansiedade e 15,4% sintomas de depressão. A ansiedade explica em 73,9% da ansiedade e depressão avaliadas pela HADS.
- Os reclusos condenados apresentam mais sintomas de ansiedade e depressão avaliada na HADS Total e ansiedade avaliada na subescala;
- Os reclusos que já participaram em programas de intervenção para o abuso de substâncias apresentam mais sintomas de ansiedade e depressão avaliada pela HADS Total;
- Os reclusos sinalizados com risco de suicídio apresentam mais sintomas de ansiedade e depressão avaliada pela HADS Total e subescalas;

- O recurso a petições é feito pelos reclusos que apresentam mais sintomas de ansiedade;
- O recurso à triagem é feito pelos reclusos que apresentam mais sintomas de ansiedade e depressão avaliada na HADS Total;
- Os reclusos que apresentam mais sintomas de ansiedade e depressão avaliada na HADS Total e de subescala de depressão recorrem aos profissionais de saúde quando têm algum problema deste domínio.

Neste estudo fica evidenciado o papel do Enfermeiro em contexto prisional uma vez que os participantes quando apresentam mais sintomas de ansiedade e depressão recorrem à triagem, que neste EP é efetuada pelo Enfermeiro e os profissionais de saúde, nos quais se enquadra o Enfermeiro. Na equipa multidisciplinar de saúde em contexto prisional onde existe EESMP para intervir na promoção de saúde mental, há benefícios e consequentemente melhoria da qualidade de vida do individuo (Sampaio e Carlos, 2011).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010) o EESMP tem conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que desenvolve através das suas vivências e conhecimentos que o capacitam para a prática profissional de competências psicoterapêuticas.

Em contexto prisional, é importante que o EESMP desenvolva programas que promovam a saúde mental, na base da prestação de cuidados e na formação. Tem-se como intervenções psicoterapêuticas o planeamento de sessões de relaxamento, a relação de ajuda, a escuta ativa, a criação de grupos de autoajuda, a reestruturação cognitiva.

Divulgar os resultados desta investigação em artigos e comunicações científicas de forma a partilhar e contribuir para o conhecimento científico em Enfermagem.

Como continuação deste trabalho fica o desafio da implementação de várias intervenções psicoterapêuticas previstas no domínio das competências do EESMP e a sua validação através de desenhos de investigação pré e pós teste.

A escassa evidência científica em meio prisional é uma limitação para o presente estudo, todavia em simultâneo, é um incentivo para a continuação de investigação neste contexto.

BIBLIOGRAFIA

Agra, C. *Entre droga e crime*. 2ª Edição. Cruz Quebrada: Casa das Letras, 2008

Alvarez, M. *Perturbação de Ansiedade Generalizada. Uma categoria diagnóstica*. Revista Saúde Mental. Janeiro/Fevereiro, 2005, Vol.VII, nº1, pp.30-37.

American Psychiatric Association. 2005. DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition

Araújo, F. A., Nakano, T. C., e Gouveia, M. L. *Avaliação Psicológica. Prevalência de Depressão e Ansiedade em Detentos*, (2009) pp. 381-390.

Artigos 50º a 57º do Código Penal [Online] 15 de Fevereiro de 2014.<http://www.pgdlisboa.pt>

Bernabé, J. L. *Consecuencias de la Prisionización* ,2000, p. 25.

Campos, R. C. *E quando o corpo fala...:Expressões somáticas de psicopatologia*. Revista Saúde Mental. Julho/Agosto, 2009, Vol.XI, pp.42-46.

Carreira, L., e Gonçalves, P. A. *Psicopatologia e Adaptação à Prisão*,Revista Saúde Mental, Julho/Agosto,2010, Vol.XII, nº4, pp. 14-29.

Carvalho, J. C., e Silva, E. G. 2007. Entre a Ficção e a Realidade. Hospitalidade, 47-52.

Correia, A. D. 2009. Fatores psiquiátricos e psicossociais na evolução clínica do doente submetido a transplante hepático.

Costa, L. d. *Avaliação, Impacto e Rastreio de Sintomas Depressivos em Serviços de Saúde*. Outubro de 2010, p. 12.

Cruz, M. Z., e Junior, A. P. *Corpo, Mente e Emoções*. Revista Simbiologias,2011.

Diário da República, 2013 - Diário da República, 1.ª série — N.º 169 — 3 de setembro de 2013 [Online] 15 de Fevereiro de 2014.<http://www.dre.pt>

DGSP . 2006 [Online] 20 de Fevereiro de 2014.<http://www.dgsp.mj.pt>

DGRSP.2010, Manual PIPS

DGRSP. 2013. *Estatística de Reclusos existentes a 31 de dezembro de 2013, segundo a situação penal, por sexo e nacionalidade.*[Online] 20 de Fevereiro de 2014.<http://www.dgrsp.mj.pt>

Dollard, M. F., Dollard, J. T., Byrne, M. K., e Byrne, S. *International Journal of Forensic Psychology. Correctional Officer Rating of Prisoner Adjustment on Entry to Prison.* Maio de 2013. pp. 91-102.

F. Gonçalves, Ó., e Gonçalves, R. A. (2008). *Delinquência, Crime e Adaptação à Prisão.* 3ª Edição. Lisboa: Quarteto.

Fortin, M. F., Côté, J., e Filion, F. *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação.* Lusodidacta. 2006.

Frederick, Coolidge, Peter, Stephanie, Van Horn, Segal e Daniel,. *Behavioral Sciences and the Law. Clinical Syndromes, Personality Disorders, and Neurocognitive Differences in Male and Female Inmates.* 3 de Agosto 2011. pp. 741-751.

Gageiro, J. N., e Pestana, M. H. 2008. *Análise de dados para as Ciências Sociais.* Edições Silabo.

Gerbe, L. *Una mirada al interior de la enfermería de salud penitenciaria,* Revista Nursing. 2012. pp. 28-32.

Goffman, Erving. 2008. *Manicômios, Prisões e Conventos.* 8ª Edição. São Paulo : Perspectiva, 2008.

Gomes, J. C. *Do Diagnóstico à Intervenção em Saúde Mental. Saúde Mental no Ciclo Vital.* Outubro 2010.

Gonçalves, L. C., e Gonçalves, R. A. *Agressividade, Estilo de Vida Criminal e Adaptação à Prisão.* Psicologia USP. 2012. pp. 1-26.

lei,nº1 do artigo 19º do CEP [Online] 15 de Fevereiro de 2014.<http://www.dre.pt>

Lei nº115, 2009 art.6º [Online] 15 de Fevereiro de 2014.<http://www.dre.pt>

Lei n.º115/2009 [Online] 15 de Fevereiro de 2014.<http://www.dre.pt>

Lei n.º115/2009, de 12 de Outubro e Decreto-Lei n.º51/2011 de 11 de Abril DR [Online] 15 de Fevereiro de 2014.<http://www.dre.pt>

Lei,nº1 do artigo 19º do CEP aprovado pela Lei 115-2009 [Online] 15 de Fevereiro de 2014.<http://www.dre.pt>

Lei n.º 20/2013 [Online] 15 de Fevereiro de 2014.<http://www.dre.pt>

Marques, A. M. *Dissertação de Mestrado. Esquemas mal-adaptativos precoces, ansiedade, depressão e psicopatologia em reclusos.* 2010.

Marques, M. E., Lourenço, P., e Costa, S. *Risco de recaída numa amostra de adictos.* Revista Toxicodependências. Edição IDT. 2011. Vol 17.pp. 77-83.

MARTINEZ, C. M. Agosto de 2012. Depresión en Hombres Reclusos de la Zona sur del Estado de Veracruz

Martins, J. C. *A prática da Saúde em contexto Prisional: Relação entre Profissionais de Saúde e Reclusos.* 2013.

Mercedes Benavides Portilla, M. P. Benavides M, Beitia P. *Enfermedad mental en reclusos de la Penitenciaría Nacional de Palmira: enfoque desde la atención primaria.* 2012. pp.51-57.

Moreira, N. A. Fatores de risco associados à ideação suicida durante a prisão preventiva: estudo exploratório. Janeiro, 2009.

Moreira, N. A., e Gonçalves, R. A. *Análise Psicológica. Perturbação mental e ideação suicida entre reclusos preventivos.*2010. pp. 133-148.

Novais, F. A., Ferreira, J. A., e Santos, E. R. *Transição e ajustamento de reclusos ao estabelecimento prisional.* Revista Psychologica. Vol. II. 2010. pp.209-242.

Nunes, L. *Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de Enfermagem.* 2013.pp.6.

OPSS. Relatório de Primavera 2014. *Saúde Síndrome de Negação.*[Online] 15 de Fevereiro de 2014.[http:// www.observaport.org/rp2014](http://www.observaport.org/rp2014).

Ordem dos Enfermeiros - OE. 2006. Investigação. *Ordem dos Enfermeiros.* [Online] O.E, 26 de Abril de 2006. [Citação: 10 de Dezembro de 2012.] http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedede staques/OE_InvestigEnfermPosCDTomadadePosicao2604.pdf.

Ordem dos Enfermeiros - OE. 2010. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. *Ordem dos Enfermeiros.* [Online] O.E, 18 de Fevereiro de 2010. [Citação: 10 de Fevereiro de 2014] [http:// www.ordemdosenfermeiros.pt](http://www.ordemdosenfermeiros.pt)

Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses e Baltar. 2006. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health e Medicine.* 2006, Vol. I.

Pais-Ribeiro, J. L. *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde.* 3ª edição. Porto: Legis Editora/Livpsic, 2010

Penitenciária, G. D. *Enfermería en Prisiones*. 2007. Revista Esp. Sanid. Penit. 2007. pp. 65-66.

Pereira, M. G. *A importância da investigação na profissão de Enfermagem*. Revista Sinais Vitais. Setembro 2010. pp.13-19.

Pimiento, S. E. *Enfermería:el arte y la ciencia del cuidado*. Revista Medicina. Dezembro 2003.

Portaria n.º13/2013, de 11 de Janeiro; Diário da República, 1.ª série – N.º 167 – 30 de agosto de 2013 [Online] 15 de Fevereiro de 2014.<http://www.dre.pt>

Ruiz, J. I. *Sintomas psicológicos, clima emocional, cultura y factores psicosociales en el medio penitenciario*. Revista Latinoamericana de Psicología. 2007. pp. 547-561.

Sampaio, F. M., e Carlos, D. B. Saúde mental e os estabelecimentos prisionais: implementação de programas de promoção da saúde mental. 2011.

Seena Fazel, J. D. (Fevereiro de 2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. THE LANCET, 359.

Serrano, M. T., Costa, A. d., e Costa, N. M. Revista de Enfermagem Referência. Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a (s) competência (s), Março de 2011, Vol.3, pp. 15-23.

Sousa, C., e Pereira, M.G. Morbilidade Psicológica e Representações da Doença. Psicologia, Saúde e Doença. 2008. pp.72-75.

World Health Organization. 2007. World Health Statistics.

Torres, A. C., e Gomes, M. C. *Drogas e Prisões: Relações Próximas*. Revista Toxicodependências. 2005. pp. 23-40.

Townsend, C. M, *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria*. Lusociência, 2011.

Vieira, C. I. Risco Psicossocial, Fatores Protetores e Psicopatologia na população reclusa. *Risco Psicossocial, Fatores Protetores e Psicopatologia na população reclusa*. 2012.

ANEXOS

Anexo I

- Dados da caracterização da amostra

A 1- Caracterização da amostra: profissão

4

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Carpinteiro	2	5.1	5.1	5.1
Comerciante	1	2.6	2.6	7.7
Construção Civil	7	17.9	17.9	25.6
Corticeiro	1	2.6	2.6	28.2
Cozinheiro	1	2.6	2.6	30.8
Delegado Comercial	1	2.6	2.6	33.3
Electricista	1	2.6	2.6	35.9
Empregado Têxtil	1	2.6	2.6	38.5
Empresário	1	2.6	2.6	41.0
Estudante	2	5.1	5.1	46.2
Estufador	1	2.6	2.6	48.7
Fotógrafo	1	2.6	2.6	51.3
Hotelaria	3	7.7	7.7	59.0
Válido Jogador Futebol	1	2.6	2.6	61.5
Lavrador	1	2.6	2.6	64.1
Mecânico	2	5.1	5.1	69.2
Não tem	1	2.6	2.6	71.8
Operador Máquinas	1	2.6	2.6	74.4
Pasteleiro	1	2.6	2.6	76.9
Pedreiro	1	2.6	2.6	79.5
Pintor	1	2.6	2.6	82.1
Restauração	3	7.7	7.7	89.7
Sapateiro	1	2.6	2.6	92.3
Talhante	1	2.6	2.6	94.9
Vendedor Ambulante	1	2.6	2.6	97.4
Vigilante	1	2.6	2.6	100.0
Total	39	100.0	100.0	

Anexo II
- Questionário

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Dissertação com o Título: Depressão e Ansiedade e o
Recurso aos Serviços Clínicos em Meio Prisional

Nota Introdutória

Este estudo pretende contribuir para a melhoria de cuidados de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria em contexto prisional. Tem como objetivo geral descrever a relação entre emoções e variáveis psicossociais e clínicas dos reclusos admitidos num Estabelecimento Prisional da Região Norte do País.

Este questionário é constituído pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) com 14 questões para selecionar a resposta que descreve a forma como se tem sentido na última semana. Tem ainda uma questão em que lhe é pedido que refira os profissionais do E.P a quem recorre em caso de necessidade.

Como foi informado, não há respostas certas ou erradas, apenas se pretende a sua opinião.

A sua participação é voluntária e pode desistir sem qualquer prejuízo para si na assistência em saúde no contexto prisional.

Para a realização deste estudo é imprescindível a sua colaboração sendo por isso importante a resposta a todas as questões. Como já foi informado, os dados são confidenciais e poderá solicitar à autora os resultados no final do estudo.

Desde já agradeço a sua participação,

Tânia Azevedo

Parte I

(preenchido pelo investigador através da colheita de informação no processo clínico individual)

1. Idade: _____ anos
2. Estado Civil: Solteiro , Casado , União de Facto , Divorciado , Separado , Viúvo
3. Nível Escolar: Número de anos de escolaridade ____ anos
4. Profissão/Atividade: _____
5. Distrito de Residência: _____(Distrito)
6. Situação Jurídica: Primário , Reincidente
7. Situação Legal atual: Preventivo , Transferido , Condenado
- 7.1- Tipo de crime atual? Ofensas contra pessoas , Ofensas contra propriedades , Crime de Condução , Tráfico/Consumo de Estupefacientes , Ofensas Sexuais , Fuga/Revogação de medidas alternativas/flexibilizadoras Outros _____
- 7.2- Situações prisionais anteriores: Sim Não
 - 7.2.1 - Se sim, _____ (nº vezes)
8. Punições, no período atual: Sim , Não
- 8.1- Se sim, quantas vezes? _____
- 9 - Consumo atual de substâncias? Sim , Não
 - 9.1- Se sim, qual? Tabaco , Álcool , Heroína , Cocaína , LSD Marijuana/Derivados , Outros: _____
 - 9.1.1 -Tempo de consumos regulares? _____ (Meses)
10. Fez intervenção para o problema do abuso de substâncias? Sim , Não
 - 10.1 Se sim, qual? Desintoxicação , Na cadeia , Intervenção Comunitária Medicinas Tradicionais , Recuperação em casa , Tratamento em Centro , Outro Qual? _____
11. Na aplicação do PIPS foi considerado um indivíduo com risco de Suicídio? Sim , Não

12. Tentei o suicídio? Sim , Não
- 12.1 Se sim, quantas vezes? _____
- 12.2 Método utilizado? (assinale apenas o último que realizou): Disparo com arma de fogo , Defenestração , Overdose , Enforcamento/asfixia , Corte de vasos sanguíneos , Outro Qual? _____
13. No E.P, na situação atual, tentei o suicídio: Sim , Não
- 13.1 Se sim, quantas vezes? _____
- 13.2 Método utilizado? (assinale apenas o último que realizou): Disparo com arma de fogo , Saltar de um piso elevado , Overdose , Enforcamento/asfixia , Corte de vasos sanguíneos , Outro Qual? _____
14. Na atual situação Auto Mutiliei-me? Sim Não
15. Tenho alguma doença que obrigue a cuidados de saúde com frequência? Sim , Não
- 15.1- Se sim, qual? Infeciosas , Neurológicas , Cardiovasculares Genito-Urinárias , Hematológicas , Respiratórias , Digestivas , Endócrinas e metabólicas , Musculo/Esqueléticas/articulares , Alérgicas , Dermatológicas Oftálmicas , Foro Otorrinolaringológico , Outro Qual? _____
16. Comecei a tomar medicação no Estabelecimento Prisional? Sim , Não
- 16.1- Se sim, qual? Antipsicóticos , Ansiolíticos, Sedativos, Hipnóticos , Benzodiazepinas , Antidepressivos , Outros
17. Já tive algum internamento cá no E.P? Sim , Não
- 17.1 - Se sim, qual? Enfermaria , D-OBS , D-OA
18. Recusei algum deles? Sim , Não
- 18.1 Se sim, qual? Enfermaria , D-OBS , D-OA
19. Meios utilizados para recorrer aos serviços clínicos:
- 19.1 Uso de petições? Sim Não
- 19.1.1 Se sim, quantas vezes? _____
- 19.2 Triagem? Sim , Não
- 19.2.1 Nº Triagens de Clínica Geral? _____
- 19.2.2 Nº Triagens de Medicina Dentária? _____

19.3 As consultas? Sim Não

19.4 Relativamente às consultas das diversas especialidades clinicas, quantifico:

19.4.1 Consultas de Medicina Clinica Geral _____

19.4.2 Consultas Psiquiatria _____

19.4.3 Consultas Psicologia _____

19.4.4 Consultas Infeciologia _____

19.4.5 Consultas Medicina Dentaria _____

PARTE II

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- Quase sempre;
- Muitas vezes;
- Por vezes;
- Nunca.

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- Tanto como antes;
- Não tanto agora;
- Só um pouco;
- Quase nada.

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- Sim e muito forte;
- Sim, mas não muito forte;
- Um pouco, mas não me aflige;
- De modo algum.

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- Tanto como antes,
- Não tanto como antes;
- Muito menos agora;
- Nunca.

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- A maior parte do tempo;
- Muitas vezes;
- Por vezes;
- Quase nunca.

6. Sinto-me animado/a:

- Nunca;
- Poucas vezes;
- De vez em quando;
- Quase sempre;

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:

- Quase sempre;
- Muitas vezes;
- Por vezes;
- Nunca.

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:

- Quase sempre;
- Muitas vezes;
- Por vezes;
- Nunca.

9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:

- Nunca;
- Por vezes;
- Muitas vezes;
- Quase sempre;

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto físico:

- Completamente;
- Não dou a atenção que devia;
- Talvez cuide menos que antes;
- Tenho o mesmo interesse de sempre.

11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:

- Muito;
- Bastante;
- Não muito;
- Nada.

12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:

- Tanto como antes;
- Não tanto como antes;
- Bastante menos agora;
- Quase nunca.

13. De repente, tenho sensações de pânico:

- Muitas vezes;
- Bastantes vezes;
- Por vezes;
- Nunca.

14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:

- Muitas vezes;
- De vez em quando;
- Poucas vezes;
- Quase nunca.

PARTE III

1. Quando tem algum problema de saúde a quem recorre com maior frequência?

Guardas Prisionais

Técnicas de Reeducação Social

Médicos

Enfermeiros

Psicólogos

Outro Qual? _____

Anexo III

-Autorização do Autor para Utilização da Escala e da DGRSP na realização do Estudo de Investigação



Exmo(a) Senhor(a)
Tâna Maria da Silva Azevedo
Rua dos Caleiros, n.º 20
4575 - 458 Varzea do Doutro

(J Semedo Moreira)

V/ referência	N/ referência	Ofício N.º	Data
		165/DSOPRE/13	16.09.2013

Assunto: Investigação sobre "Depressão, ansiedade e recurso aos serviços clínicos em meio prisional"

Tenho a honra de informar que, por despacho do Senhor Director-Geral de 04.09.2013, foi V. Ex.ª autorizada a realizar a investigação em epígrafe, sob orientação da Professora Doutora Teresa Rodrigues, no Estabelecimento Prisional do Porto.

Daqui decorre que poderá V.Ex.ª contactar o referido estabelecimento para os efeitos devidos.

Dando cumprimento ao disposto na Circular nº 5/GDG/2001 de 18 de Junho – que regula estágios e investigações académicas – chama-se a atenção para o facto da realização deste estudo estar sujeita às condições de que:

- Execução do trabalho decorra no estabelecimento prisional do Porto e esteja sempre dependente da disponibilidade e coordenação com a respectiva Direcção;
- A requerente, enquanto elemento da empresa que presta cuidados de saúde no EP realize este projecto sem prejuízo para o normal funcionamento das suas actividades e fora das horas normais de serviço, em articulação com o respectivo responsável hierárquico;
- A recolha de dados seja feita pela requente, ao universo dos reclusos entrados no EP do Porto, num período temporal de 2 meses consecutivos, fora das instalações dos Serviços Clínicos e de modo a que a investigação não possa ser confundida com a actividade normal do serviço;
- O acesso aos processos clínicos dos reclusos se faça nos termos do Decreto-Lei n.º 144/2001, de 26 de Abril, n.º5 conjugado com o estipulado pela Lei n.º 67/98 de 26 de Outubro, artigo 11º, ponto n.º5;
- A recolha do consentimento informado por parte dos reclusos que colaborarem, onde se referia expressamente a autorização para o acesso ao processo clínico, reservando-se-lhes o direito de, a qualquer momento, poderem interromper a sua colaboração. O assentimento dos mesmos ser passado a escrito, ficando cópia no EP;
- A requerente e respectiva orientadora do projecto fiquem obrigadas a preservar o anonimato dos dados e das pessoas que venham a colaborar, através de declaração escrita;
- Seja remetida cópia dos resultados finais do trabalho à Direcção de Serviços de Organização, Planeamento e Relações Externas.

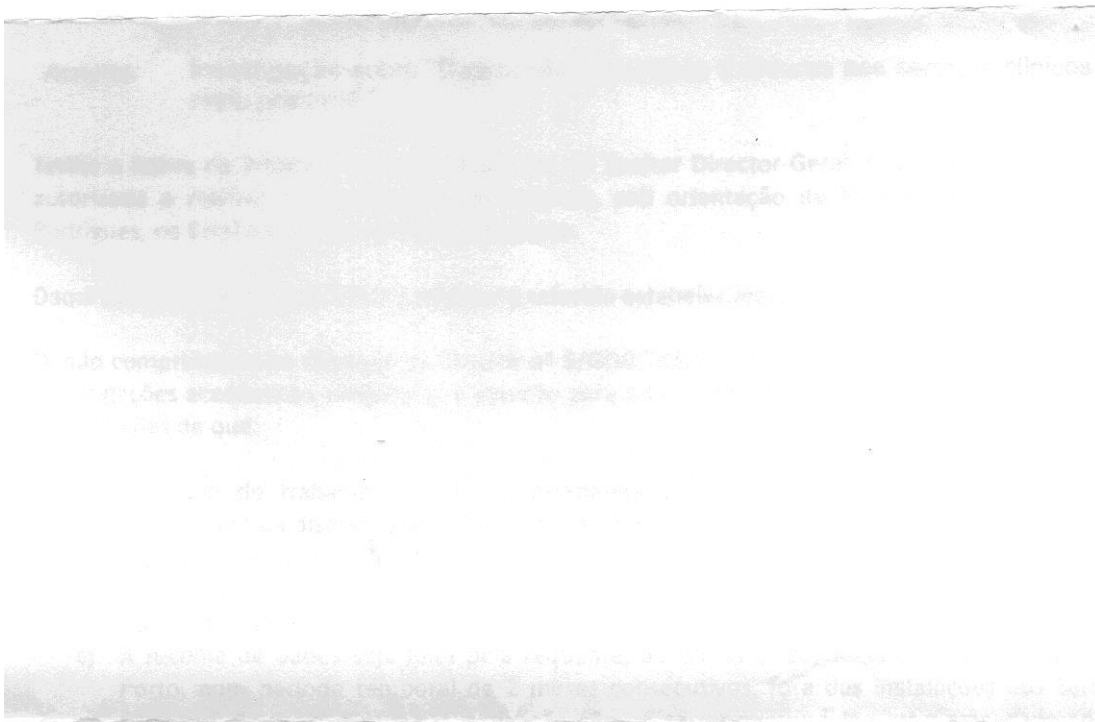


Com os melhores cumprimentos.

O Director Serviços de Organização, Planeamento e Relações Externas

Jose Geraldo Semedo Moreira
(JJ Semedo Moreira)

VPF/



[Imprimir](#)[Fechar](#)

RE: Autorização de utilização de escala de avaliação

De: José Luis Pais Ribeiro (jlpr@fpce.up.pt)
Enviada: segunda-feira, 13 de maio de 2013 08:42:04
Para: tania azevedo (tanuska_azevedo@hotmail.com)

Não me oponho à utilização da escala HAD que solicita e cuja versão estudei para a população portuguesa

José Luis Pais Ribeiro
jlpr@fpce.up.pt
mobile phone: (351) 965045590
web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

De: tania azevedo [tanuska_azevedo@hotmail.com]
Enviado: domingo, 12 de Maio de 2013 23:06
Para: José Luis Pais Ribeiro
Assunto: Autorização de utilização de escala de avaliação

Exmo. Sr. Professor Doutor José Luis Pais Ribeiro,

Eu, Tânia Maria da Silva Azevedo, Enfermeira a exercer funções no Estabelecimento Prisional do Porto (E.P.P) e a frequentar o segundo ano do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, ano lectivo 2012/2013, na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), vem por este meio solicitar autorização para utilização da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão/Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) no estudo de uma investigação.

O estudo de investigação intitulado "Depressão e Ansiedade e o recurso aos Serviços Clínicos em Meio Prisional" tem a orientação da Professora Doutora Teresa Rodrigues (docente da ESEP), tendo por finalidade contribuir para a melhoria da prestação de cuidados de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria no meio prisional.

É objectivo geral deste estudo descrever a ansiedade e depressão e a sua relação com algumas variáveis do perfil psicossocial em meio prisional.

Aguardo a sua resposta, agradecendo desde já pelo tempo disponibilizado.

Com os melhores cumprimentos,

Tânia Azevedo

(n.º de aluno: 3890)

Anexo IV

- Informação ao doente

Informação ao doente

Tânia Maria da Silva Azevedo, Enfermeira e Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria na Escola Superior de Enfermagem do Porto, encontra-se a realizar o estudo com o tema “Depressão e Ansiedade e o recurso aos Serviços Clínicos em Meio Prisional”, vem por este meio solicitar a sua colaboração na realização deste estudo de investigação.

A leitura deste documento é importante para tomar uma decisão esclarecida e livre acerca da sua participação neste estudo. Pede-se que se sinta à vontade para colocar todas as questões que pretende antes de aceitar fazer parte do estudo.

O estudo tem como objetivo geral analisar a relação entre emoções e variáveis psicossociais e clínicas e tem como finalidade o contributo para a melhoria de cuidados de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria em contexto prisional.

É dirigido à população de reclusos admitidos num Estabelecimento Prisional do Norte aos reclusos entrados no mês de Fevereiro de 2014.

A sua participação consiste num preenchimento da e aplicada Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS).

Não há respostas certas ou erradas, apenas pedimos a sua opinião no momento ou período a que se reporta a escala. A participação no estudo é de caráter voluntário podendo em qualquer momento, desistir sem qualquer prejuízo para si, nomeadamente na assistência que lhe é prestada no E.P.

Todos os dados recolhidos serão apenas utilizados na realização deste estudo de investigação, com a garantia de confidencialidade da informação fornecida. Na publicação de trabalhos que se venham a desenvolver, resultantes deste estudo de investigação, não constará qualquer tipo de informação que conduza à sua identificação.

Se desejar, conhecer os resultados deste estudo, pode solicita-los à autora a partir de Junho de 2014 através do telefone 229 513 020 ou endereço postal: E.P.Porto, Custóias, Guifões, 4460- GUIFÕES.

Agradeço desde já a sua participação,

Tânia Maria da Silva Azevedo

Anexo v

- Consentimento Informado

Declaração de Consentimento Informado

Designação do estudo: Ansiedade e Depressão e o Recurso aos Serviços Clínicos em Meio Prisional.

Eu, _____ abaixo-assinado _____ (Nome Completo):

Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na Investigação com o título: Ansiedade e Depressão e o Recurso aos Serviços Clínicos em Meio Prisional. Foi-me dada oportunidade para fazer as perguntas que julguei necessárias.

Tomei conhecimento, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, dos objetivos, o método e a implicação da minha participação.

Foi-me comunicado o caráter voluntário e o direito a recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter qualquer prejuízo pessoal na assistência que me é prestada, no contexto em que me encontro.

Aceito participar de forma livre, esclarecida e voluntária no estudo proposto pelo investigador, respondendo às questões que me forem colocadas. Aceito também que seja consultado o meu Processo Clínico Individual pela investigadora.

Data: _____, _____ de _____ de 2014

Assinatura do participante no estudo de Investigação:

O investigador responsável pelo estudo:

(Tânia Maria da Silva Azevedo)

