

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria

Depressão e Ansiedade em Pessoas com VIH<sup>+</sup> em Meio  
Prisional: Relação com a Qualidade de Vida

Dissertação

Dissertação de Mestrado orientada pela

Prof. Doutora Teresa Rodrigues Ferreira

Andreia Manuela Mendes Silva

Porto | 2013



Estando eu a pensar como foi glorioso e magistral o meu passado, inconcebivelmente continuo a me amarrar nas finas redes que é a confusão do meu presente, mas convicto do tal dito, consigo prever e visualizar como vai ser triste e negro (...) o meu futuro!

(Anónimo, 2013)



## AGRADECIMENTOS

“Ninguém escapa ao sonho de voar, de ultrapassar os limites do espaço onde nasceu, de ver novos lugares e novas gentes. Mas saber ver em cada coisa, em cada pessoa, aquele algo que define como especial, um objeto singular, um amigo - é fundamental. Navegar é preciso, reconhecer o valor das coisas e das pessoas, é mais preciso ainda!”  
(Antoine de Saint-Exupéry)

Este espaço não permite agradecer a todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a conclusão desta etapa e que me ajudaram a concretizar os meus objetivos e a finalizar esta etapa de formação académica. Desta forma, deixo apenas algumas palavras, poucas, mas com o sentido e profundo sentimento de reconhecido agradecimento.

À Professora Doutora Teresa Rodrigues Ferreira, expresso o meu profundo agradecimento pela orientação e apoio incondicionais que muito elevaram os meus conhecimentos científicos e, sem dúvida, muito estimularam o meu desejo de querer, sempre, saber mais e a vontade constante de querer fazer melhor. Obrigado por todo o sentido de responsabilidade que me inculuiu em todas as fases deste trabalho.

A todos os docentes, que lecionaram as unidades curriculares do curso de mestrado, pela informação transmitida neste contexto de docência e que, sem dúvida, contribuiu para a aquisição de conhecimentos científicos, atuais e com evidência na prática clínica. As orientações e esclarecimentos transmitidos constituíram momentos fundamentais para a realização do presente estudo.

À Direção Geral de Reinserção e dos Serviços Prisionais e aos Estabelecimentos Prisionais (envolvidos no estudo), por me terem proporcionado as condições necessárias para a elaboração da tese. Agradeço também a todos os profissionais que contribuíram, de alguma forma, para a realização deste trabalho. Obrigado pela simpatia e disponibilidade.

Expresso também a minha gratidão e solidariedade a todos os doentes, que prestaram uma contribuição fundamental, para que este estudo fosse possível e para o avanço da investigação científica nesta área do conhecimento.

A vós, Tânia e Catarina, um muito obrigado por todo o carinho e amizade que me manifestaram. Agradeço, de forma especial, a ajuda e a preocupação, nos momentos de maior aflição.

Aos meus colegas de trabalho, um muito obrigado pela vossa amizade, companheirismo e ajuda, fatores muito importantes na realização desta tese e que me permitiram que cada dia fosse encarado com particular motivação. Também uma referência especial aos Enfermeiros João, Jorge Tavares e Mário Santos pela enorme amizade que criamos. Agradeço-lhes a partilha de bons momentos, a ajuda e os estímulos nas alturas de desânimo.

Ao Ricardo, um agradecimento especial pelo apoio incondicional e carinhos diários, pelas palavras doces e pela transmissão de confiança e força, em todos os momentos. Nem sei com te agradecer por tudo!

À minha família, em especial aos meus pais, irmãos (Luísa e Ricardo) e a ti Salomé, um enorme obrigado por acreditarem sempre naquilo que faço e por todos os ensinamentos de vida. Espero que esta etapa, que agora termina, possa de alguma forma, retribuir e compensar todo o carinho, apoio e dedicação que constantemente me ofereceram.

A todos o meu muito obrigado!

## SIGLAS E ABREVIATURAS

% - Percentagem;

$\geq$  - Superior ou igual;

DP - Desvio Padrão;

gl - Graus de liberdade;

M - Média;

Máx. - Máximo;

Min. - Mínimo;

N - Número;

p - Probabilidade;

r - Correlação de Pearson;

*t* - teste t de Student;

$\alpha$ -Alpha de cronbach;

AVDS - Atividades de Vida Diárias;

CID 10 - Classificação Internacional de Doenças;

Cit - Citado;

DGRSP - Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais;

EP - Estabelecimento Prisional;

EP's - Estabelecimentos Prisionais;

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto;

Et al - e outros;

HAART - Highly Active Antirretroviral Therapy;

HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale;

ICN - Internacional Council of Nurses;

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis;

MESMP - Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria;

OA - Camarata de Observação e acompanhamento;

OBS - Camarata de Observação;

OE - Ordem dos Enfermeiros;

OMS - Organização Mundial de Saúde;

PLWHA - People Living HIV/AIDS;

QdV - Qualidade de vida;

QdVrS - Qualidade de Vida relacionada com a Saúde;

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência adquirida;

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences;

TARV - Terapêutica Anti Retrovívica;

ULD - Unidade Livre de Drogas;

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana;

VIH<sup>+</sup> - Positivo para o Vírus da Imunodeficiência Adquirida;

WHOQOL - World Health Organization Quality of life;

WHOQOL-VIH Bref - World Health Organization Quality of life para o VIH abreviado (escala);

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>1. A PESSOA COM VIH+ EM MEIO PRISIONAL</b> .....	23
<b>2. DEPRESSÃO, ANSIEDADE E QUALIDADE DE VIDA</b> .....	27
2.1. Depressão.....	27
2.2. Ansiedade.....	29
2.3. Depressão e Ansiedade em meio prisional .....	30
2.4. Qualidade de vida .....	32
2.4.1. Qualidade de vida e VIH em meio prisional .....	34
<b>3. ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA EM MEIO PRISIONAL</b> .....	39
<b>4.PROBLEMÁTICA DE INVESTIGAÇÃO</b> .....	43
4.1.A pergunta de partida.....	44
4.2.Objetivos de investigação .....	44
4.3.Questões de investigação.....	45
<b>5.ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO</b> .....	47
5.1.Tipo de estudo .....	47
5.2.População e amostra .....	48
5.2.1.Caraterização da amostra .....	48
5.3.Variáveis .....	59
5.4.Material .....	61
5.4.1.HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale .....	62
5.4.2.WHOQOL-VIH Bref .....	64
5.5.Procedimento e considerações éticas .....	67
5.6.Análise de dados .....	69
<b>6.RESULTADOS</b> .....	71

6.1. Depressão e Ansiedade das pessoas portadoras de VIH <sup>+</sup> em meio prisional.	71
6.2. Depressão e Ansiedade e variáveis psicossociais .....	72
6.2.1. Depressão, ansiedade e variáveis sociodemográficas .....	72
6.2.2. Depressão, ansiedade e variáveis socioprofissionais .....	74
6.2.3. Depressão, ansiedade e consumo de substâncias.....	75
6.2.4. Depressão, ansiedade e variável situação penal.....	77
6.2.5. Depressão, ansiedade e apoio social .....	78
6.2.6. Depressão, ansiedade e variáveis clínicas .....	81
6.3. Depressão e Ansiedade e a Qualidade de Vida.....	83
<b>7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>85</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>93</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>105</b>
ANEXO I: Dados da caracterização da amostra .....	107
ANEXO II: Questionário.....	125
ANEXO III: Autorização dos autores para a utilização das escalas o estudo de investigação .....	137
ANEXO IV: Autorização para a realização do estudo de investigação da DGRSP..	143
ANEXO V: Informação ao participante .....	147
ANEXO VI: Declaração de consentimento informado .....	151

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Caracterização da amostra segundo idade, escolaridade e estado civil	49
TABELA 2 - Caracterização da amostra quanto ao fato de ter ou não filhos	49
TABELA 3 - Caracterização da amostra quanto às idades dos filhos	49
TABELA 4 - Caracterização da amostra: atividade ocupacional/profissional antes da detenção	50
TABELA 5 - Caracterização da amostra quanto à ocupação no EP	51
TABELA 6 - Caracterização da amostra quanto ao consumo de substâncias lícitas/ilícitas	52
TABELA 7 - Caracterização da amostra quanto aos programas terapêuticos	52
TABELA 8 - Caracterização da amostra quanto ao número de entradas anteriores no EP	53
TABELA 9 - Caracterização da amostra quanto à situação prisional, tempo de condenação e tipo de crime principal	54
TABELA 10 - Caracterização da amostra quanto às visitas	55
TABELA 11 - Caracterização da amostra quanto à correspondência	55
TABELA 12 - Caracterização da amostra quanto à realização de chamadas telefônicas	56
TABELA 13 - Caracterização da amostra quanto à saúde em geral	58
TABELA 14 - Caracterização da amostra quanto à via de infecção	58
TABELA 15 - Graus de severidade da ansiedade e depressão, adaptado de Zigmond e Snaithe (1983)	63
TABELA 16 - Consistência interna para a HADS	64
TABELA 17 - Consistência interna para WHOQOL-VIH Bref	67
TABELA 18 - Análise descritiva da HADS (total, subescalas depressão e ansiedade)	71
TABELA 19 - Correlação de Pearson para HADS (total, subescala ansiedade e depressão)	72
TABELA 20 - Correlação $r$ de Pearson entre as variáveis idade e escolaridade e a escala HADS (total e subescalas)	73
TABELA 21 - Depressão, Ansiedade e estado civil	73
TABELA 22 - Teste $t$ Student para o número de filhos e a HADS e subescalas	74

TABELA 23 - Teste <i>t Student</i> para a ocupação antes da detenção e a HADS e subescalas .....	74
TABELA 24 - Teste <i>t Student</i> para a ocupação no EP e a HADS e subescalas .....	75
TABELA 25 - Teste <i>t Student</i> para o consumo de substâncias e a HADS e subescalas .....	76
TABELA 26 - Teste <i>t Student</i> para o integrar ou não programas terapêuticos e a HADS e subescalas .....	76
TABELA 27 - Correlação <i>r</i> de Pearson entre as variáveis número de entradas anteriores em EP's e a HADS e subescalas.....	77
TABELA 28 - Teste <i>t Student</i> para a situação penal e a HADS e subescalas.....	78
TABELA 29 - Teste <i>t Student</i> para o crime principal relacionado com drogas e a HADS e subescalas .....	78
TABELA 30 - Teste <i>t Student</i> para as visitas e a HADS e subescalas.....	79
TABELA 31 - Teste <i>t Student</i> para a correspondência recebida e a HADS e subescalas .....	79
TABELA 32 - Teste <i>t Student</i> para a chamadas telefônicas realizadas e a HADS e subescalas .....	80
TABELA 33 - Correlação <i>r</i> de Pearson para pessoas a quem recorrem e a HADS e subescalas .....	80
TABELA 34 - Correlação <i>r</i> de Pearson para a percepção de saúde e a HADS e subescalas .....	81
TABELA 35 - Teste <i>t Student</i> para o tempo de diagnóstico e a HADS e subescalas.....	82
TABELA 36 - Teste <i>t Student</i> para o ano em que pensa ter sido infetado e a HADS e subescalas .....	82
TABELA 37 - Teste <i>t Student</i> para a forma como pensa ter sido infetado e a HADS e subescalas .....	83
TABELA 38 - Correlação <i>r</i> de Pearson para a QdV e a HADS e subescalas .....	83

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1 - Domínios e facetas do WHOQOL-HIV Bref adaptado de Canavarro et al., 2010 .....</b>	<b>66</b>
--------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------



## RESUMO

### DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM PESSOAS COM VIH<sup>+</sup> EM MEIO PRISIONAL: RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA

Há um vírus que tem percorrido o mundo ao longo de décadas, que causa uma doença que tem vitimizado milhões de pessoas. É chamada vírus da imunodeficiência humana (VIH), porque após entrar no organismo, começa a danificar o sistema imunitário (Vaz-Serra, 2013).

Atualmente, é um dado adquirido que os doentes VIH<sup>+</sup> desenvolvem sintomas de doenças psiquiátricas, como a depressão e a ansiedade, semelhantes aos observados na população em geral, mas no que concerne à população prisional estes dados são desconhecidos.

Este estudo teve como finalidade contribuir para uma melhoria dos cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria em contexto prisional e como objetivo descrever a depressão e a ansiedade, e sua relação com variáveis psicossociais, clínicas, jurídico-penais, de consumo de substâncias e a relação com a qualidade de vida das pessoas com VIH<sup>+</sup> em meio prisional. É um estudo exploratório, transversal e descritivo, que se desenvolveu segundo o paradigma quantitativo.

A amostra, coincidente com o universo de reclusos com VIH<sup>+</sup>, num estabelecimento prisional do norte do país, foi constituída por 60 reclusos, com idades compreendidas entre os 28 e os 62 anos, com idade média de 40,20 anos ( $DP=7,85$ ).

Foi aplicado um questionário de autorresposta, com questões de caracterização psicossocial e as escalas: HADS de Zigmond e Saith (1983), adaptada para a população Portuguesa por Pais-Ribeiro, et al. (2006), que avalia a depressão e a ansiedade com 14 itens ( $\alpha= 0,86$ ) e a escala WHOQOL-HIV Bref, adaptada para a população Portuguesa por Canavarro e Pereira (2011), que avalia a qualidade de vida das pessoas com VIH<sup>+</sup>, com os seus 6 domínios específicos e 31 questões ( $\alpha= 0,91$ ).

Nos resultados verificou-se a existência de associação estatisticamente significativa entre depressão e ansiedade e: menos anos de escolaridade; sem atividades ocupacionais no estabelecimento prisional; consumo de substâncias (lícitas/ilícitas); frequência/participação em programas terapêuticos; maior número de detenções em estabelecimentos prisionais; prioridade de recorrer a consultas de psicologia no estabelecimento prisional. A depressão e ansiedade associam-se também a percepção de menos saúde e qualidade de vida.

O papel do Enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria é essencial para a prevenção e detecção de sinais e sintomas de depressão e ansiedade, em reclusos com VIH<sup>+</sup>, de forma a intervir precocemente nesta população, contribuindo para melhor qualidade de vida destas pessoas em contexto prisional.

**Palavras-chave:** Depressão e ansiedade; VIH; meio prisional; qualidade de vida.

**ABSTRACT**

**DEPRESSION AND ANXIETY IN PEOPLE WITH HIV+ IN PRISON  
ENVIROMENT: RELATIONSHIP WITH THE QUALITY OF LIFE**

There is a virus that has traveled around the world for decades, which causes a disease that has victimized millions of people. It is called the human immunodeficiency virus (HIV), because after entering in the human body begins to damage the immune system (Vaz-Serra, 2013).

Currently, it is a given that HIV<sup>+</sup> patients develop symptoms of psychiatric disorders such as depression and anxiety, similar to those observed in the general population, but in relation to the prison population this results are unknown.

This study aimed to contribute for the improvement of nursing care in the Mental Health and Psychiatry in the prison context and describe depression and anxiety, and their relationship with psychosocial variables, medical, legal, criminal and substance use in the quality of life in people with HIV<sup>+</sup> in prison. This is an study exploratory, transverse and descriptive, which was developed according to the quantitative paradigm.

The sample, coincident with the prisoner population of HIV<sup>+</sup>, in a prison located in north country, was formed of 60 prisoners, aged between 28 and 62 years old, with mean age of 40,20 years ( $\underline{DP}=7,85$ ). We applied a questionnaire with auto response reply, with questions of psychosocial characterization and the scales: HADS of Zigmond e Saith (1983), adapted to the Portuguese population by Pais-Ribeiro, et al (2006), which evaluates depression and anxiety with 14 items ( $\alpha= 0,86$ ) and the scale WHOQOL-HIV Bref, adapted to the Portuguese population by Canavarro e Pereira (2011), which evaluates the quality of life in people with HIV<sup>+</sup>, with yours 6 specific areas and 31 issues.

On the results it was verified the existence of a significant statistically association between depression and anxiety and: lower education; without occupational activities in the prison; consumption of legal and illegal substances; frequency / participation in therapeutic programs; more incarcerations in prisons; frequently appearance in psychology consultations in the prison. Depression and anxiety are also associated with the perception of less health and quality of life.

The role of the nurse specialist in mental health and psychiatry is crucial for the prevention and detection of signs and symptoms of depression and anxiety in HIV<sup>+</sup> prisoners in order to intervene early in this population, contributing to better quality of life of these people in the prison context.

**Keywords:** Depression and anxiety; HIV; prison environment; quality of life

## INTRODUÇÃO

Para a renovação e produção de conhecimento é essencial que se realize investigação, sendo esta de fulcral importância para a prática clínica, alargando-se assim conhecimentos e aumentando o nosso campo de ação (Ordem dos Enfermeiros - OE, 2006). A investigação intervém para verificar a teoria ou para desenvolvê-la e esta união entre a teoria e a investigação fornece uma base à prática profissional dos Enfermeiros.

Após o início daquela que é considerada a maior pandemia da história da humanidade - a infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) /Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) - ainda não se vislumbra a cura para esta doença. No entanto, desde o seu começo, muitos têm sido os avanços no tratamento, quer das diversas intercorrências (doenças oportunistas) que vão surgindo no decurso da doença, quer na investigação de novos fármacos que têm contribuído para um melhor controlo da mesma, podendo hoje em dia ser elencada na lista das doenças crónicas (Horta et al., 2004).

Quer a infeção por VIH quer as patologias psiquiátricas, como a depressão e a ansiedade, têm elevada prevalência e são consideradas como os maiores problemas de saúde em meio prisional. Segundo Yang, Kuo e Wang (2003) os pacientes com VIH apresentam uma maior frequência de morbilidade psíquica que a população em geral. Isto ocorre para os doentes infetados em liberdade, mas o que ocorrerá quando estes se encontram privados de liberdade? Esta é uma das nossas inquietações enquanto Enfermeiros num estabelecimento prisional (EP).

Sabe-se que a prevalência de perturbações emocionais em doentes infetados por VIH tem sido consensualmente demonstrada. A sintomatologia psicopatológica pode existir antes da infeção ou como reação ao diagnóstico de seropositividade para o VIH. Esta sintomatologia pode-se tornar numa barreira se observarmos uma desorganização comportamental e instabilidade do funcionamento global, sendo que é fulcral a estabilidade mental destes doentes (Canavarro e Pereira, 2011).

Não podemos descorar que a sintomatologia psicopatológica pode também manifestar-se como o resultado de um processo de adaptação ao meio prisional - isto é, uma crise existente no ciclo vital do indivíduo.

As regras, impostas pelo sistema, têm de ser cumpridas de forma rigorosa. A pessoa reclusa perde assim o direito à autodeterminação, ficando submetida ao conjunto de regras vigentes na micro-sociedade: prisão (Goffman, 2008).

A depressão é um episódio patológico no qual se manifesta perda de interesse ou prazer, distúrbios do sono e apetite, lentidão motora, sentimento de inutilidade ou culpa, distúrbios cognitivos, perda de energia e pensamentos de morte (Sadock e Sadock, 2007). A ansiedade é uma apreensão difusa e vaga que está associada com sentimentos de incerteza e desamparo.

Na área da saúde, o interesse pelo conceito, qualidade de vida (QdV), é relativamente recente e decorre, em parte dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos (saúde e doença configuram processos relacionados a aspetos económicos, socioculturais, às experiências pessoais e estilos de vida). Consoante essa mudança de paradigma, a melhoria da QdV passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças. (Seidl e Zannon, 2004).

A QdV articula os aspetos de subjetividade e multidimensionalidade e foi definida pelo grupo de QdV da Organização Mundial de Saúde (OMS) como a “perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994 p. 20). Esta, deve ser vista como um indicador que avalia o impacto físico e psicossocial que as doenças, disfunções ou incapacidades podem acarretar para as pessoas acometidas, permitindo um melhor conhecimento do paciente e a sua adaptação à condição.

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (MESMP), a decorrer na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), na unidade curricular de dissertação, propoemo-nos elaborar um estudo quantitativo de natureza exploratória e carácter descritivo de forma a estudar a depressão, ansiedade e qualidade de vida da pessoa com VIH em meio prisional.

O tema em estudo é atual e poderá produzir novos conhecimentos que permitam contribuir para uma melhoria dos cuidados de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria em meio prisional. Surge este de uma motivação pessoal para o estudo de grupos específicos e com características particulares.

Quando pensamos no meio prisional surgem questões: como vive um doente seropositivo em meio prisional? Quais os níveis de ansiedade e depressão que apresentam? Quais as influências na sua qualidade de vida?

Pretendemos assim, investigar que emoções e qualidade de vida têm as pessoas portadoras de VIH<sup>+</sup> em meio prisional. O ambiente só por si é gerador de constrangimentos e stress, e leva a que os reclusos vivenciem momentos de emoções únicas, negativas, chegando estas mesmo a ser resultantes de comportamentos discriminatórios por terem uma doença considerada crónica. A crueldade entre eles é visível e o medo que descubram a doença que transportam, leva muitas vezes a uma não adesão à terapêutica por medo da discriminação dos pares e outros.

Consideramos importante investigar e divulgar projetos desta natureza para analisar e estudar a influência das emoções, do VIH/SIDA e do meio, na QdV de quem convive com a doença, que leva à presença de: medo de morrer, medo de enfrentar os outros, medo de ser discriminado, medo de perder o emprego, medo de efeitos secundários da medicação, medo de ter filhos... Resumindo, medos que podem condicionar a QdV.

Definimos como objetivo geral descrever a depressão e a ansiedade em pessoas com VIH<sup>+</sup> e sua relação com as variáveis psicossociais e QdV, num estabelecimento prisional da zona norte do país.

Para a execução deste trabalho realizamos uma árdua pesquisa bibliográfica, tendo-se para o efeito recorrido aos diferentes meios disponíveis. Este trabalho está organizado em capítulos.

No primeiro realizamos uma breve contextualização acerca da pessoa com VIH<sup>+</sup> em meio prisional, como uma das vivências destes indivíduos inseridos no meio, e uma descrição do espaço prisional.

Posteriormente, apresentamos a definição e descrição dos conceitos: depressão, ansiedade e qualidade de vida procurando sempre especificar e enquadrar estas à população em que se desenvolve o estudo. No terceiro capítulo, realizamos uma reflexão acerca da prática de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria em contexto prisional.

No quarto e quinto capítulos definimos a problemática em estudo (pergunta de partida, objetivos e questões de investigação) e o enquadramento metodológico com a descrição da forma como irá decorrer todo o estudo: o tipo de estudo, as variáveis, a população e amostra, o material, os procedimentos e considerações éticas e a análise dos dados.

No sexto capítulo efetua-se a apresentação dos resultados e no sétimo capítulo, apresenta-se a discussão dos resultados. Posteriormente apresentam-se as conclusões, onde serão apresentadas algumas considerações finais assim como sugestões, dando ênfase aos resultados obtidos considerados mais pertinentes, decorrentes do desenrolar desta Investigação.

Termina-se este trabalho com a bibliografia consultada ao qual se seguem os anexos.

## 1. A PESSOA COM VIH<sup>+</sup> EM MEIO PRISIONAL

“Soube recentemente que o seu teste VIH é confirmadamente positivo. Tal significa que está infetado pelo VIH” (Anónimo).

Os primeiros tempos que se seguem ao diagnóstico, são para a maioria das pessoas avassaladores. Existem inúmeras questões que se colocam: Porquê eu? Como posso viver com um diagnóstico destes? Como será o meu futuro e a minha qualidade de vida?

A vivência desta transição, saúde-doença, é repentina e exige inúmeras alterações que levam a que estes indivíduos vivenciem períodos controversos nas suas vidas. Uma transição corresponde a “uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro” (Chick e Meleis, 1986), que são capazes de introduzir alterações na vida dos indivíduos que as vivenciam, assim como dos seus próximos, e terem implicações significativas na saúde e bem-estar.

Esta transição, pode já ter sido vivenciada pelo recluso, entrando este já no Estabelecimento Prisional (EP) com o diagnóstico da doença, ou então o primeiro teste positivo para o VIH ser realizado já na instituição e aí a vivência desta transição poderá já ocorrer em período de reclusão. Assim, como podem contrair esta infeção no interior do EP por algum comportamento de risco como: partilha de objetos de uso pessoal (escova de dentes, objetos cortantes, nomeadamente lâminas de barbear); realização de tatuagens (através de aparelhos manufaturados, com os escassos recursos que possuem para o efeito); relações sexuais desprotegidas, entre outros.

É extremamente stressante viver com uma doença crónica, socialmente estigmatizada e potencialmente fatal. Apesar de uma pessoa com VIH poder viver saudável por muitos anos, existe sempre o medo e o preconceito por parte da sociedade ou até mesmo pela pessoa infetada. Estas podem-se deparar com hostilidade e rejeição dos que lhes estão mais próximos, como a família e amigos e até mesmo os empregadores, perdendo os seus trabalhos/empregos.

Devido ao estigma associado a esta doença, existe a dificuldade em se falar acerca do diagnóstico, por medo da rejeição (ACT, 2011).

Segundo (Goffman, 2008 p. 15) uma “instituição total” é um local onde se encontram os indivíduos separados da sociedade por um período de tempo e estes levam uma vida fechada e formalmente administrada.

À entrada o recluso sofre uma rutura social, familiar e cultural, provocadas pelas barreiras físicas impostas pelas “instituições totais”. Aquando da entrada, a separação com o mundo socio-cultural habitual do indivíduo assinala a primeira “mutilação do eu”, assim como a perda do nome e privacidade (Goffman, 2008).

A adaptação à prisão assume contornos diferentes de pessoa para pessoa, não sendo vista como um processo globalizante e impessoal. Uma adaptação bem-sucedida à prisão é o resultado de um processo em que o indivíduo assimila os elementos pertencentes à instituição e tem a capacidade para acomodar/ adaptar os seus comportamentos ao contexto/sistema, prisão, sem perder a sua individualidade (Gonçalves, 2008).

O ambiente prisional, espaço físico e social, tem sido reconhecido como promotor de circunstâncias adversas à saúde, isto é, um ambiente marcado pela restrição espacial, a intrusão no espaço individual, a tensão e os conflitos prévios, a distorção das escolhas afetivas e a necessidade de dar uma resposta diferente ao stress.

Em geral, a prisão está associada a uma probabilidade aumentada de adoecer, e em particular à disseminação das doenças transmissíveis. Neste, a privação da liberdade, induz à limitação do espaço físico e de organização social e mental que favorecem comportamentos de risco para as doenças transmissíveis de pessoa para pessoa (Amaro, Pereira e Teles., 2009).

Adicionalmente, a reclusão faz com que a capacidade para lidar com estes comportamentos esteja gravemente comprometida tanto no espaço prisional como, futuramente, na comunidade onde esta pessoa se insere em liberdade (World Health Organization Regional Office for Europe, 2001).

Segundo a World Health Organization Regional Office for Europe (2005) a sobrelotação dos estabelecimentos prisionais, o acesso limitado aos cuidados de saúde, o uso continuado de drogas ilícitas, as relações sexuais desprotegidas e a partilha de material de tatuagem ou perfuração têm sido os principais motivos que levam ao aumento do risco de transmissão da infeção pelo VIH em meio prisional.

Poderíamos pensar que a transmissão da infeção VIH em meio prisional é muito superior do que a existente na população em geral, no entanto as estatísticas conhecidas não demonstram esta ideia de forma tão linear, revelando que a infeção ocorre maioritariamente antes da reclusão (Macalino, et al., 2004).

Os comportamentos que determinam o acrescido risco de infeção são considerados ilegais, mas na maior parte das cadeias continuam a ocorrer: relações sexuais desprotegidas, violações, uso de drogas injetadas e tatuagens que sem programas de prevenção acarretam as consequências previsíveis (Betteridge, 2006).

A entrada na cadeia é um momento privilegiado para a deteção de infeções sexualmente transmissíveis (IST), para além de ser uma circunstância crucial para o envolvimento desta população em programas de promoção da saúde. Um programa orientado para assegurar a saúde em meio prisional tem de integrar ativamente os diferentes níveis de prevenção, com medidas ativas de identificação e antecipação dos problemas, recorrendo a métodos diversificados que permitam atuar sobre a multiplicidade de causas e através dos vários aspetos que cada problema implica.

Segundo o plano de ação nacional para o combate à propagação de doenças infecciosas em meio prisional do grupo de trabalho Justiça/Saúde (2006), a toxicodependência é um dos grandes desafios do sistema prisional. Na população portuguesa a prevalência de infeção pelo VIH nos dependentes de drogas, avaliados no ano de 2005, variou entre 10-20% (Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2011). Valores semelhantes deveriam ser encontrados nas prisões, de fato, de acordo com dados de Dezembro de 2005, identificaram-se 1152 casos de infeção VIH entre os 12728 reclusos existentes nos estabelecimentos prisionais para os quais estava a informação disponível, o que corresponde a uma prevalência de 9% (Grupo de trabalho Justiça/Saúde, 2006).

A atividade sexual é mantida pelos reclusos mesmo no interior dos estabelecimentos prisionais. Existem relacionamentos homossexuais que podem ser um prolongamento dos já existentes no exterior (em liberdade) ou os relacionamentos não reconhecidos como uma orientação sexual homossexual por serem uma consequência das condições de vida do meio prisional - relações sexuais homossexuais consentidas ou sob violência e desprotegidas (Comissão Nacional de luta contra a SIDA, 2007).

## **2. DEPRESSÃO, ANSIEDADE E QUALIDADE DE VIDA**

Segundo Gonçalves (2008) a ocorrência de distúrbios emocionais e os problemas adaptativos são uma realidade presente em quase todos os reclusos, no entanto “uma realidade mais marcada no início do cumprimento de pena” (p.162).

Estima-se que metade da população mundial já sofreu de algum tipo de transtorno mental ao longo da sua vida e uma quarta parte está a sofrer neste momento (Ricci-Cabello, et al., 2010).

Experiência com um profundo impacto psicológico é o diagnóstico da infecção pelo VIH, daí estas pessoas apresentarem qualidade de vida (QdV) afetada quer pela presença da doença como por serem portadoras da mesma, mas também pela presença sintomas mentais associados, especialmente a depressão e a ansiedade (Zimpel, 2003).

### **2.1. Depressão**

A depressão é uma “emoção negativa: sentimentos de tristeza e melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insónia” (Internacional Council of Nurses - ICN, 2011 p. 48). Já segundo a Classificação Internacional de Doenças - CID-10 (Organização Mundial da Saúde, 2008), num quadro depressivo o indivíduo apresenta baixo humor, redução da energia e atividade, perda de interesse e prazer, diminuição da concentração, associadas a fadiga mesmo após um pequeno esforço e observam-se também, em geral, problemas do sono e diminuição do apetite. Poderá também existir uma diminuição da auto-estima e auto-confiança, ideias de culpabilização e indignidade.

O humor depressivo diverge segundo as circunstâncias e pode ser acompanhado de sintomas somáticos (perda de interesse ou prazer, despertar precoce, lentidão psicomotora, agitação, perda de apetite, peso e da libido) que determinam a gravidade da depressão em leve, moderada ou grave (Townsend, 2011).

Os sintomas depressivos podem-se manifestar de várias formas, mas principalmente através de modificações de humor (tristeza, perda de prazer, crises de choro, etc.), alterações motoras (inibição dos movimentos ou agitação), somáticas, sociais - apatia, isolamento, incapacidade para a realização das atividades de vida diárias (AVDS), emocionais (desesperança, ideias de culpa e de suicídio, perda de *insight*) e cognitivas (Tavares e Almeida., 2010). A depressão pode ser mascarada pela dependência ou uso de drogas, obesidade e agitação psicomotora.

Esta deve ser compreendida como um contínuo no tempo, pois o aparecimento de alguns sintomas depressivos não significa, só por si, que se trata de uma disfunção ou doença. Os sintomas podem-se apresentar desde uma resposta adaptativa até à ideação suicida, isto é, os sintomas depressivos podem ser respostas adaptativas ao stress, tornando-se psicopatológicos quando se apresentam de forma desajustada ou desproporcional ao agente desencadeador (Soethe, 2006).

Parece provável que nenhum fator de forma isolada possa explicar a ocorrência deste desequilíbrio, mas sim o resultado de uma interação entre diferentes fatores que poderão desencadear a doença. O seu início e evolução estão ligados a um grande número de variáveis biológicas, históricas, ambientais e psicológicas (Araújo, Nakano e Gouveia, 2009).

A depressão, apesar de frequentemente subdiagnosticada, é um quadro clínico de elevada prevalência na população em geral, muitas vezes associada a uma deterioração grave dos funcionamentos físicos e social, e implicando o recurso constante aos cuidados de saúde. É de tal importância que a OMS tem considerado a depressão como a quinta causa de morbilidade entre todas as doenças do mundo, e prevê que poderá vir a ocupar o segundo lugar nesta lista no ano de 2020 (Organização Mundial de Saúde, 2001).

Segundo o estudo de Araújo, Nakano e Gouveia (2009), que visou avaliar a prevalência da depressão e da ansiedade nos reclusos, tanto os sintomas de depressão como os da ansiedade são transtornos comuns, mas não apresentam alta prevalência na população reclusa estudada, podendo dar a indicação que a sua ocorrência poderá estar relacionada com as percepções do indivíduo e não somente com o meio em que este se encontra.

Os fatores de risco para a depressão são os eventos vitais (alteração da vida do indivíduo que afeta o bem estar e leva a alterações significativas nos papéis que este desempenha no núcleo familiar), stress (crônico, relativo a algum acontecimento que se prolongue no tempo) e o suporte social (ausência ou contacto diminuído) que são facilmente encontrados em meio prisional.

## **2.2. Ansiedade**

A ansiedade é uma “emoção negativa: sentimentos de ameaça, perigo ou angústia (Internacional Council of Nurses - ICN, 2011 p. 39). É também considerada um estado emocional com componentes psicológicas e fisiológicas, caracterizada por sensações subjetivas de antecipação, medo ou apreensão (Araújo, Nakano e Gouveia, 2009). Uma emoção desagradável, por vezes comparada como uma sensação de morte ou colapso eminente. Porém, não existe necessariamente um risco real e, quando ele existe, a emoção é desproporcional e disforme tendo em conta os fatos.

É um estado psicológico e fisiológico caracterizado pela soma das componentes emocionais, cognitivas e comportamentais. A ansiedade é considerada uma reação normal ao stress, que pode ser fulcral para se ultrapassar uma situação difícil na vida (Jones, Daniels e Hunter, 2011).

Os sintomas físicos mais comuns durante uma crise de ansiedade são o aperto no peito e na garganta, dificuldade em respirar e fraqueza (Andrade e Gorenstein, 2001). A ansiedade é um sentimento de medo e apreensão, decorrente da antecipação de perigo de algo desconhecido ou estranho que gera tensão e desconforto.

O transtorno de ansiedade apresenta as componentes: fisiológica e psicológica que fazem parte das emoções humanas normais. Torna-se patológica quando esta é desproporcional à situação que a desencadeia ou não existe um motivo para a sua presença (Andrade e Gorenstein, 2001).

A ansiedade é imprescindível para a vida, pois esta permite que o indivíduo se prepare e reaja às situações de perigo, podendo dar resposta aos seus projetos e anseios, sendo considerado como emoção vital (Vaz-Serra, 2005)

Os fluxos dos pensamentos dos utentes com transtorno de ansiedade relacionam-se ao perigo. Estes supervalorizam o perigo e subestimam os recursos pessoais para lidar com as situações de stress/ perigo. O processamento cognitivo da ansiedade encontra-se na crença de vulnerabilidade do indivíduo, pois os próprios sintomas (de ansiedade) são recorrentes de uma avaliação de perigo eminente, que pode transformar-se numa nova ameaça percebida, que por sua vez são interpretadas como um possível sinal de lesão física ou psicológica (Blanco, et al., 2005).

### **2.3. Depressão e Ansiedade em meio prisional**

Estudar a depressão e a ansiedade em reclusos é importante, uma vez que segundo Português (2001), a prisão submete o indivíduo a uma estrutura composta por regras específicas, maioritariamente autoritárias, que controlam rigidamente a pessoa de forma ininterrupta. Neste sentido a privação da liberdade e do convívio social, a mudança de ambiente (natural) poderão favorecer a incidência da depressão e da ansiedade nesta população.

As privações impostas, por este meio, não tem as mesmas consequências em todos os indivíduos, pois as vivências de situações adversas desencadeia respostas/ reações diversas podendo ser adaptativas ou não adaptativas, que poderão estas últimas expor o indivíduo a mais riscos (Gonçalves, 2008).

Segundo Daniel e Souza (2006) o interesse sobre esta temática tem aumentado, mas o número de pesquisas realizadas em populações minoritárias, como é o caso dos reclusos, ainda são quase inexistentes.

Para além da perda de liberdade física, a prisão submete o recluso ao comando de uma estrutura rígida e uma rotina autocrática, com orientação de preservar a ordem, a disciplina, evitar fugas e motins. A estrutura e organização das cadeias limitam as possibilidades dos reclusos manifestarem o exercício da autonomia. O recluso, ao adaptar o seu comportamento/conduita às regras dos Estabelecimentos Prisionais (EP's), gradualmente adquire o acesso a determinados bens ou prerrogativas (Goffman, 2008).

Certas necessidades da vida em liberdade, que eram vulgares, adquirem na reclusão, a qualidade de privilégios (Goffman, 2008). Então quanto maior a adaptação ao meio prisional, maiores são as possibilidades de alcançar determinados privilégios.

As dependências, de álcool ou de substâncias ilícitas, encontram-se muitas vezes em co morbidade com outros transtornos, destacando-se a ansiedade e a depressão (Kjelsberg, et al., 2006).

Se excluirmos as toxicodependências e o alcoolismo, as psicoses crónicas, a depressão e as perturbações de personalidade, são as patologias mentais mais prevalentes na população prisional. Num meio fechado como são as prisões, associada à perda de contato social de referência, a sintomatologia psicopatológica apresenta aspetos particulares (Manzanera e Senon, 2004).

A situação de reclusão é ela própria geradora de descompensação mas se a ela se adicionar o consumo de drogas, maiores serão os desequilíbrios que poderão ocorrer. A relação entre o uso de droga e a criminalidade está entrelaçada na trajetória de vida dos indivíduos que constituem a população reclusa. A droga e o delito estão interligados em que um complementa o outro: ora o delito é cometido para a aquisição de drogas, ora a droga é consumida para a prática do delito, numa parceria para a transgressão, sugerindo que ambas funcionam para transgredir (Agra, 2008).

A toxicodependência é definida por Branco (2007, p. 71) como o “estado psíquico e físico que resulta do consumo de uma ou mais drogas e que se caracteriza por reações comportamentais e outras, que levam sempre à necessidade compulsiva do consumo”, de modo periódico, com a finalidade de conseguir os efeitos psíquicos de suprimir o mal-estar decorrente da ausência da substância.

Esta é cada vez mais entendida como um fenômeno multifatorial, que apresenta componentes genéticos, biológicos, comportamentais, psicológicos, familiares, socioculturais e políticos. Uma doença que atinge maioritariamente pessoas dotadas de menores recursos pessoais, familiares e sociais de proteção ou aquelas que no percurso de crescimento se confrontam com situações com as quais não souberam lidar de modo diferente daquele que conduziu à droga. É um problema complexo, segregador de estigmas sociais fortes, com múltiplas origens e que afetam profundamente a sociedade (Branco, 2007).

Os comportamentos desviantes<sup>1</sup> estão intrinsecamente relacionados com a estrutura social e cultural onde o indivíduo se enquadra e com as interações que aí se estabelecem.

## 2.4. Qualidade de vida

Existem várias definições acerca do conceito de QdV e uma das mais antigas referências, que parece assemelhar-se mais com uma definição desse conceito é de Aristóteles (cit. por Fayers e Machin, 2000 p. 5): “Quer a pessoa mais modesta ou mais refinada...entende 'vida boa' ou 'estar bem' como a mesma coisa que 'estar feliz'. Mas o que é entendido como felicidade é discutível... uns dizem uma coisa e outros outra e a mesma pessoa diz coisas diferentes em tempos diferentes: quando está doente pensa que a saúde é a felicidade, quando está pobre felicidade é a riqueza”.

---

<sup>1</sup> Segundo Gonçalves (2008), um comportamento desviante, é aquele que está fora dos padrões e normas aceites como corretos na sociedade e cultura em que o indivíduo se insere. Porém, nenhuma sociedade pode ser dividida em quem se desvia das normas e quem é cumpridor. A maior parte das pessoas a certa altura acaba por transgredir, nem que seja minimamente, as normas sociais.

O conceito de QdV é amplo e subjetivo e são vários os autores que a definem. Calman (1984 cit. por Pais-Ribeiro, 2005 p. 97) define QdV como a “diferença entre as expectativas pessoais e o que está a acontecer realmente na vida pessoal”. Em 1992 Ferrans e Powers (cit. por Pais-Ribeiro, 2005 pp. 97-98) referem que é o “sentimento pessoal de bem-estar que provém da satisfação ou insatisfação com os domínios da vida que são importantes para a pessoa”. A percepção subjetiva de satisfação ou felicidade com a vida em domínios que são importantes para cada um (Luidy, Revicki e Genesté, 1999). Cramer (1994, cit. por Pais-Ribeiro, 2005 p. 99), baseou-se no conceito de saúde da OMS e define QdV como um “estado de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou incapacidade”.

A OMS em 1994, definiu pela primeira vez este conceito como a “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994 p. 25). Esta considera que o significado de QdV vai muito além da sintomatologia e dos efeitos da doença no estado funcional do indivíduo, abrangendo a importância dos sistemas culturais, dos valores e preferências pessoais para a qualidade de vida.

É difícil a tarefa de clarificar o conceito de QdV por este ser complexo, lato, com diferenças de cultura para cultura, indivíduo para indivíduo e mutável no tempo. Está diretamente relacionada com a percepção que cada um tem de si e dos outros, de tudo o que o rodeia, e pode ser avaliada mediante critérios próprios como: educação, formação de base, atividade profissional, competências adquiridas, resiliência pessoal, otimismo, necessidades pessoais e a saúde (Leal, 2008).

Trata-se de um conceito amplo, influenciado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e suas relações com aspetos salientes do ambiente em que vive o indivíduo (Canavarro e Pereira, 2011).

Paralelamente à prevenção da doença e promoção da saúde, a QdV têm-se tornado também um objetivo prioritário nos serviços de saúde (Bowling, 2002; Minayo, Hartz e Buss, 2000).

Desta forma a QdV representa um indicador de saúde que nos permite compreender as reações do indivíduo à doença, a sua adaptação à terapêutica, favorecendo desta forma a monitorização da eficácia dos cuidados de saúde.

Qdv e a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde (QdVrS) estão interligadas, mas “a primeira é um conceito mais amplo e a segunda refere-se aos aspetos fundamentais diretamente relacionados com a doença e o seu tratamento” (Ribeiro, 2002 p. 77). A QdVrS é um conceito subjetivo, relacionado com o impacto do estado de saúde na capacidade do indivíduo viver plenamente. A QdV é um conceito mais geral e possui uma multiplicidade de condições que podem afetar a perceção do indivíduo, dos seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu dia-a-dia, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas (Correira, 2007).

#### *2.4.1. Qualidade de vida e VIH em meio prisional*

A pandemia da infeção pelo VIH, com a conseqüente progressão para SIDA, permanece nos dias de hoje, como uma doença incurável, fortemente estigmatizante e com grande impacto na qualidade de vida dos infetados.

A pessoa infetada pelo VIH enfrenta fortes implicações, sejam de índole física, quer psicológica ou sociais, que são devidas à condição de vida em que se encontram: viver com uma doença que permanece sem cura (Vieira, 2008).

A infeção pelo VIH é uma experiência com um profundo impacto, quer por ser uma doença crónica quer pela sua natureza fatal. São várias as condicionantes impostas pelo VIH que interferem na vida dos doentes, nomeadamente a nível psicológico, social e familiar. Estes apresentam o auto-conceito e a auto-estima afetados, modificando a forma como se veem a si próprios; manifestando e sentindo sentimentos de desesperança, desamparo e incerteza quanto ao futuro; e ainda estigmatização e/ ou exclusão social (Canavarro e Pereira, 2011). Outro aspeto com forte impacto na QdV destes doentes é o tratamento que se encontra disponível para a infeção, a qual apresenta repercussões essencialmente positivas, mas em que as negativas também geram forte impacto na QdV.

A terapêutica anti-retrovírica, nomeadamente a Highly Active Antiretroviral Therapy<sup>2</sup> (HAART), leva a que os doentes vejam o seu tempo de vida prolongado e, como consequência, as suas preocupações não se centram somente no tratamento que lhes prolonga a vida, mas também no que lhes dá vida com qualidade. Esta terapêutica introduziu importantes alterações na história natural da infeção, e assistiu-se a uma diminuição gradual da mortalidade, aumento da esperança média de vida, bem como da QdV destes doentes (Magalhães, Paixão e Pereira, 2010).

A QdV comprometida, nos indivíduos VIH<sup>+</sup>, pode ocorrer não só pelos sintomas de infeção, mas também pelos efeitos colaterais dos tratamentos. Segundo os estudos de Leplège et al., (1997) e Zimpel (2003), as pessoas preferem viver menos e terem maior QdV do que cumprir um tratamento específico que aumente o tempo de vida mas diminua a QdV.

Um indivíduo com VIH tem a sua QdV alterada, ao passar pelos três diferentes estádios da infeção (Tostes, 1998). Desde a incerteza que envolve o diagnóstico e prognóstico, à progressão da doença e a imprevisibilidade característica, como os seus tratamentos, resulta inevitavelmente em algum grau de perturbação emocional, sem esquecer as limitações físicas e funcionais que conduzem à alteração do funcionamento diário, interferindo com a capacidade para trabalhar e desempenhar os papéis familiares e sociais (Vaz-Serra, 2010). Em virtude do seu diagnóstico ameaçador, dos seus tratamentos prolongados e muitas vezes agressivos e da incerteza do prognóstico, a infeção pelo VIH, constitui-se como um risco para a QdV da pessoa.

Quando foi identificado o VIH e a SIDA ninguém poderia prever o significado que isto teria nos dias de hoje. Desde então, têm sido drásticas as melhorias na mortalidade e na sobrevivência dos doentes infetados pelo VIH. Hoje em dia, uma grande variedade de fatores, destacando-se a introdução da HAART, levou a que os doentes pudessem ter uma vida mais longa e produtiva.

---

<sup>2</sup> Tradução: Terapia antirretroviral altamente ativa.

No entanto, os benefícios desta terapêutica, são muitas vezes acompanhados por consequências negativas quer a curto ou a longo prazo, incluindo cansaço, a redistribuição da gordura corporal e as alterações metabólicas anormais. Estas situações são difíceis de conciliar, particularmente em indivíduos que apresentam poucos sintomas, e onde o tratamento poderá levar à deterioração da sua QdV, devido às reações adversas. Tendo em conta estas, e mesmo que permita o aumento da sobrevida e uma leve diminuição da QdV, alguns indivíduos podem preferir viver menos tempo, mas com uma melhor QdV (Gameiro, et al., 2010).

Isto é, os doentes infetados pelo VIH preocupam-se não só com a capacidade que o tratamento representa para aumentar o número de anos de vida, mas também com a QdV que este lhes permite obter (Coordenação Nacional para a infeção VIH/SIDA, 2009).

A avaliação da QdV é central na compreensão da forma como vive uma pessoa infetada pelo VIH. As particulares características do processo de infeção e a inevitável progressão para SIDA, os efeitos colaterais das terapêuticas utilizadas bem como a conveniência em iniciar precocemente a terapêutica anti-retrovírica (TARV) rigorosa nos portadores assintomáticos, a estigmatização e o medo de morrer da doença revelam a importância de avaliar a QdV nos indivíduos VIH<sup>+</sup> (Pereira e Canavarro, 2010).

Esta importância deve-se sobretudo à natureza da doença, caracterizada pela imprevisibilidade e pelas múltiplas recorrências, e pela necessidade de avaliar os efeitos dos tratamentos no bem-estar dos indivíduos infetados pelo VIH. A nível do cuidado individual, a otimização da QdV dos doentes infetados será essencial para aumentar a adesão ao regime terapêutico e, por conseguinte, prolongar o tempo de vida com qualidade (Pereira e Canavarro, 2010).

Prática central da prática clínica, a avaliação da QdV nos indivíduos com VIH, constitui um desafio, dadas as características específicas desta doença e a disponibilidade crescente de terapêuticas com o objetivo de dar vida com qualidade.

A SIDA é uma epidemia que assume contornos particulares dada a sua disseminação, alcance, intensidade e impacto que se difunde em todas as áreas da vida das pessoas, repercutindo-se no quanto e como se vive. Desta forma, entendemos ser consensual que para um doente infetado pelo VIH, não é só a duração da vida mas também a qualidade o centro de preocupação destes doentes (ACT, 2011).

A vida num estabelecimento prisional continua a ser um confronto diário, exigindo adaptações constantes e marcantes, essencialmente no âmbito dos relacionamentos familiares e sociais. A permanência num EP, por si só, desencadeia alterações extrínsecas e intrínsecas a nível pessoal, as quais, indubitavelmente exercem algum tipo de influência na QdV da pessoa (Mestre, 2000).

A morbilidade psíquica está diretamente relacionada com a infeção por VIH em diferentes aspetos. Por um lado, um doente com VIH apresenta maior frequência ou probabilidade de desenvolver um transtorno mental (incluindo o abuso de substâncias) que a restante população, sendo a depressão a patologia mais frequente (Castillo, 2009).

Os doentes seropositivos, em meio prisional, sofrem maior isolamento, existem barreiras emocionais e estruturais que os impedem de obter o suporte social que deseja. A depressão tem um forte impacto negativo na qualidade de vida relacionada com a saúde e na qualidade de vida em geral.

A infeção pelo VIH, o uso de drogas e a doença mental (como a depressão e ansiedade) são problemas de saúde que afetam especialmente os reclusos mas também, de forma importante, as suas redes de relações. O impacto psicológico do diagnóstico, a evolução da infeção, suas reações psicológicas, as complicações do foro psiquiátrico e repercussões sociais são importantes focos de pesquisa.



### 3. ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA EM MEIO PRISIONAL

A Organização Mundial de Saúde (2005, p. 25) define saúde mental como o “estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere”.

A saúde mental é um componente essencial da saúde e um direito fundamental do homem, o que reforça a ideia que é um dever do Enfermeiro, e em especial do especialista em saúde mental e psiquiatria, promover a saúde mental das pessoas. A prática de Enfermagem ainda se encontra muito centrada na doença e no doente hospitalizado, mas esta devia antes centrar-se na pessoa com os seus comportamentos específicos na sociedade em que esta se insere, os quais significam um grito, um alerta para a necessidade de ajuda/auxílio. A humanização do cuidar, o conhecimento do paciente e a identificação das suas necessidades não imprescindíveis para a Enfermagem (Silva, 2008).

Os Enfermeiros devem ter uma atitude correta como meta para a preservação da dignidade humana, respeito e valorização da vida e da qualidade de vida, independentemente do local onde se prestam os cuidados (Bettinelli, 2002).

A reclusão e o próprio meio prisional são, por si só, uma situação geradora de elevados níveis de stress e de mau-estar psicológico podendo até mesmo potenciar crises/ situações de doença mental. Isto deve-se à privação da liberdade, à retirada do direito à auto-determinação que qualquer ser humano em liberdade deve ter (Goffman, 2008). Desta forma, os reclusos, independentemente da circunstância que os levou à prisão, mantêm o direito de gozar dos mais elevados padrões de assistência em saúde, especialmente em Enfermagem, pois estes apenas se encontram privados da sua liberdade, preservando os restantes direitos humanos.

As ações de Enfermagem no sistema prisional diferenciam-se na sua aplicabilidade da realidade extramuros, mas os utentes devem ser protegidos e respeitados na sua dignidade humana (Pinto e Hirdes, 2006).

O Enfermeiro desempenha um papel importante no contributo para a promoção da saúde dentro do sistema prisional. O trabalho é árduo e representa uma missão e ao mesmo tempo um desafio profissional. Diante de tantas dificuldades e num ambiente de perigosidade, acredita-se que é possível implementar o cuidado de Enfermagem humanizado e melhorar a qualidade de vida das pessoas sob os nossos cuidados (Pinese, 2005). Isto é, deve-se deixar muitas vezes de lado a tirania da técnica em favor do estabelecimento de uma relação interpessoal, devendo para isso o Enfermeiro dominar a: observação, comunicação e o cuidado ao recluso bio-psico-social.

Aquando da entrada no EP, a todos os reclusos são realizados ensinamentos/ educação para a saúde de forma a se minimizarem potenciais riscos para a sua própria saúde ou até mesmo daqueles que os rodeiam, independentemente da presença ou ausência da doença. Em específico, aos reclusos VIH<sup>+</sup> fomenta-se a importância de respeitarem as prescrições medicamentosas, caso existam, e da necessidade de cumprirem rigorosamente todas as consultas de acompanhamento, quer no interior da cadeia quer no hospital civil. São também informados da possibilidade de se fornecer material de proteção, como o preservativo, porque as relações homossexuais são uma realidade, omitida, mas existente temporariamente/ transitoriamente.

Na nossa trajetória profissional, observa-se que para além dos problemas relacionados com os aspetos biológicos, existem também os de natureza psicológica como a depressão e a ansiedade que frequentemente assolam esta população. Faz, assim, todo o sentido que as intervenções de Enfermagem visem ajudar o ser humano a gerir todas as transições ao longo do seu ciclo vital de modo a minimizar os períodos de crise.

No contexto prisional pensamos que a Enfermagem pode contribuir para manter as pessoas sob condições de vida dignas tanto do ponto de vista físico, social e psicológico promovendo conforto e bem-estar; minimizando a discriminação e o preconceito, respeitando os princípios éticos e legais.

Deve o Enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, neste contexto, prisional, atender às reais necessidades da população, minimizando assim o sofrimento mental dos reclusos.



## 4.PROBLEMÁTICA DE INVESTIGAÇÃO

A problemática da investigação emerge da pesquisa realizada. O VIH, uma infeção, ainda sem possibilidade de cura é uma realidade existente e vivida no interior dos Estabelecimentos Prisionais.

Só por si, os reclusos encontram-se vulneráveis pela sua situação de reclusão, incerteza quanto aos tempos de condenação/privação de liberdade efetiva o que leva a que muitos deles desenvolvam patologias do foro mental ou então ficam mais vulneráveis à descompensação/agudização das patologias já existentes.

A depressão e a ansiedade não são incomuns nesta população, mas será que a presença delas altera de forma significativa a perceção da qualidade de vida do recluso VIH\*?

É difícil dar resposta de forma tão linear a estas questões. O VIH é uma realidade complexa e por vezes de difícil gestão no interior destas instituições, pela discriminação a que este indivíduo fica sujeito pelos pares assim como o medo vivido de piorar a sua condição clínica.

Sabe-se que com o passar do tempo, mesmo com a terapêutica, a doença avança e mais cedo ou mais tarde a própria condição de saúde da pessoa, portadora desta doença, é de tal forma afetada que existem repercussões na qualidade de vida. Apesar de a terapêutica retardar esta situação, muitos dos indivíduos com esta doença rejeitam a medicação pelos efeitos secundários provocados, preferindo viver menos tempo mas com mais qualidade.

Normalmente, a entrada num estabelecimento prisional é uma fonte geradora de descompensações que poderá levar a que o recluso viva sob elevados níveis de ansiedade ou até venham a desenvolver depressão.

No sentido de contribuir para a melhoria na prestação de cuidados de Enfermagem em meio prisional interessa-nos saber se a depressão e a ansiedade afetam a qualidade de vida dos reclusos portadores desta patologia e em que medida se relacionam com as restantes variáveis como as psicossociais, jurídico-penais ou as de apoio social.

Neste capítulo apresentamos a pergunta de partida, os objetivos específicos e as questões de investigação, cumprindo-se os pressupostos de uma pesquisa, que principia com a definição do problema e com a constituição precoce de um corpo de perguntas (Almeida e Freire, 2000; Quivy e Campenhoudt, 1998).

### **4.1.A pergunta de partida**

A pergunta de partida é um elemento fundamental para o início da investigação. Segundo Fortin, Côté e Fillion (2009 p. 49) esta “determina a orientação da investigação a empreender segundo se trata de escrever, explicar ou prever fenómenos”.

Atendendo a esta definição, surge então a pergunta de partida clara, exequível e pertinente, que exprime a inquietação do investigador: Que depressão, ansiedade têm as pessoas portadoras de VIH<sup>+</sup> em meio prisional e como se relacionam com a QdV e variáveis psicossociais?

### **4.2.Objetivos de investigação**

Os objetivos representam aquilo que o investigador se propõem a fazer para responder à questão de investigação (Pais-Ribeiro, 2010).

Segundo Fortin, Côté e Fillion (2009) o enunciado dos objetivos do estudo deve indicar claramente o fim pretendido com a investigação. Assim, definimos como objetivos específicos:

- Descrever a depressão e a ansiedade em pessoas portadoras de HIV<sup>+</sup> em meio prisional;
- Analisar a relação entre a depressão e ansiedade e variáveis psicossociais, clínicas, jurídico-penais em pessoas portadoras de HIV<sup>+</sup> em meio prisional;
- Analisar a relação entre a depressão e ansiedade e qualidade de vida em pessoas portadoras de HIV<sup>+</sup> em meio prisional.

### **4.3. Questões de investigação**

As questões de investigação derivam dos objetivos, e representam aquilo que o investigador se propõem a dar resposta no final da pesquisa (Fortin, Côté e Fillion, 2009) (Pais-Ribeiro, 2005).

Neste contexto, e no que se trata às questões de investigação para a realização deste estudo, enunciam-se:

- Qual o nível de depressão e ansiedade apresentam as pessoas portadoras de VIH<sup>+</sup> em meio prisional?
- Qual a relação entre a depressão e ansiedade e as variáveis psicossociais, clínicas e jurídico-penais das pessoas portadoras de VIH<sup>+</sup> em meio prisional?
- Qual a relação entre a depressão e a ansiedade e a qualidade de vida das pessoas portadoras de VIH<sup>+</sup> em meio prisional?



## 5. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A metodologia de investigação faz referência às fases e aos procedimentos que esta segue, de modo a responder às questões de investigação.

A investigação permite a resolução de problemas e encontrar respostas através de uma forma sistematizada, exata e científica, seguindo uma série de passos estabelecidos de forma a atingir os objetivos delineados de maneira exata, e segundo Fortin (2000, p. 53) “permite resolver problemas ligados ao conhecimento de fenómenos do mundo real no qual nós vivemos. O processo consiste (...) em encontrar respostas para questões que se deseja aprofundar”.

Neste capítulo, determina-se o caminho a percorrer para realizar o presente estudo. Apresenta-se o tipo de estudo, as variáveis, a população e a amostra. É também efetuada referência ao material utilizado, ao procedimento de recolha de dados, considerações éticas e a análise de dados, usadas para a concretização deste estudo de investigação.

### 5.1. Tipo de estudo

No que se refere ao tipo de estudo de investigação este é exploratório, descritivo, transversal e quantitativo. A depressão, ansiedade e qualidade de vida em pessoas com VIH<sup>+</sup> é uma problemática que não tem sido estudada em meio prisional, pelo que se considera o estudo exploratório.

É um estudo descritivo por constituir uma recolha de dados sistemática numa amostra selecionada para a descrição da mesma (Oliveira, 2009), que tem por objetivo estabelecer a relação entre variáveis secundárias e principais em estudo (Pais-Ribeiro, 2010).

Quanto ao tempo, o estudo é transversal, por fazer a avaliação apenas num dado momento.

Mediante os objetivos delineados a metodologia de pesquisa implementada foi a do paradigma quantitativo caracterizada por “expressar através de números” os resultados que se referem às variáveis com significado para a investigação a ser realizada (Pais-Ribeiro, 2010 p. 79).

## 5.2. População e amostra

A população alvo deste estudo são os reclusos portadores de VIH<sup>+</sup> que se encontrem, na data de realização do estudo, num Estabelecimento Prisional da zona norte do país.

O estudo foi dirigido a todos os reclusos VIH<sup>+</sup>, sendo a amostra *tout-venant* (Almeida e Freire, 2000) constituída por 60 reclusos que aceitaram participar no estudo.

O critério de inclusão é aceitar participar no estudo e saber ler, escrever e compreender o Português. Na amostra deste estudo não participaram 3 reclusos por estes se encontrarem temporariamente noutros estabelecimentos prisionais. Assim, a amostra foi coincidente com a população de reclusos com VIH<sup>+</sup>, à data da recolha de dados (de 25 a 30 de Junho de 2013).

### 5.2.1. Caracterização da amostra

No presente subcapítulo procede-se à caracterização da amostra do estudo. Apresentam-se os dados relativos às variáveis psicossociais.

Os dados referentes à idade, escolaridade e estado civil apresentam-se na tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização da amostra segundo idade, escolaridade e estado civil

	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>Min.</u>	<u>Máx.</u>
Idade (N=60)	40,20	7,85	28	62
Escolaridade (N=59)	6,98	2,72	2	14
				<b>N (%)</b>
<b>Estado Civil (N=60)</b>				
Solteiro				33 (55,0)
Casado/junto				12 (20,0)
Divorciado/Separado				14 (23,3)
Viúvo				1 (1,7)

Os 60 reclusos que participaram no estudo apresentavam idades compreendidas entre os 28 e os 62 anos, com uma média de 40,20 anos ( $DP=7,85$ ). 50% da população tem 38 ou menos anos de idade (tabela A do anexo I).

Quanto à escolaridade, de acordo com a tabela 1, o valor mínimo é de 2 e o máximo é de 14 anos, com uma média de 6,98 anos de escolaridade ( $DP=2,72$ ). Um dos participantes não respondeu. Mais de metade da população tem 6 ou menos anos de escolaridade (tabela B do anexo I).

Relativamente ao estado civil 33 (55%) dos reclusos são solteiros, 14 (23,3%) são divorciados/separados, 12 (20%) são casados/juntos e 1 (1,7%) é viúvo.

Na tabela 2 apresentam-se dados relativamente ao fato de terem ou não filhos. Se os têm, se são maiores de idade ( $\geq 18$  anos) ou menores de idade (classificação quanto à definição legal de maioridade vigente em Portugal) (tabela 3).

Tabela 2 - Caracterização da amostra quanto ao fato de ter ou não filhos

	<b>N (%)</b>
<b>Filhos (N=60)</b>	
Sim	37 (61,7)
Não	23 (38,3)

Tabela 3 - Caracterização da amostra quanto às idades dos filhos

	<b>N</b>	<b>Min.</b>	<b>Máx.</b>
<b>Filhos menores</b>	26	1	4
<b>Filhos maiores</b>	19	1	6

Na resposta à questão *tem filhos?*, 37 (61,7%) reclusos responderam que sim, dos quais 26 filhos eram menores de idade e 19 eram maiores. Quanto à frequência de respostas, no número de filhos, 18 reclusos (30,0%) têm 1 filho, 11 (18,3%) têm 2 filhos, 6 (10,0%) reclusos têm 3 filhos, 2 (3,3%) reclusos têm 5 filhos e 1 (1,7%) recluso tem 7 filhos, tal como se pode constatar na tabela C do anexo I.

Dos filhos menores o número varia entre 1 e 4 filhos e os maiores entre 1 e 6 filhos. Quanto às maiores frequências de resposta para os filhos menores 16 (26,7%) reclusos têm 1 filho menor e 1 (1,7%) recluso referiu ter 4 filhos menores (tabela D do anexo I). No que concerne aos filhos maiores de idade, a maior frequência de resposta, 12 (20 %) reclusos referem ter 1 filho e com menor frequência de resposta 1 recluso com 6 filhos (tabela E do anexo I).

Apresentam-se, tabela 4, dados relativos à profissão antes da detenção.

**Tabela 4 - Caracterização da amostra: atividade ocupacional/profissional<sup>3</sup> antes da detenção**

<b>Atividade profissional (N=60)</b>	<b>N (%)</b>
4-Pessoal administrativo e similares	1 (1,7%)
5-Pessoal dos serviços e vendedores	1 (1,7%)
6-Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	2 (3,3%)
7-Operários, artífices e trabalhadores similares	28 (46,7%)
8-Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	4 (6,7%)
9-Trabalhadores não qualificados	8 (13,3%)
10 - Sem Ocupação <sup>4</sup> (não discriminada na classificação)	16 (26,7%)

No que se refere à profissão/atividade ocupacional antes da detenção, foi efetuada uma reconversão das respostas obtidas de acordo com a Classificação Nacional de Profissões, do Instituto do Emprego e Formação Profissional (2001) e que estão discriminadas na tabela 4. Por sua vez, no anexo I, na tabela F, apresentam-se as profissões mencionadas pelos reclusos aquando do preenchimento do questionário.

<sup>3</sup> Segundo a Classificação Nacional de Profissões, edição do Instituto Nacional do Emprego e Formação Profissional (2001).

<sup>4</sup> Houve a necessidade de se acrescentar esta opção de resposta para se enquadrar as respostas: “sem ocupação/atividade profissional”, pois não está discriminada na Classificação Nacional de Profissões.

Observa-se na tabela 4 que as respostas variam entre o grupo 4 (Pessoal administrativo e similares) e 9 (Trabalhadores não qualificados) da classificação adotada. A resposta 10 (Sem ocupação) foi a forma encontrada para se enquadrarem as respostas: sem ocupação ou atividade laboral. Do total, 28 (46,7%) dos reclusos, antes de serem detidos, exerceram profissões enquadradas no grupo 7 (Operários, artífices e trabalhadores similares) da Classificação Nacional de Profissões, como por exemplo: trolhas, carpinteiro e canalizadores.

Existem 16 (26,7%) dos reclusos sem ocupação, seguindo-se 8 (13,3%) que se enquadram nos trabalhadores não qualificados (grupo 9), 2 (3,3%) no grupo 6 - agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas e nos grupos do pessoal administrativo e similares (4) e do pessoal dos serviços e vendedores (5) apenas se enquadra 1 (1,7%) recluso em cada.

Na tabela 5 apresenta-se as respostas obtidas quanto à ocupação no EP.

Tabela 5 - Caracterização da amostra quanto à ocupação no EP

Ocupação no EP (N=60)	N (%)
Sim	23 (38,3%)
Não	37 (61,7%)

Apenas 23 (38,3%) dos reclusos inquiridos referem ter uma ocupação no interior do estabelecimento prisional. Destes, que responderam de forma afirmativa à questão, 8 encontram-se a frequentar a escola, 5 pertencem à faxina geral, 3 à faxina do controle, 2 às obras e um na montagem das molas, agricultura, música, padaria e limpeza do recreio (tal como presente nas tabelas G e H do anexo I).

As respostas à questão: *Consome algum tipo de substância licita/ilícita?* encontra-se na tabela 6, assim como as substância consumidas.

Tabela 6 - Caracterização da amostra quanto ao consumo de substâncias lícitas/ ilícitas

Consome alguma substância lícita/ilícita? (N=60)	N (%)
Sim	46 (76,6%)
Não	14 (23,3%)
Substância(s) consumida(s) (N=46)	N (%)
Álcool	1 (2,2%)
Canabis	2 (4,3%)
Haxixe	12 (26,1%)
Heroína	1 (2,2%)
Tabaco	18 (39,1%)
Tabaco e Haxixe	5 (10,9%)
Canabis, Heroína, Haxixe, Tabaco e Cocaína	1 (2,2%)
Canabis, Haxixe, Tabaco e Cocaína	2 (4,3%)
Heroína e Tabaco	2 (4,3%)
Heroína e Cocaína	1 (2,2%)
Álcool e Tabaco	1 (2,2%)

Do total da amostra em estudo 46 (76,6%) dos reclusos consome alguma substância lícita ou ilícita. Das substâncias mais consumidas destaca-se o tabaco 18 (39,1%) dos reclusos e o haxixe 12 (26,1%) dos reclusos e das menos consumidas com a mesma frequência de resposta 1 (2,2%) - Álcool; Heroína; Canabis, Heroína, Haxixe, Tabaco e Cocaína; Heroína e Cocaína; Álcool e Tabaco.

Aos 14 anos, mais de metade dos reclusos estudados, tinham iniciado os consumos. Sendo os 5 anos a mais baixa idade de início de consumos e os 31 anos a mais elevada, tal como se pode verificar na tabela I do anexo I.

Na tabela que se segue (Tabela 7), apresenta-se os programas terapêuticos que integram os reclusos inquiridos.

Tabela 7 - Caracterização da amostra quanto aos programas terapêuticos

Programa terapêutico no EP	N (%)
Metadona	19 (31,7%)
Unidade Livre de Drogas (ULD)	2 (3,3%)
Camarata OA	2 (3,3%)
Não está inscrito	36 (60%)
<b>Total</b>	<b>59 (98,3%)*</b>

Nota: \*um dos participantes não respondeu a esta questão.

Relativamente ao N da amostra, quanto à inscrição nos programas terapêuticos existentes no EP, obteve-se uma respostas não válida, pois um dos questionários apresentava esta questão sem resposta.

No entanto, a maioria dos reclusos (36 (60%)) não se encontra inscrito em qualquer programa terapêutico e destes só 8 (13,3%) gostaria de poder estar inscrito em algum programa, tal como se pode verificar na tabela J e K do anexo I, sendo o programa mais pretendido o da metadona (5 reclusos) e os menos desejados a Unidade Livre de Drogas (ULD) e a camarata OA. A metadona é o programa terapêutico onde existem 19 reclusos (31,7%) da amostra inscritos, seguindo-se a ULD e a camarata AO com os mesmos valores: 2 (3,3%) dos reclusos.

A caracterização da amostra relativamente à situação penal como - número de entradas anteriores em EP's, situação penal (preventivo e condenado), tipo de crime principal e relação deste com as drogas, apresentam-se nas tabelas seguintes (Tabela 8 e 9).

**Tabela 8** - Caracterização da amostra quanto ao número de entradas anteriores no EP.

<b>Número de entradas anteriores (N=60)</b>	<b>N (%)</b>
1	21 (35,0%)
2	17 (28,3%)
3	8 (13,3%)
4	7 (11,7%)
5	6 (10,0%)
6	1 (1,7%)

Uma entrada anterior é o mais frequente entre os reclusos (21 (35,0%)), seguindo-se as duas vezes com 17 (28,3%) dos reclusos que responderam ao questionário. O número máximo de entradas e também o menos referido, 1 (1,7%) foram 6 vezes.

**Tabela 9** - Caracterização da amostra quanto à situação prisional, tempo de condenação e tipo de crime principal

Situação Prisional (N=60)				N (%)
Preventivo				6 (10,0%)
Condenado				54 (90,0%)
	<u>M</u>	<u>DP</u>	Min.	Máx.
<b>Tempo de condenação</b>	61,85	40,81	4	218
Tipo de crime principal (N=60)				N (%)
Abuso sexual				1 (1,7%)
Assalto				4 (6,7%)
Condução ilegal				10 (16,7%)
Furto				14 (23,3%)
Roubo				9 (15,0%)
Sequestro				1 (1,7%)
Tentativa de homicídio				1 (1,7%)
Tráfico de droga				18 (30,0%)
Tráfico e Roubo				1 (1,7%)
Violação				1 (1,7%)

Preventivos são 6 reclusos (10,0%) e maioritariamente condenados (54 (90,0%)) os reclusos questionados. Em média estão condenados a 5,15 anos ( $\underline{M}$ = 61,85 meses,  $\underline{DP}$ = 40,81), sendo que o mínimo de condenação encontrada é de 4 meses e o máximo de 218 meses, isto é 18,1 anos. Quanto à frequência de respostas tendo em conta o número de meses de condenação, estas podem ser observadas no anexo I na tabela L.

Os reclusos, quanto ao crime principal, encontram-se maioritariamente no estabelecimento prisional por tráfico de drogas (18 (30,0%)), seguindo-se o furto<sup>5</sup> (14 (23,3%)). Ainda com um valor elevado podemos encontrar a condução ilegal com 10 (16,7%) reclusos e o roubo<sup>6</sup> com 9 (15,0%). Com valores menores de frequência de resposta (1 (1,7%)) temos: Abuso sexual, Sequestro, Tentativa de homicídio, Tráfico e Roubo (na forma conjugada) e a Violação.

Quando questionados se o crime pelo qual estão condenados está relacionado com drogas 29 (48,3%) referem que sim e respondem negativamente 31 (51,7%) reclusos da amostra (Tabela M do Anexo I) (há que ter em conta que muitos reclusos estão a cumprir pena por vários tipos de crime, podendo o crime principal, ser ou não relacionado com as drogas).

<sup>5</sup> Furto - Apropriação ilegítima de um bem de outra pessoa, com ou sem circunstâncias agravantes.

<sup>6</sup> Roubo - Apropriação ilegítima de um bem que implica violência ou ameaça à integridade física da vítima.

Seguem-se as tabelas 10, 11 e 12 onde apresentamos uma caracterização da amostra quanto ao apoio social - visitas, correspondência e chamadas telefônicas, respectivamente.

**Tabela 10 - Caracterização da amostra quanto às visitas**

<b>Recebe visitas (N=60)</b>	<b>N (%)</b>
Sim	52 (86,7%)
Não	8 (13,3%)
<b>Se sim, visitas mais frequentes de: (N=52)</b>	<b>N (%)</b>
Família	48 (80,0%)
Amigos	4 (6,7%)

Quanto às visitas 52 (86,7%) dos 60 reclusos questionados referem receber visitas, com mais frequência da família (48 (80,0%) e dos amigos 4 (6,7%).

São 17 (28,3%) os reclusos que recebem em média, oito visitas mensais, depois seguem-se os recebem 4 visitas por mês (11 (18,3%)) e sucedem-se os que recebem apenas 1 visita mensal (10 (16,7%)). Com frequência de 2, 5 e 6, e 3 visitas mensais temos respectivamente 7 (11,7%), 3 (5,0%) e 1 (1,7%) reclusos (Tabela N do Anexo I).

**Tabela 11 - Caracterização da amostra quanto à correspondência**

<b>Recebe correspondência (N=60)</b>	<b>N (%)</b>
Sim	31 (51,7%)
Não	29 (48,3%)
<b>Se sim, correspondência mais frequente de: (N=31)</b>	<b>N (%)</b>
Família	25 (41,7%)
Amigos	4 (6,7%)
Outros	2 (3,3%)

Quanto à correspondência 31 (51,7%) dos 60 reclusos questionados referem receber visitas, com mais frequência da família (25 (41,7%), dos amigos 4 (6,7%) e outros 2 (3,3%).

São 9 (15,0%) os reclusos que recebem, 1 a 2 cartas, depois seguem-se os recebem 4 cartas por mês (6 (10,0%)) e sucedem-se os que recebem 5, 8, 3 e 21 cartas mensais respectivamente 3 (5,0%), 2 (3,3%) e 1 (1,7%) dos reclusos, tal como se pode ver na tabela O do anexo I.

Tabela 12 - Caracterização da amostra quanto à realização de chamadas telefônicas

Efetua chamadas telefônicas (N=60)	N (%)
Sim	53 (88,3%)
Não	7 (11,7%)
Se sim, com mais frequência para: (N=53)	N (%)
Família	51 (85,0%)
Amigos	2 (3,3%)

Quanto às chamadas telefônicas realizadas 53 (88,3%) dos 60 reclusos questionados referem realizar chamadas diariamente, com mais frequência para a família 51 (85,0%) e amigos 2 (3,3%).

São 21 (35,0%) os reclusos que realizam uma chamada diariamente, depois seguem-se os fazem 2 e 3 chamadas respetivamente com os valores de 14 (23,3%) e 10 (16,7%) reclusos. Os que efetuam 3 telefonemas por dia são 3 reclusos (5,0%). Os que realizam, 5, 6, 8, 10 e 11 chamadas por dia é 1 recluso, em cada uma (1,7%) (Tabela P do Anexo I).

Às questões *a quem recorre com mais frequência no EP e o grau de satisfação quanto à ajuda prestada* obtivemos os resultados apresentados nas tabelas Q, R, S, T, U, V, W, Y e X no anexo I que se descrevem abaixo.

Relativamente aos Enfermeiros, dos 26 reclusos que selecionaram estes profissionais como as pessoas a quem recorrem com maior frequência no EP, 13 (50,0%) referem estar satisfeitos com a ajuda prestada, 8 (30,8%) muito satisfeitos, 2 (7,7%) insatisfeitos, 2 (7,7%) muito insatisfeitos e 1 (3,8%) nem satisfeito/ nem insatisfeito (Tabela Q do Anexo I).

Os Psicólogos foram selecionados por 10 reclusos como os profissionais a quem recorrer com maior frequência, manifestando-se 4 (40,0%) satisfeitos, 3 (30,0%) nem satisfeito/nem insatisfeito, 1 (10,0%) muito satisfeito, 1 (10,0%) insatisfeito e 1 (10,0%) muito insatisfeito quanto ao grau de satisfação da ajuda prestada (Tabela R do Anexo I).

Num total 5 reclusos, dizem ser a chefia dos guardas a quem recorrem com maior frequência, manifestando quanto ao grau de satisfação: 3 (60,0%) satisfeito, 1 (20,0%) nem satisfeito/ nem insatisfeito e 1 (20,0%) muito insatisfeito (Tabela S do Anexo I).

Quanto aos médicos 3 reclusos referem recorrer a estes com maior frequência, com grau de satisfação de: 2 (66,7%) satisfeito e 1 (33,3%) muito satisfeito (Tabela T do Anexo I).

Um recluso refere recorrer ao diretor com maior frequência e quanto ao grau de satisfação da ajuda refere estar satisfeito. Com frequência intermédia recorre apenas um recluso que se manifesta nem satisfeito/ nem insatisfeito quanto à satisfação da ajuda prestada. Três dizem recorrer com menor frequência ao diretor, mas dizem-se satisfeitos quanto à ajuda prestada (Tabela U do Anexo I).

O parceiro de cela é selecionado por 8 reclusos que dizem recorrer com maior frequência. Quanto ao grau de satisfação da ajuda, referem: 4 (50,0%) satisfeito, 2 (25,0%) muito satisfeito, 1 (12,5%) insatisfeito e 1 (12,5%) nem satisfeito/ nem insatisfeito (Tabela V do Anexo I).

Cinco reclusos recorrem aos guardas com maior frequência manifestando-se: 2 (40,0%) satisfeito, 1 (20,0%) nem satisfeito/ nem insatisfeito e 1 (20,0%) insatisfeito (Tabela W do Anexo I).

Relativamente às técnicas de reinserção social, 10 reclusos referem recorrer a estas, com frequência intermédia, avaliando a ajuda como: 6 (60,0%) satisfeito, 2 (20,0%) insatisfeito, 1 (10,0%) muito satisfeito e 1 (10,0%) muito insatisfeito. Quando selecionam, estas com menor frequência de recurso, avaliam a ajuda: 6 (42,9%) satisfeito, 4 (28,6%) muito satisfeito, 2 (14,3%) muito insatisfeito, 1 (7,1%) nem satisfeito/ nem insatisfeito e 1 (7,1%) insatisfeito (Tabela Y do Anexo I).

Quatro reclusos selecionaram *outros* como as pessoas a quem recorrem com maior e menor frequência, nomeando a família e amigos. Quanto ao grau de satisfação, quando recorrem com maior frequência: 1 satisfeito e 1 nem satisfeito/ nem insatisfeito. Quando recorrem com menor frequência o grau de satisfação: 1 muito insatisfeito e 1 insatisfeito (Tabela X do Anexo I).

A tabela 13, apresentada abaixo, representa a caracterização da amostra quanto à questão: *Como considera a sua saúde?*

**Tabela 13 - Caracterização da amostra quanto à saúde em geral**

<b>Saúde (N=60)</b>	<b>N (%)</b>
Muito má	5 (8,3%)
Má	15 (25,0%)
Nem boa/ nem má	24 (40,0%)
Boa	12 (20,0%)
Muito boa	4 (6,7%)

Relativamente à saúde é de realçar que 24 (40,0%) dos participantes classificam a sua saúde como Nem boa/ nem má, 15 (25,0%) que é má, 12 (20,0%) como boa, 5 (8,3%) muito má e por fim temos 4 (6,7%) que a classificam como muito boa.

Quanto ao ano em que realizaram o primeiro teste positivo para o VIH, 30 (50,0%) reclusos realizaram o primeiro teste positivo entre os anos 2000 e 2009, 22 (36,7%) entre o ano de 1991 e 1999 e 8 (13,4%) dos reclusos inquiridos obtiveram o primeiro teste positivo para o VIH entre os anos 2010 e 2013, (Tabela Z do Anexo I).

Abordando o ano em que pensam ter sido infetados, 35 dos reclusos inquiridos (58,3%) pensam ter sido infetados no período entre 1986 e 2000. Do ano 2001 ao ano 2013 pensam ter sido infetados 25 (41,7%) reclusos (Tabela AB do anexo I).

Na tabela 14 apresentam-se as vias de contaminação que os reclusos referiram.

**Tabela 14 - Caracterização da amostra quanto à via de infeção**

<b>Via de infeção (N=60)</b>	<b>N (%)</b>
Relação sexual	40 (66,7%)
Drogas injetáveis	18 (30,0%)
Contato com sangue	1 (1,7%)
Outra	1 (1,7%)

Em relação à via de transmissão, 40 (66,7%) dos participantes referem a via sexual como o meio de transmissão do VIH, 18 (30,0%) através de drogas injetáveis, 1 (1,7%) através do contato com sangue e 1 (1,7%) por outra via, especificando pelas tatuagens.

### 5.3. Variáveis

As variáveis são “qualidades, propriedades ou características das pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar com o tempo” (Fortin, Côté e Filion 2009 p. 171).

A inclusão destas variáveis permite-nos por um lado a caracterização da amostra e por outro uma análise da relação entre elas. Assim, definimos:

- Variáveis principais: Depressão e Ansiedade;
- Variáveis secundárias: Qualidade de vida, características psicossociais (idade, estado civil, nº de filhos, escolaridade, situação profissional), situação clínica (consumo de substâncias, tempo de diagnóstico do VIH<sup>+</sup>; forma de infeção) e jurídico-penal (situação penal, apoio social).

Apresentamos agora a operacionalização de algumas variáveis em estudo para o tratamento dos dados/ informação obtida para se poder usar a estatística paramétrica.

#### **Sociodemográficas:**

- Estado civil - nesta variável serão agrupados os viúvos e divorciados/ separados. Indivíduos que tendo tido relações joviais, se encontram atualmente sós.

#### **Situação Profissional:**

- Profissão/atividade ocupacional antes da detenção - será agrupado segundo a Classificação Nacional de Profissões, edição do Instituto do Emprego e Formação Profissional (2001), acrescentando uma categoria para os que não tinham ocupação.

#### **Consumo de substâncias:**

- Integra algum programa terapêutico no EP - as opções de resposta, para além de: não estou inscrito em qualquer programa, contempla todos os programas terapêuticos existentes e em funcionamento no EP (metadona, Unidade Livre de Drogas, Camarata OA; Camarata OBS e Grupo de abstinentes).

No programa de metadona, inserem-se os reclusos que se encontram inscritos neste e realizam toma de metadona diária, ou por alguma situação clínica concreta bidária.

Na ULD estão os reclusos abstinentes do consumo de drogas sem recurso a substituição, esta é uma comunidade terapêutica que funciona com coterapeutas.

A camarata OBS é o local onde são inseridos todos os entrados (reclusos que acabaram de dar entrada no EP) que por algum motivo clínico, apresentem alguma fragilidade e não possam ser inseridos na comunidade prisional, em geral.

A camarata OA, é o local onde se encontram os reclusos avaliados com ideação suicida. O grupo de abstinentes, é constituído por reclusos dos pavilhões, isto é, não têm nenhum local de alojamento específico, e têm reuniões marcadas, sessões de terapia para se manterem abstinentes dos consumos.

#### **Situação penal:**

- Situação prisional - quando condenados, o tempo de condenação considerado para a análise de dados será sempre em meses. Preventivos, são os reclusos que ainda não apresentam a sua condição jurídico-penal definida legalmente em condenação.

- Tipo de crime - será pedido o principal, pois os inquiridos podem estar a cumprir pena por dois ou até mesmo vários crimes de diferentes tipologias.

#### **Apoio social:**

- Chamadas telefónicas - apenas é questionado se estes realizam chamadas telefónicas, pois no interior do EP, não são permitidos meios de comunicação individuais que permitam receber chamadas telefónicas. Estes têm apenas a possibilidade de realizarem chamadas para os contactos previamente codificados em cartão próprio para o efeito.

### **Perceção de saúde:**

- Considera a sua saúde? - é aqui avaliada a saúde em geral do recluso. As respostas podem ser dadas numa escala tipo lickert, de cinco pontos, desde: muito má, má, nem boa nem má, boa e muito boa.

### **Clínicas:**

- Ano de realização do primeiro teste positivo para o VIH - o participante escreve o ano em que realizou o primeiro teste positivo. Na análise de dados agrupou-se as respostas entre 1991-1999, 2000-2009 e 2010 e 2013.

- Ano em que pensa ter sido infetado - o recluso preenche, escrevendo o ano em pensam ter sido infetado. Para a análise dos dados agruparam-se as datas mencionadas (respostas) em entre 1986-2000 e 2001-2013.

- Forma como acredita ter sido infetado - relação sexual, drogas injetáveis, contato com sangue e outro.

## **5.4. Material**

Neste capítulo procedemos à descrição do material utilizado para a concretização do estudo, correspondendo à constituição do instrumento de colheita de dados.

Para se realizar a colheita de dados, optámos pelo recurso a técnicas padronizadas através da aplicação de um questionário (Anexo II) constituído por três partes. A primeira parte do questionário contém questões para caracterização da amostra, com dados psicossociais (idade, estado civil, numero de filhos, escolaridade e situação profissional), clínico (consumo de substâncias, tempo de diagnóstico do VIH<sup>+</sup>, forma de contágio), jurídico-penais (situação penal) e de apoio social (visitas e correspondência recebidos e telefonemas realizados).

A segunda parte contém a escala que permite avaliar a depressão e a ansiedade - Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), adaptada para a população portuguesa (Pais-Ribeiro, et al., 2006).

A terceira e última parte do questionário é composta pela escala que possibilita a avaliação da qualidade de vida nos indivíduos com VIH, o WHOQOL - VIH Bref, versão portuguesa de Canavarro e Pereira, (2011).

A seguir apresenta-se uma descrição mais pormenorizada de cada uma das escalas utilizadas neste estudo.

#### *5.4.1. HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale*

A escala HADS foi desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983), com o objetivo de avaliar os níveis de ansiedade e depressão em doentes com doença física e em ambulatório. A escala permite avaliar a ansiedade e a depressão de uma forma breve e, dada a facilidade na sua aplicabilidade, tem-se tornado num instrumento utilizado numa grande variedade de populações clínicas em que a ansiedade e a depressão possam coexistir com as manifestações de doença.

A HADS é composta por duas subescalas: a da ansiedade e da depressão, compostas, cada uma, por sete itens que permitem avaliar a morbilidade psiquiátrica na semana precedente.

Segundo os autores da escala Zigmond e Snaith (1983), os itens referentes à ansiedade permitem avaliar um estado de ansiedade generalizado. Quanto aos itens de depressão, refletem um estado de anedonia, um indicador não específico do humor depressivo, o que permite uma maior sensibilidade da escala por níveis leves de depressão (Herrmann, 1997).

A escala pode ser auto administrada. As respostas podem ser quantificadas numa escala tipo lickert, variando entre o 0 (zero) e 3 (três), em que o valor 0 (zero) refere-se à menor gravidade e o valor 3 (três) à maior gravidade. No entanto, há seis itens que se apresentam de forma positiva e os restantes oito apresentam-se na forma negativa, devendo ser classificados numa de escala de lickert igual à anterior, mas na forma invertida.

Composta por 14 itens, a escala, possibilita a escolha de resposta em quatro opções, em que o paciente deve escolher aquela que corresponde à forma como se tem sentido na última semana. Cada subescala (ansiedade e depressão) pode ter uma pontuação que varia entre 0 (zero) e 21 (vinte e um).

Zigmond e Snaith (1983), consideraram que valores inferiores a 8 são indicadores de ausência de depressão e ansiedade. Quanto ao grau de severidade, os autores apontam a classificação apresentada na tabela (Tabela 15), tanto para a depressão como para a ansiedade (Watson, Clark e Weber, 1995). Segundo os autores, a escala pode ser cotada na sua totalidade, permitindo desta forma se obter um índice de perturbação emocional. A valores mais elevados corresponde mais sintomas de depressão e ansiedade.

**Tabela 15** - Graus de severidade da ansiedade e depressão, adaptado de Zigmond e Snaith (1983)

Valores	Severidade da depressão e da ansiedade
0 - 7	Normal
8 - 10	Leve
11 - 15	Moderada
16 - 21	Grave

No que se refere à validade de construto do instrumento HADS, apesar de alguns estudos apresentarem estruturas fatoriais diferentes (Andreson, 1993; Martin e Thompson, 2005) e Moorey, et al., (1991), numa amostra de 586 doentes, confirmaram dois fatores explicado 53% de variância, com uma correlação entre os dois fatores de 0,55 para as mulheres e 0,37 para os homens. Smith, et al. (2002), numa amostra de 1474 doentes confirmaram a estrutura de dois fatores que explicam 49,18% da variância com uma correlação entre eles de 0,52. Muszbeck et al. (2006) num estudo de validação da HADS para a população Hungara também confirmaram dois fatores que explicam 51,4% do total da variância.

Relativamente à fidelidade, os coeficientes encontrados na versão original revelam uma elevada consistência interna (Moorey, et al., 1991). Os autores apresentam um alpha de cronbach ( $\alpha$ ) de 0,93 para a ansiedade e de 0,90 para a depressão. Smith, et al. (2002) apresentaram um alpha de cronbach de 0,83 na subescala da ansiedade e de 0,79 na depressão. Muszbeck, et al. (2006) encontraram um alpha de 0,82 para a ansiedade e de 0,83 para a depressão.

Sousa (2005) aplicou esta escala em doentes com esclerose múltipla e os coeficientes de alpha cronbach encontrados foram de 0,87 para a HADS total, 0,81 e 0,78 respetivamente para as subescalas da ansiedade e depressão.

Gouveia e McIntyre (2003), procederam a uma análise das características psicométricas do HADS numa população portuguesa diagnosticada com enfarte agudo no miocárdio. Os dados foram submetidos a uma análise de validade de constructo e de consistência interna, quer para o total da escala, quer para as duas subescalas, tendo esta revelado boa fidelidade.

Segundo o estudo de Pais-Ribeiro et al., (2006) de validação da escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar, os alpha de Cronbach encontrados definem consistência interna nas duas subescalas que compõem a escala geral. Para a subescala da ansiedade, o alpha de cronbach encontrado é de 0,76 e para a subescala da depressão de 0,81.

Na tabela 16 apresentam-se os alpha de Cronbach obtidos no estudo e no de validação da escala para a população portuguesa.

Tabela 16 - Consistência interna para a HADS

	Alpha de Cronbach*	Alpha de Cronbach**
HADS Total	0,86	-
Subescala Ansiedade	0,78	0,76
Subescala Depressão	0,77	0,81

Legenda: \* Valor de Alpha de Cronbach da amostra em estudo; \*\* Valor de Alpha de Cronbach referido por Pais-Ribeiro, et al., (2006)

Neste estudo, no sentido de avaliar a consistência interna da escala, foi calculado o coeficiente de alpha cronbach para cada subescala (Tabela 16). Os valores encontrados foram de 0,78 para a subescala da ansiedade, de 0,77 para a subescala depressão e de 0,86 para a escala total.

#### 5.4.2. WHOQOL-VIH Bref

Para a avaliação da qualidade de vida em doentes com VIH<sup>+</sup> foi utilizado o WHOQOL-HIV Bref do grupo da Organização Mundial de Saúde (OMS), traduzido e adaptado para a população portuguesa por Canavarro e Pereira (2011).

Este instrumento, tal como os restantes instrumentos da família WHOQOL, foi desenvolvido de acordo com uma metodologia própria e assenta numa organização em seis domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente, aspetos associados à espiritualidade, religião e crenças pessoais) e 29 facetas específicas.

Cada uma dessas facetas (e uma faceta pode ser caracterizada como uma descrição de um comportamento, um estado, uma capacidade ou uma percepção ou experiência subjetiva) sumaria o domínio particular de qualidade de vida em que se insere. É ainda composto por uma faceta geral, que avalia a QdV global e a percepção geral de saúde. Das 29 facetas específicas, 24 provêm do WHOQOL-100 (Canavarro, et al., 2010), no entanto, comporta cinco facetas adicionais específicas dos *People Living With HIV/AIDS* (PLWHA), inseridas nos domínios: físico, relações sociais e espiritualidade.

O WHOQOL-HIV Bref é constituído por um total de 31 questões, duas de âmbito mais geral (que avaliam a qualidade de vida global e a percepção geral de saúde) e 29 que representam as facetas específicas, tal como se apresenta na figura a seguir (Figura 1). A cotação do WHOQOL-HIV Bref pode ser feita manualmente ou mediante o recurso a uma sintaxe para o programa SPSS. Cada pergunta é cotada de 1 a 5, indicando cada um destes valores um descritor das escalas de resposta que compõem o instrumento.

Os resultados dos domínios estão dispostos num sentido positivo, onde as pontuações mais altas representam melhor QdV. Algumas facetas, como a dor e desconforto, sentimentos negativos, dependência de medicação ou tratamentos, morte e morrer, não estão formuladas num sentido positivo, pelo que para estas pontuações mais altas não significam melhor QdV. É, por isso necessário recodificar estas facetas para que as pontuações altas reflitam melhor qualidade de vida. Os resultados variam entre 0 (zero) e 100.

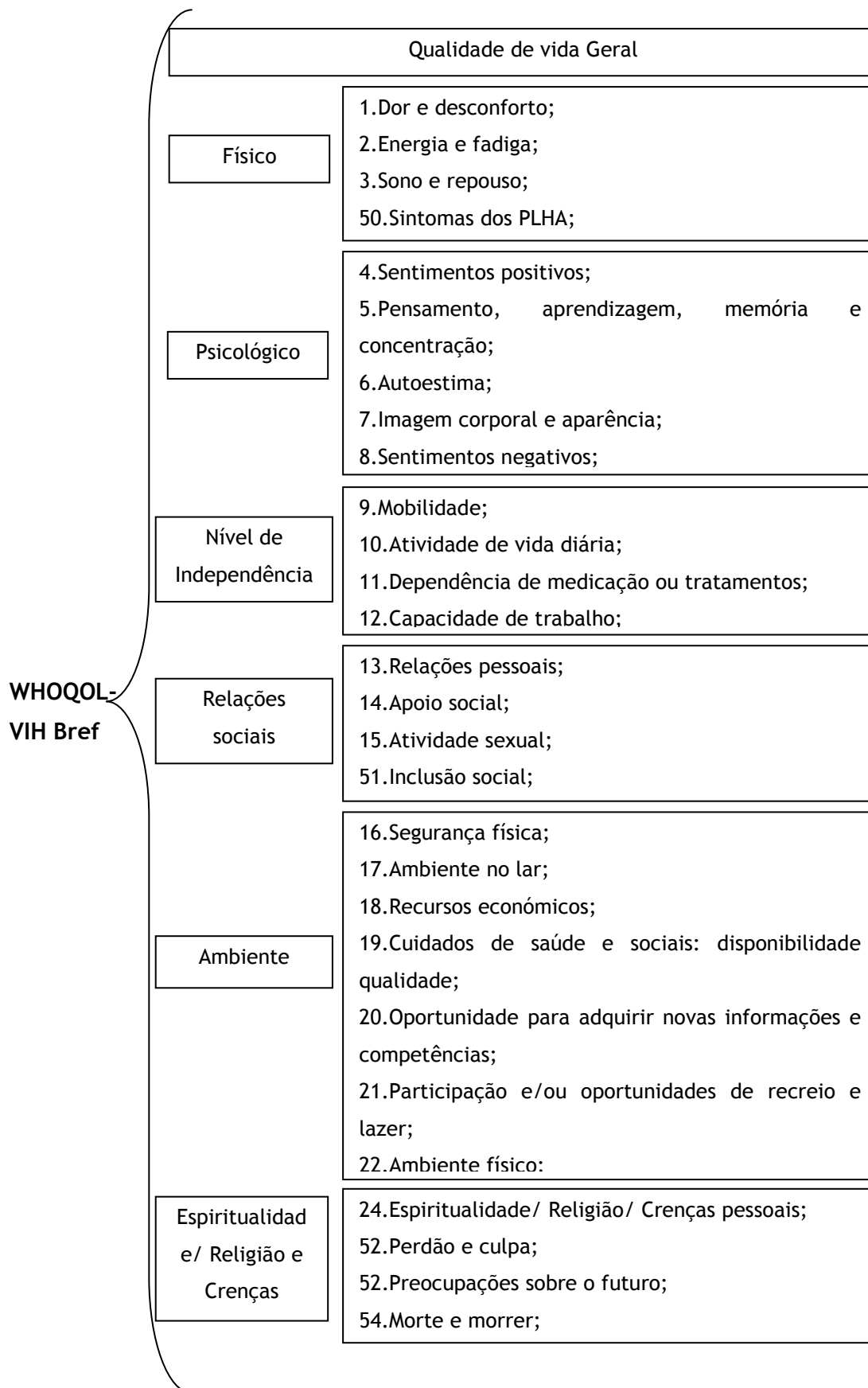


Figura 1 - Domínios e facetas do WHOQOL-HIV Bref adaptado de Canavarro et al., 2010

Canavarro e Pereira (2011), no seu estudo de desenvolvimento e aplicação da versão portuguesa da escala, WHOQOL-HIV Bref, aplicou-o a 1196 indivíduos infetados pelo VIH. A análise fatorial confirmatória do instrumento indicou um ajustamento aceitável, apoiando a estrutura original composta por seis domínios. A escala apresentou características psicométricas aceitáveis de consistência interna (alpha de cronbach que variou entre 0,61 e 0,80) e validade de construto. Demonstrou ainda boa capacidade discriminativa.

Na tabela que se apresenta abaixo, apresentam-se os alpha de Cronbach obtidos neste estudo e no estudo de validação da escala para a população Portuguesa.

Tabela 17 - Consistência interna para WHOQOL-VIH Bref

	Alpha de Cronbach*	Alpha de Cronbach**
<b>Escala Total</b>	0,91	0,93
<b>Domínio: Físico</b>	0,65	0,71
<b>Domínio: Psicológico</b>	0,77	0,78
<b>Domínio: Nível de independência</b>	0,66	0,80
<b>Domínio: Relações Sociais</b>	0,65	0,79
<b>Domínio: Ambiente</b>	0,78	0,78
<b>Domínio: Espiritualidade</b>	0,61	0,61

**Legenda:** \* Valor de Alpha de Cronbach da amostra em estudo; \*\* Valor de Alpha de Cronbach referido por Canavarro e Pereira, 2011.

Neste estudo, no sentido de avaliar a consistência interna da escala, foi calculado o coeficiente de alpha cronbach para a escala (Tabela 17). Os valores encontrados foram 0,91 para a escala total e para os seis domínios: 0,65 domínio físico, 0,77 para o domínio psicológico, 0,66 para o nível de independência, 0,65 nas relações sociais, 0,78 do ambiente e 0,61 na espiritualidade.

## 5.5.Procedimento e considerações éticas

A investigação em Enfermagem é de extrema complexidade, pois envolve pessoas, pelo que o seu interesse e bem-estar devem sempre prevalecer sobre o interesse comum, da sociedade e da ciência (Fortin, 2000).

Desta forma, no contato com os participantes na investigação, tivemos sempre em consideração os princípios éticos que envolvem uma investigação em ciências de Enfermagem.

Para o cumprimento dos pressupostos éticos inerentes a este estudo, foi efetuado o pedido de autorização aos autores portugueses dos estudos de adaptação à população Portuguesa dos instrumentos a aplicar neste estudo, tendo respondido favoravelmente (Anexo III). Foi também solicitada autorização para a realização do estudo à Direção Geral da Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) com parecer favorável (Anexo IV).

O acesso aos reclusos com VIH<sup>+</sup> foi através do programa informático existente nos serviços clínicos, que nos permitiu obter a listagem de todos os indivíduos identificados com esta patologia e seu local de habitação no interior da cadeia.

No contato inicial com os participantes do estudo e, após a apresentação da investigadora, foram explicados os objetivos deste trabalho e avaliado o interesse/ disponibilidade em participar no estudo. Validados os critérios de inclusão no estudo, através da entrevista, forneceu-se a informação ao participante (Anexo V) e explicado o conteúdo presente.

Os reclusos que manifestaram vontade em participar, assinaram os consentimentos informados (Anexo VI), garantindo-se desta forma uma participação informada e consciente dos participantes. Foram aqui, reforçados e clarificados os benefícios e prejuízos da participação, enfatizado o caráter voluntário da participação e garantida a confidencialidade dos dados. Este é assinado tanto pela investigadora como pelo participante e, posteriormente, é fornecido o questionário (Anexo II) para auto-preenchimento. A aplicação dos questionários é efetuada em sala reservada existente nos serviços com a presença da investigadora.

Segundo Fortin, Côté e Filion (2009) o princípio legal que garante os procedimentos de proteção dos direitos humanos básicos é o consentimento informado. Neste, foram incluídas as informações necessárias sobre o estudo e sobre as garantias do respeito pelos aspetos éticos.

Ainda se apresentava o propósito da investigação, a duração esperada e previsão de conclusão do estudo; a descrição dos procedimentos, riscos ou constrangimentos, assim como os benefícios previsíveis - garantindo a confidencialidade e a participação voluntária.

Tendo em conta a população, a recolha de dados foi realizada nos serviços clínicos dos estabelecimentos prisionais, através de contato presencial e individual, em local reservado e adequado para o efeito. Decorreu no Mês de Junho de 2013, entre os dias 25 e 30, tendo-se aplicado os questionários a 60 reclusos que cumpriam os critérios de inclusão e aceitaram participar. O preenchimento de cada questionário demorou em média 40 minutos, com o tempo mínimo de 35 minutos e máximo de 45 minutos.

Para se evidenciar possíveis falhas na construção do instrumento de colheita de dados realizou-se uma prova preliminar: pré-teste (Vilelas, 2009). Esta consistiu na aplicação de sete questionários a reclusos, de outro EP da região Norte, que cumpriam os critérios de inclusão no estudo, mas que não foram incluídos na amostra.

Decorrente do pré-teste, foram introduzidas alterações no questionário inicialmente construído: na questão 8.3, 8.6 e 8.9 - Número de vezes, retirou-se a opção \_\_\_\_\_ semana.

## **5.6. Análise de dados**

A análise dos dados não é uma atividade improvisada. Para se realizar um trabalho de análise de dados com rigor será imprescindível se referir o porquê (conhecer o marco teórico) de ter obtido os resultados referidos (Vilelas, 2009). Só desta forma, com os pressupostos teóricos, é possível que os dados obtidos façam sentido e poder-se-á realizar uma análise de dados com toda a informação.

Para que todo este processo seja exato e fidedigno, recorreu-se a uma análise quantitativa dos dados, com recurso ao programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21,0 com recurso à estatística paramétrica.

Na análise dos resultados utilizaram-se os procedimentos da estatística descritiva (valor mínimo e máximo), medidas de tendência central (média e moda) e medidas de dispersão (desvio padrão).

A análise de diferenças entre grupos, realizada através da análise da variância de médias, do teste *t* de *student* para medidas independentes para os dois grupos e para mais do que dois grupos o teste One-way ANOVA.

Admitiu-se, neste estudo, que os testes estatísticos realizados, o nível de confiança foi de 95%, com significância de 5% ( $p < 0,05$ ). Com este nível de significância assumiu-se uma probabilidade de apenas 5% de diferença encontrada nos resultados do estudo possa ser devida ao acaso (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Para a análise das variáveis contínuas é utilizada a correlação de Pearson. Segundo Vilelas (2009) esta correlação avalia o efeito que uma variável produz na outra. Representa-se por *r* e pode assumir valores entre +1 (existe uma correlação positiva perfeita) e -1 (correlação negativa perfeita - ocorre quando a influência é grande numa variável e origina uma diminuição na outra).

Os resultados serão apresentados em tabelas com os valores até às centésimas.

## 6.RESULTADOS

Neste capítulo serão cumpridos os pressupostos de Fortin, Côté e Filion (2009), referindo que a apresentação dos resultados, deve limitar-se a uma apresentação sob a forma de narrativa dos resultados que ele reproduziu nas tabelas, onde o investigador compara e confronta os resultados entre si. A análise dos resultados tem por finalidade “considerar em detalhes os resultados obtidos, tendo em vista realçar o essencial, ou seja ela incide sobre a descrição dos fatos” (Fortin, Côté e Filion, 2009 p.475).

A apresentação dos resultados segue a ordem de apresentação das questões de investigação antecipadamente delineadas.

### 6.1. Depressão e Ansiedade das pessoas portadoras de VIH<sup>+</sup> em meio prisional

Para dar resposta à primeira questão de investigação: *qual o nível de depressão e ansiedade apresentam as pessoas portadores de VIH<sup>+</sup> em meio Prisional?*, foi efetuada uma análise descritiva e correlação de Pearson para a escala HADS total e para as duas subescalas (depressão e ansiedade) que se apresentam nas tabelas 18 e 19.

Tabela 18 - Análise descritiva da HADS (total, subescalas depressão e ansiedade)

	<u>M</u>	<u>DP</u>	Min.	Máx.
HADS Total	29,5	7,7	16,0	52,0
HADS Depressão	12,5	3,92	8,0	27,0
HADS Ansiedade	16,0	4,44	8,0	25,0

Nota: Os Scores variam entre 0 e 21.

Da análise da tabela 18, evidencia-se para a escala HADS Total que os scores obtidos na amostra em estudo variam entre 16 e 52 com média de 29,5 ( $DP = 7,7$ ). Na subescala da depressão, os valores do score variam entre 8 e 27, com média de 12,5 ( $DP = 3,92$ ). No que diz respeito à subescala da ansiedade, verifica-se que os valores variam entre 8,0 e 25,0, com média de 16,0 ( $DP = 4,44$ ).

Em termos médios, os reclusos VIH<sup>+</sup> em estudo apresentam mais sintomas de ansiedade que de depressão. Os valores das subescalas variam entre 0 e 21.

Tabela 19 - Correlação de Pearson para HADS (total, subescala ansiedade e depressão)

	N	HADS Total	HADS Ansiedade	HADS Depressão
HADS Total	60	1	0,93*	0,91*
HADS Ansiedade	60		1	0,69*
HADS Depressão	60			1

Nota: \*  $p \leq 0,05$

De acordo com a tabela 19, a sub-escala de ansiedade explica em 86,49% a variância da ansiedade e depressão avaliada pela HADS total. A depressão explica em 82,81% a variância da ansiedade e depressão avaliada pela HADS total no presente estudo.

## 6.2. Depressão e Ansiedade e variáveis psicossociais

No presente subcapítulo apresentam-se os resultados das análises das relações entre a depressão e ansiedade com as variáveis psicossociais, dos reclusos que fizeram parte da amostra em estudo.

### 6.2.1. Depressão, ansiedade e variáveis sociodemográficas

Apresentam-se os resultados das relações entre as variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, número de filhos e escolaridade) e a depressão e a ansiedade avaliada pela escala HADS (total e subescalas).

## Depressão, ansiedade a idade e a escolaridade

Na tabela 20 pode verificar-se as correlações entre as variáveis idade, escolaridade e a depressão e ansiedade, dos participantes.

Tabela 20 - Correlação r de Pearson entre as variáveis idade e escolaridade e a escala HADS (total e subescalas)

	HADS Total	HADS Ansiedade	HADS Depressão
Idade (N=60)	-0,05	-0,01	-0,09
Escolaridade (N=60)	-0,27*	-0,28*	-0,21

Nota: \*  $p \leq 0,05$

Não existem associações estatisticamente significativas entre a idade e a depressão e a ansiedade dos reclusos. Todavia, na HADS Total e HADS Ansiedade, a escolaridade apresenta associação negativa e estatisticamente significativa, respetivamente:  $r=-0,27$ ;  $N=60$ ;  $p < 0,05$  e  $r=-0,28$ ;  $N=60$ ;  $p < 0,05$ . Os participantes com menos anos de escolaridade concluídos têm associado maiores níveis de ansiedade e de ansiedade e depressão total (avaliada pela HADS).

## Depressão, ansiedade e estado civil

Na tabela 21, são apresentados os resultados relativos à análise de variância de médias entre a depressão e ansiedade e o estado civil. Por termos apenas um indivíduo viúvo, agruparam-se as opções de resposta em Single - solteiros, viúvos, divorciados/separados e em Double para os casados/juntos.

Tabela 21 - Depressão, Ansiedade e estado civil

	Single (N=48)		Double (N=12)		t/gl	p
	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>		
HADS Total	30,7	7,6	26,9	7,9	1,55/58	0,13
HADS Ansiedade	17,4	4,2	15,1	4,9	1,60/58	0,11
HADS Depressão	13,4	4,0	11,8	3,3	1,22/58	0,23

Da análise dos dados estatísticos apresentados na tabela, podemos dizer que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a depressão e ansiedade e o estado civil dos reclusos inquiridos.

## Depressão, ansiedade e número de filhos

Na tabela 22 faz-se a análise da relação entre o número de filhos, no total e os filhos maiores e menores e da depressão e a ansiedade (avaliadas através da HADS total e suas subescalas).

Tabela 22 - Teste *t Student* para o número de filhos e a HADS e subescalas

Filhos	Sim (N=37)		Não (N=23)		t/gl	p
	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>		
HADS Total	28,6	7,1	32,2	8,3	-1,8/58	0,08
HADS Ansiedade	16,1	4,5	18,2	4,2	-1,8/58	0,08
HADS Depressão	12,5	3,2	14,0	4,8	-1,5/58	0,15

Pelo que se pode observar, na tabela 22, o fato dos reclusos terem ou não filhos não apresenta relações estatisticamente significativas com a ansiedade e depressão avaliada pela HADS.

### 6.2.2. Depressão, ansiedade e variáveis socioprofissionais

Neste subcapítulo faz-se a análise da relação entre as variáveis socioprofissionais (profissão/ocupação antes da detenção e ocupação no EP) e a escala HADS total e subescalas (depressão e ansiedade).

## Depressão, ansiedade e profissão/ocupação antes da detenção

Na tabela 23 apresentam-se os resultados obtidos para a situação profissional/ocupacional dos reclusos antes de serem detidos e a escalas HADS (total e subescalas). A variável profissão/ocupação antes da detenção foi recodificada em ter ou não ocupação.

Tabela 23 - Teste *t Student* para a ocupação antes da detenção e a HADS e subescalas

Ocupação	Sim (N=45)		Não (N=15)		t/gl	p
	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>		
HADS Total	30,4	7,9	28,6	6,9	0,79/58	0,43
HADS Ansiedade	17,2	4,5	16,1	4,3	0,84/58	0,41
HADS Depressão	13,2	4,1	12,5	3,5	0,61/58	0,55

Da análise da tabela, não existem relações estatisticamente significativas entre a existência ou a ausência de ocupação/atividade ocupacional antes da detenção e a depressão e a ansiedade.

### Depressão, ansiedade e ocupação no estabelecimento prisional

Na tabela 24 encontra-se o resultado do teste *t* para a ocupação laboral no EP e a HADS (total e subescalas).

Tabela 24 - Teste *t Student* para a ocupação no EP e a HADS e subescalas

Ocupação	Sim (N=23)		Não (N=37)		<i>t</i> /gl	<i>p</i>
	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>		
HADS Total	27,1	6,6	31,7	7,9	-2,3/58	0,02*
HADS Ansiedade	15,6	4,3	17,7	4,4	-1,8/58	0,08
HADS Depressão	11,5	2,8	14,0	4,3	-2,5/58	0,02*

Nota: \*  $p \leq 0,05$

Os reclusos que não têm ocupação no EP, apresentam, com significado estatístico, em média mais sintomas de depressão ( $\underline{M}=14,0$ ;  $\underline{DP}=4,3$ ) e depressão e ansiedade total ( $\underline{M}= 31,7$ ;  $\underline{DP}=7,9$ ), do que aqueles, que têm uma ocupação no EP, respetivamente ( $\underline{M}=11,5$ ;  $\underline{DP}=2,8$ ) e ( $\underline{M}=27,1$ ;  $\underline{DP}=6,6$ ), com valores de *t* respetivos:  $t(58)=-2,5$ ,  $p=0,02$  e  $t(58)=-2,3$ ,  $p =0,02$ .

### 6.2.3. Depressão, ansiedade e consumo de substâncias

Neste subcapítulo apresentamos os resultados relativos à análise da relação entre as variáveis de consumo como a resposta à questão: “consome algum tipo de substância lícita/ ilícita?” e o integrar ou não um programa terapêutico e a variável principal (depressão e ansiedade).

### Depressão, ansiedade e consumo de substâncias

Na tabela 25 expomos os resultados obtidos referentes à variável de consumo de substâncias lícitas/ilícitas e a escala HADS total e as subescalas (ansiedade e depressão).

Tabela 25 - Teste *t Student* para o consumo de substâncias e a HADS e subescalas

Consumo de substâncias	Sim (N=45)		Não (N=15)		t/gl	p
	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>		
HADS Total	31,1	7,4	26,5	7,7	2,1/58	0,04*
HADS Ansiedade	17,5	4,2	15,0	4,6	1,9/58	0,05*
HADS Depressão	13,6	3,9	11,5	3,7	1,8/58	0,08

Nota: \*  $p \leq 0,05$

Da análise da tabela, verifica-se que os reclusos que consomem substâncias lícitas/ilícitas, apresentam, com significado estatístico, mais sintomas de depressão e ansiedade ( $\underline{M}= 31,1$ ;  $\underline{DP}= 7,4$ ) e de ansiedade ( $\underline{M}= 17,5$ ;  $\underline{DP}= 4,2$ ), do que aqueles que não consomem, respetivamente ( $\underline{M}= 26,5$ ;  $\underline{DP}=7,7$ ) e ( $\underline{M}=15,0$ ;  $\underline{DP}=4,6$ ), e com valores de *t* respetivamente:  $t(58)= 2,1$ ,  $p=0,04$  e  $t(58)= 1,9$ ,  $p=0,05$ .

### Depressão, ansiedade e programas terapêuticos

Pela avaliação da tabela 26 verificamos os resultados do teste *t Student* entre o integrar programas terapêuticos e a depressão e ansiedade. A variável integrar programas terapêuticos, foi recodificada em integrar ou não algum programa, não se realizando diferenciação entre os programas.

Tabela 26 - Teste *t Student* para o integrar ou não programas terapêuticos e a HADS e subescalas

Programas Terapêuticos	Sim (N=23)		Não (N=36)		t/gl	p
	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>		
HADS Total	33,0	7,7	28,0	7,1	2,5/58	0,01*
HADS Ansiedade	18,7	4,1	15,7	4,2	2,7/58	0,009*
HADS Depressão	14,2	4,3	12,3	3,4	1,8/58	0,07

Nota: \*  $p \leq 0,05$

Da análise, dos resultados apresentados, verifica-se que os reclusos que estão inscritos em algum programa terapêuticos apresentam, com resultados estatisticamente significativos, mais sintomas de depressão e ansiedade ( $\underline{M}= 33,0$ ;  $\underline{DP}= 7,7$ ) e de ansiedade ( $\underline{M}= 18,7$ ;  $\underline{DP}= 4,1$ ) do que aqueles que não integram qualquer programa no EP, respetivamente ( $\underline{M}= 28,0$ ;  $\underline{DP}= 7,1$ ) e ( $\underline{M}= 15,7$ ;  $\underline{DP}= 4,2$ ). Expõem os valores de *t*, respetivamente:  $t(58)= 2,5$ ,  $p=0,01$  e  $t(58)= 2,7$ ,  $p=0,009$ .

#### 6.2.4. Depressão, ansiedade e variável situação penal

No presente subcapítulo apresenta-se os resultados da análise da relação da variável situação penal, nomeadamente: número de entradas nos EP's, situação penal (preventivo/condenado) e relação do tipo de crime principal com as drogas e a depressão e ansiedade avaliada pela HADS (total e subescalas - depressão e ansiedade).

#### Depressão, ansiedade e número de entradas nos EP's

A seguir, tabela 27, dispomos dos dados relativos ao número de entradas anteriores e a HADS total e suas subescalas.

Tabela 27 - Correlação r de Pearson entre as variáveis número de entradas anteriores em EP's e a HADS e subescalas

	HADS Total		HADS Ansiedade		HADS Depressão	
	r	p	r	p	r	p
Número de entradas anteriores em EP's (N= 60)	0,34	0,006*	0,33	0,009*	0,30	0,01*

Nota: \*  $p \leq 0,05$

Existem associações positivas, estatisticamente significativas, entre o número de vezes que esteve detido nos estabelecimentos prisionais e os sintomas de ansiedade e de depressão, ansiedade e depressão. Maiores níveis de ansiedade e depressão associam-se a maior número de vezes que estiveram detidos. Existe associação significativa entre o número de entradas anteriores e escala total, tendo-se obtido:  $r= 0,34$ ;  $N= 60$ ;  $p = 0,006$ . Também existe relação com a subescala da depressão e ansiedade tendo-se obtidos os dados apresentados, respetivamente:  $r= 0,30$ ;  $N= 60$ ;  $p = 0,01$  e  $r= 0,33$ ;  $N= 60$ ;  $p= 0,009$ .

#### Depressão, ansiedade e situação penal

Os resultados apresentados são relativos à situação de condenado ou preventivo e a escala HADS (total e subescalas) (tabela 28).

Tabela 28 - Teste *t Student* para a situação penal e a HADS e subescalas

Situação Penal	Preventivo (N=6)		Condenado (N=54)		t/gl	p
	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>		
HADS Total	30,7	8,0	29,9	7,7	0,23	0,82
HADS Ansiedade	17,2	4,9	16,9	4,4	0,15	0,88
HADS Depressão	13,5	3,6	13,0	3,9	0,28	0,78

Da análise da tabela, apresentada acima, podemos verificar que não existem relações estatisticamente significativas entre se estar com a pena definida (condenado) ou se estar ainda preventivo (pena indefinida) e a HADS total e subescalas (depressão e ansiedade).

### Depressão, ansiedade e crime principal relacionado com as drogas

A tabela 29 apresenta a comparação de médias entre a HADS (total e suas subescalas) e a relação do tipo de crime principal com as drogas.

Tabela 29 - Teste *t Student* para o crime principal relacionado com drogas e a HADS e subescalas

Crime principal relacionado com drogas	Sim (N=29)		Não (N=31)		t/gl	p
	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>		
HADS Total	30,9	8,5	29,1	6,8	0,94/58	0,35
HADS Ansiedade	17,2	4,3	16,6	4,7	0,46/58	0,65
HADS Depressão	13,8	4,8	12,4	2,8	1,33/58	0,19

Não existem diferenças de médias estatisticamente significativas entre a relação do crime principal com as drogas e a escala HADS total e subescalas - depressão e ansiedade.

### 6.2.5. Depressão, ansiedade e apoio social

No presente subcapítulo apresenta-se os resultados da análise da relação da variável apoio social, nomeadamente: visitas e correspondência recebidas, chamadas telefónicas realizadas e pessoas a quem recorrem com maior frequência no EP e a depressão e ansiedade avaliada pela HADS (total e subescalas - depressão e ansiedade).

### Depressão, ansiedade e as visitas

Na tabela 30 apresenta-se a relação entre o fato de receber ou não visitas e a depressão e ansiedade.

Tabela 30 - Teste *t Student* para as visitas e a HADS e subescalas

Recebe visitas	Sim (N=52)		Não (N=8)		t/gl	p
	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>		
HADS Total	30,0	7,6	29,2	8,7	0,28/58	0,78
HADS Ansiedade	16,9	4,5	16,5	4,2	0,27/58	0,78
HADS Depressão	12,7	3,8	12,7	4,8	0,24/58	0,80

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a relação de receber ou não visitas e a escala HADS total e subescalas - depressão e ansiedade.

### Depressão, ansiedade e correspondência

Abaixo, apresentam-se os resultados obtidos para a relação entre se receber ou não correspondência e a depressão e ansiedade, avaliados pela HADS.

Tabela 31 - Teste *t Student* para a correspondência recebida e a HADS e subescalas

Recebe correspondência	Sim (N=31)		Não (N=29)		t/gl	p
	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>		
HADS Total	29,6	7,9	30,3	7,5	-0,33/58	0,74
HADS Ansiedade	16,6	4,6	17,2	4,2	-0,51/58	0,60
HADS Depressão	13,0	3,8	13,1	4,0	-0,07/58	0,94

Como pode ser constatado nos dados apresentados na tabela 31, não existem diferenças estatisticamente significativas para a relação entre a depressão e ansiedade e a correspondência recebida.

### Depressão, ansiedade e as chamadas telefônicas realizadas

Na tabela 32 apresentam-se os resultados obtidos, para a amostra em estudo, da relação entre o realizar ou não chamadas telefônicas e a depressão e ansiedade.

Tabela 32 - Teste *t Student* para a chamadas telefónicas realizadas e a HADS e subescalas

Realiza chamadas telefónicas	Sim (N=53)		Não (N=7)		t/gl	p
	M	DP	M	DP		
HADS Total	29,8	7,9	30,5	5,9	-0,21/58	0,82
HADS Ansiedade	16,8	4,5	17,4	4,2	-0,33/58	0,74
HADS Depressão	13,0	4,0	13,1	2,7	-0,05/58	0,95

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre o realizar ou não chamadas telefónicas e a depressão e a ansiedade avaliadas pela escala HADS.

### Depressão, ansiedade e pessoa a quem recorrem com mais frequência

Na tabela 33, apresentam-se os resultados relativos ao cruzamento das pessoas a quem recorrem com mais frequência e a depressão e a ansiedade.

Tabela 33 - Correlação *r* de Pearson para pessoas a quem recorrem e a HADS e subescalas

	HADS Total		HADS Ansiedade		HADS Depressão	
	r	p	r	p	r	p
Enfermeiros (N=45)	0,05	0,70	0,06	0,68	0,03	0,80
Psicólogos (N=29)	-0,34	0,06	-0,23	0,22	-0,41	0,02*
Chefia dos Guardas (N=11)	0,02	0,94	-0,31	0,34	0,29	0,37
Médicos (N=22)	0,24	0,27	0,21	0,33	0,23	0,28
Diretor (N=5)	-0,09	0,87	0,14	0,81	-0,31	0,61
Parceiro de cela (N=25)	-0,03	0,88	-0,08	0,67	0,05	0,80
Guardas (N=15)	-0,13	0,64	-0,17	0,52	-0,03	0,91
Técnicas (N=24)	-0,12	0,56	-0,23	0,26	0,006	0,97
Outro (N=4)	0,29	0,70	0,17	0,82	0,36	0,63

Nota: \*  $p \leq 0,05$

Existe uma associação negativa, estatisticamente significativa, entre o recorrer aos psicólogos e os sintomas de depressão. Por isso, a mais sintomas depressivos associa-se à prioridade em recorrer/pedir ajuda aos psicólogos. A associação entre a subescala da depressão (HADS Depressão) e o recorrer primeiro aos psicólogos, obteve-se:  $r = -0,41$ ;  $N = 29$ ;  $p = 0,02$ .

### 6.2.6. Depressão, ansiedade e variáveis clínicas

No presente subcapítulo apresenta-se os resultados da análise da relação das variáveis clínicas (como considera a sua saúde, tempo de diagnóstico da doença, ano em que pensa ter sido infetado e forma de infeção) e a depressão e ansiedade avaliada pela HADS (total e subescalas - depressão e ansiedade).

#### Depressão, ansiedade e avaliação da saúde

Apresentamos, abaixo, a relação entre a perceção de saúde e a HADS (total e subescalas - depressão e ansiedade).

Tabela 34 - Correlação r de Pearson para a perceção de saúde e a HADS e subescalas

	HADS Total		HADS Ansiedade		HADS Depressão	
	r	p	r	p	r	p
Considera a saúde (N= 60)	-0,30	0,01*	-0,29	0,02*	-0,26	0,04*

Nota: \*  $p \leq 0,05$

Como se pode verificar, na tabela 34, existem correlações negativas, estatisticamente significativas entre a perceção de saúde e os sintomas de depressão e ansiedade, ansiedade e depressão. A pior perceção de saúde, associam-se mais sintomas de depressão e ansiedade, ansiedade e depressão. Existe associação significativa entre perceção de saúde e ansiedade e depressão, tendo-se obtido:  $r=-0,30$ ;  $N=60$ ;  $p=0,01$ . Também existe relação com a subescala da ansiedade e depressão tendo-se obtidos os dados apresentados, respetivamente:  $r=-0,29$ ;  $N=60$ ;  $p=0,02$  e  $r=-0,26$ ;  $N=60$ ;  $p=0,04$ .

#### Depressão, ansiedade e tempo de diagnóstico da doença

Na tabela 35, são apresentados os resultados entre o tempo de diagnóstico e a HADS (total e suas subescalas). Para tal, foi recodificada a variável do ano de diagnóstico em tempo de diagnóstico: até ao ano 2000 e depois do ano 2000.

Tabela 35 - Teste *t Student* para o tempo de diagnóstico e a HADS e subescalas

Tempo de diagnóstico	Até 2000 (N=28)		Depois de 2000 (N=32)		t/gl	p
	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>		
HADS Total	29,7	7,4	30,0	7,9	-0,20/58	0,84
HADS Ansiedade	16,5	4,5	17,1	4,4	-0,53/58	0,59
HADS Depressão	13,1	3,5	12,9	4,2	0,20/58	0,83

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre o tempo de diagnóstico e a depressão e a ansiedade avaliadas pela escala HADS.

#### Depressão, ansiedade e ano de infecção (ano em que pensa ter sido infetado)

Apresentam-se os resultados, na tabela 36, da comparação de médias entre o ano em que pensa ter sido infetado pelo VIH e a escala HADS. Para isso, a variável criada inicialmente, foi recodificada em: até o ano 2000 e depois de 2000.

Tabela 36 - Teste *t Student* para o ano em que pensa ter sido infetado e a HADS e subescalas

Ano em que pensa ter sido infetado	Até 2000 (N=35)		Depois de 2000 (N=25)		t/gl	p
	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>		
HADS Total	29,8	6,9	30,0	8,7	-0,09/58	0,92
HADS Ansiedade	16,7	4,2	17,1	4,7	-0,32/58	0,74
HADS Depressão	13,1	3,4	12,9	4,5	0,17/58	0,86

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre o ano em que pensa ter sido infetado e a depressão e a ansiedade avaliadas pela escala HADS.

#### Depressão, ansiedade e forma de infecção

Para a apresentação dos resultados do cruzamento da variável forma de infecção e a escala HADS (total e subescalas), eliminaram-se as respostas “contato com sangue” e “outras” pois só dois dos participantes a selecionaram.

Tabela 37 - Teste *t Student* para a forma como pensa ter sido infetado e a HADS e subescalas

Forma de infeçã	Relaçã sexual (N=40)		Drogas injetáveis (N=18)		t/gl	p
	M	DP	M	DP		
HADS Total	31,1	7,5	27,7	7,9	1,55/58	0,12
HADS Ansiedade	17,3	4,2	15,8	4,9	1,16/58	0,24
HADS Depressã	13,7	4,0	11,8	3,4	1,77/58	0,08

Como se pode verificar, na tabela 37, não existem relações estatisticamente significativas entre a forma de infeçã e a depressã e ansiedade avaliados pela HADS (total e subescalas).

### 6.3. Depressã e Ansiedade e a Qualidade de Vida

No presente subcapítulo apresentam-se os resultados das análises das relações entre a depressã e ansiedade e a qualidade de vida, dos reclusos que fizeram parte da amostra em estudo.

Tabela 38 - Correlaçã *r* de Pearson para a QdV e a HADS e subescalas

N=60		HADS		
		Total	Ansiedade	Depressã
		r (p)	r (p)	r (p)
Domínios	QdV Geral	-0,38 (*)	-0,29 (*)	-0,43 (*)
	Físico	-0,62 (*)	-0,62 (*)	-0,52 (*)
	Psicológico	-0,76 (*)	-0,73 (*)	-0,67 (*)
	Nível de independência	-0,56 (*)*	-0,55 (*)	-0,47 (*)
	Relações sociais	-0,49 (*)	-0,46 (*)	-0,44 (*)
	Ambiente	-0,54 (*)	-0,47 (*)	-0,52 (*)
	Espiritualidade	-0,48 (*)	-0,44 (*)	-0,45 (*)

Nota: \*  $p \leq 0,05$

Ao analisarmos as correlações existentes apresentadas na tabela 38, constatamos que existem correlações negativas, estatisticamente significativas entre a QdV geral e os seus domínios (Físico, Psicológico, Nível de independência, Relações sociais, Ambiente e Espiritualidade) com a depressão e a ansiedade avaliada pela escala HADS e suas subescalas (depressão e ansiedade).

A pior qualidade de vida, associam-se mais sintomas de depressão e ansiedade (HADS total), ansiedade e depressão. Existe associação significativa entre a QdV geral e a HADS total e subescalas ansiedade e depressão, tendo-se obtido, respetivamente:  $r=-0,38$ ,  $N=60$ ,  $p= 0,002$ ;  $r=-0,29$ ,  $N=60$ ,  $p= 0,02$  e  $r= -0,43$ ,  $N=60$ ,  $p= 0,001$ .

Tal como acontece com a QdV em geral o mesmo comportamento têm os seus domínios para a população em estudo em relação à depressão e ansiedade. Para o domínio físico e a HADS total e subescalas (ansiedade e depressão) obteve-se, respetivamente:  $r= -0,62$ ,  $N= 60$ ,  $p= 0,00$ ;  $r= -0,62$ ;  $N= 60$ ,  $p= 0,00$  e  $r= -0,52$   $N=60$ ,  $p=0,00$ . Já no que diz respeito ao domínio psicológico e a escala HADS total e subescalas ansiedade e depressão obteve-se, respetivamente:  $r= -0,76$ ,  $N= 60$ ,  $p=0,00$ ;  $r=-0,73$ ,  $N= 60$ ,  $p= 0,00$  e  $r= -0,67$ ,  $N= 60$ ,  $p= 0,00$ . Para o domínio nível de independência e a HADS total e subescalas ansiedade e depressão, obtivemos respetivamente:  $r= -0,56$ ,  $N= 60$ ,  $p=0,00$ ;  $r= -0,55$ ,  $N= 60$ ,  $p=0,00$  e  $r= -0,47$ ,  $N= 60$ ,  $p=0,00$ . No domínio relações sociais e escala HADS total e subescalas ansiedade e depressão, respetivamente, obteve-se:  $r= -0,49$ ,  $N= 60$ ,  $p=0,00$ ;  $r= -0,46$ ,  $N= 60$ ,  $p=0,00$  e  $r= -0,44$ ,  $N= 60$ ,  $p=0,00$ . Já no domínio ambiente e a escala HADS total e subescala - ansiedade e depressão, obteve-se respetivamente:  $r= -0,54$ ,  $N= 60$ ,  $p=0,00$ ;  $r= -0,47$ ,  $N= 60$ ,  $p=0,00$  e  $r= -0,52$ ,  $N= 60$ ,  $p=0,00$ . Por último, no domínio da espiritualidade e a HADS total e subescalas (ansiedade e depressão) obteve-se:  $r= -0,48$ ,  $N= 60$ ,  $p=0,00$ ;  $r= -0,44$ ,  $N= 60$ ,  $p=0,00$  e  $r= -0,45$ ,  $N= 60$ ,  $p=0,00$ .

## 7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Depois de apresentar e analisar os resultados, efetua-se a discussão dos mesmos. Esta fase é a etapa mais difícil de um trabalho de investigação, dado que exige uma intensa reflexão e uma análise profunda de todo o processo de investigação (Fortin, Côté e Fillion, 2009). Segundo (Pais-Ribeiro, 2010 p. 146), pretende-se nesta fase “discutir e interpretar os resultados, sem perder de vista a questão de investigação” realizando-se uma síntese entre a teoria, investigação e os resultados obtidos ao longo do estudo.

Este trabalho permitiu-nos descrever a depressão e ansiedade, nos reclusos VIH<sup>+</sup> e sua qualidade de vida, num estabelecimento prisional da zona norte do país. A questão de investigação do estudo é “Que depressão, ansiedade têm as pessoas portadoras de VIH<sup>+</sup> em meio prisional e como se relacionam com a QdV e variáveis psicossociais?” e os objetivos prendem-se com a descrição da ansiedade e depressão relacionados com as variáveis psicossociais, de consumo, jurídico-penais, clínicas e com a qualidade de vida.

Os participantes neste estudo são homens reclusos, com uma média de idade de 40,20 anos, com baixo nível de escolaridade (6,98 anos) e são maioritariamente solteiros (55% da amostra em estudo). Segundo as estatísticas da Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) (2012), até à data de 31 de Dezembro do mesmo ano, da população prisional total (12856), 7191 reclusos tinham idades compreendidas entre os 30 e os 59 anos e, relativamente à escolaridade, a maioria da população reclusa (segundo as estatísticas) tinham o 2º ciclo básico (5º, 6º ano) e 3º ciclo básico (7º, 8º e 9º anos).

61,7% dos reclusos referem ter filhos, em que a maior parte (30,0%) têm apenas um filho maioritariamente menores de idade (26,7%).

Quanto à ocupação antes da detenção a maior parte dos reclusos (46,7%), referem uma profissão que se enquadra no grupo 7<sup>7</sup> (operários, artífices e trabalhadores similares) e 26,7% não têm ocupação/atividade profissional.

Relativamente, ao interior do EP, 61,7% dos reclusos referem não ter ocupação, o que vem de acordo com as estatísticas e com a evidência empírica, devido à sobrelotação, à grande procura e tempo de espera excessivo para arranjar um local de trabalho, segundo o que manifestam os reclusos nos EP's.

76,6% da amostra inquirida refere consumir substâncias lícitas/ilícitas, sendo que a maioria, destes, diz consumir tabaco (39,1%) e haxixe (26,1%) o que muitas vezes vem em continuidade com os consumos já existentes no exterior (em liberdade) e também pela continuidade/proximidade entre o bairro e a cadeia, podendo o bairro se estender até à cadeia, com permanência dentro do EP das malhas do tráfico já existente antes da reclusão (Cunha, 2002). A idade de início de consumos é em média aos 14 anos, e a idade mínima referida os 5 anos, o que coincide com a idade da curiosidade, experimentação de novidade e da maior influência dos pares.

Dos reclusos inquiridos 60,0% refere não estar inscrito em qualquer programa terapêutico no interior do EP. A metadona é o local onde 31,7% dos participantes diz estar inscrito, o que nos parece justificável, por ser o programa que tem capacidade de integrar um maior número de participantes relativamente aos restantes programas existentes (nomeados no questionário), mas também porque muitas vezes são as drogas que abrem caminho mais fácil à infeção pelo VIH (Guerra, 1998). Apesar da maioria dos reclusos não estar inscrito em nenhum programa terapêutico, só 13,3% manifesta intenção/vontade de querer estar inscrito.

Uma ou duas entradas anteriores nos estabelecimentos prisionais é o referido com maior frequência pelos reclusos questionados, respetivamente, 35,0% e 28,3%. Com estes dados podemos afirmar que existe uma reincidência no crime que os leva a novas entradas nas cadeias.

---

<sup>7</sup> Segundo a Classificação Nacional de Profissões (Instituto Nacional do Emprego e Formação Profissional) (2001).

Segundo Tavares (2009), no seu estudo de preevalência do consumo de drogas em meio prisional, dos 427 reclusos que participaram no seu estudo, 53,2% são primários e 35,4% apresentam uma ou duas detenções anteriores.

No estudo da DGRSP (2012), à data de 31 de Dezembro do ano 2012, da população prisional masculina portuguesa (12856), 10399 reclusos encontram-se condenados e 2457 preventivos. Neste estudo e, em concordância com o descrito dos reclusos inquiridos, 90,0% são condenados e 10,0% são presos preventivos.

Condenados em média a 61,85 meses, isto é, a 5,15 anos com um mínimo de 4 meses e o máximo de 218 meses (18,1 anos). O mesmo está demonstrado no estudo estatístico anual da DGRSP (2012), onde 29,6% da população masculina está condenada de 3 a 6 anos, 20,0% de 6 a 9 anos e as condenações contempladas nos EP's vão desde prisão de dias livres<sup>8</sup> até às penas indeterminadas.

Essencialmente condenados por tráfico de drogas (30,0%), furto (23,3%), condução ilegal (16,7%) e roubo (15,0%), o que está parcialmente de acordo com as estatísticas do 2º trimestre de 2012, apresentado pela DGRSP, em que para a população reclusa masculina (10310 reclusos), 18,8% desta população está condenada por tráfico de estupefacientes, 28,7% por crimes contra o património (onde se inclui o furto e o roubo) e 7,4% por crimes contra os valores e interesses da vida em sociedade (como é o caso da condução ilegal). Neste estudo, da DGRSP, destaca-se com grande relevo 25,3% da população por crimes contra as pessoas (por exemplo, abuso sexual, homicídios, violação, violência doméstica, entre outros), mas que foram pouco referenciados pela população inquirida neste estudo (4 reclusos (6,8%)).

Quanto ao crime principal relacionados com drogas, 51,7% dos questionados, referem que o seu principal crime não está relacionado com as drogas, o que vai contra o demonstrado por Tavares (2009), em que no seu estudo (com 427 reclusos), 64,1% referia que o seu crime principal está relacionado com as drogas e 35,9% não se encontrava relacionado com estas.

---

<sup>8</sup> Prisão de dias livres - aplicado ao cumprimento de penas pequenas, onde os condenados apenas permanece nos EP's aos fins-de-semana.

Relativamente à variável apoio social, contemplaram-se as visitas e correspondências recebidas e chamadas realizadas, assim como o recorrer às pessoas/profissionais do estabelecimento prisional ou outros que os reclusos destacaram como importantes.

Quanto às visitas, 86,7% dos reclusos que participaram no estudo refere receber visitas, essencialmente da família (80,0%). 51,7% dos reclusos diz receber mensalmente correspondência, principalmente de familiares (41,7%). Relativamente às chamadas telefónicas 88,3% dos reclusos refere realizar diariamente telefonemas, para a família (85,0%).

26 reclusos referem recorrer aos Enfermeiros, 10 aos psicólogos, 5 à chefia dos guardas, 3 aos médicos, 1 ao diretor, 8 aos parceiros de cela, 5 aos guardas, 10 às técnicas e 4 a outros (como amigos e família) com maior frequência manifestando diferentes graus de satisfação quanto à ajuda prestada.

Quanto à avaliação do estado de saúde em geral, 40,0% dos reclusos manifestam que esta nem é boa nem má e 25,0% consideram-na má, o que nos permitir dizer que os reclusos VIH<sup>+</sup> têm uma perceção pouco favorável acerca da sua saúde.

Foi entre o ano 2000 e o 2009, que 50,0% da população em estudo refere ter realizado o primeiro teste positivo para o VIH e entre o ano 1986 e 2000, 58,3% pensa ter sido infetado. 66,7% refere pensar ter sido infetado através das relações sexuais e apenas 30,0% pelas drogas infetáveis.

Em termos médios os reclusos VIH<sup>+</sup> apresentam mais sintomas de ansiedade ( $\underline{M}$ = 16,0;  $\underline{DP}$ =4,44) do que a depressão ( $\underline{M}$ = 12,5;  $\underline{DP}$ = 3,92). O que vai de encontro com o estudo de validação da HADS para a população Portuguesa (Pais-Ribeiro, et al., 2006), em que para a amostra estudada, sem doença, em média ( $\underline{M}$ = 7,81) das pessoas apresentam mais sintomas de ansiedade do que de depressão ( $\underline{M}$ = 3,22), na amostra com doença depressiva, em média apresentam mais sintomas de depressão ( $\underline{M}$ = 12,90) do que de ansiedade ( $\underline{M}$ = 11,0).

A variação da idade dos reclusos não se associa, neste estudo, a existência de mais sintomas de depressão e ansiedade. No entanto, relativamente à escolaridade, quanto menos anos de escolaridade concluídos estão associados mais sintomas de ansiedade e de ansiedade e depressão total.

Indivíduos que apresentam mais baixa escolaridade devem merecer mais atenção dos Enfermeiros, na medida em que esta poderá comprometer a compreensão sobre aspetos importantes acerca da infeção pelo VIH (Sanches, 2008).

Não existem relações estatisticamente significativas entre a depressão e ansiedade e o estado civil, número de filhos e ocupação/atividade profissional antes da detenção.

Relativamente à ocupação no estabelecimento prisional, os reclusos que não têm ocupação apresentam em média mais sintomas de depressão ( $\underline{M}$ = 14,0;  $\underline{DP}$ = 4,3) e depressão e ansiedade total ( $\underline{M}$ = 31,7;  $\underline{DP}$ = 7,9) do que aqueles que têm uma ocupação. Estando estes resultados de acordo com os pressupostos/ objetivos da ocupação nos EP's, que para além de manterem os reclusos ocupados e de lhe dar competências para o desenvolvimento de uma atividade profissional, permite que estes desenvolvam estratégias para o controle dos sintomas de ansiedade e depressão.

Os reclusos consumidores de substâncias lícitas/ilícitas apresentam mais sintomas de depressão e ansiedade total ( $\underline{M}$ = 31,1;  $\underline{DP}$ = 7,4) e de ansiedade ( $\underline{M}$ =17,5;  $\underline{DP}$ =4,2) do que aqueles que não consomem. Isto pode ser explicado pela ilegalidade e das punições associadas ao serem encontrados com as substâncias ilícitas (quer seja para consumo próprio ou tráfico mesmo no interior do EP). O facto de terem de as procurar, incessantemente devido ao vício e também associado à ausência de recursos para o pagamento da dívida contraída pela compra da substância ilícita para consumo faz aumentar os sintomas de depressão e ansiedade (Agra, 2008).

Estar inscrito em algum programa terapêutico, está associado a mais sintomas de depressão e ansiedade ( $\underline{M}$ = 33,0;  $\underline{DP}$ = 7,7) e de ansiedade ( $\underline{M}$ = 18,7;  $\underline{DP}$ = 4,1) do que aqueles que não integram qualquer programa terapêutico. Poderá, isto, estar associado às regras rígidas existentes para quem integra estes programas, um incumprimento grave poderá dar lugar a expulsão ou ao cumprimento de uma sanção. A pressão que certamente é imposta a estes reclusos associadas às variáveis/regras vigentes no próprio sistema leva assim à existência de mais ansiedade e depressão e ansiedade total (Tavares, 2009).

Maiores níveis de ansiedade e depressão estão associados ao maior número de entradas anteriores nos EP's. Às várias entradas, pode-se associar uma antecipação dos acontecimentos rígidos, próprios do sistema, levando a que vivam com uma ansiedade antecipatória, pois a cada entrada existem sempre um conjunto de normas que ocorrem que levam à “despersonificação do eu” referida por Goffman (2008).

À partida, um individuo condenado deverá viver com menos sintomas de ansiedade e depressão do que aqueles que se encontram preventivos, pois os primeiros já apresentam um tempo de condenação em concreto, e os preventivos vivem na dúvida, não sabem a data de libertação ou até mesmo a decisão judicial definitiva sobre a sua condição jurídica. No entanto, e tendo em conta os resultados obtidos, no estudo, não existem diferenças nos sintomas de depressão e ansiedade e o estar preventivo ou condenado e a relação do crime principal com as drogas.

Da relação entre a depressão e a ansiedade e o apoio social, neste estudo, verifica-se que não existe relação entre a depressão e a ansiedade e o receber ou não visitas, correspondência recebida e as chamadas telefónicas realizadas.

A mais sintomas depressivos, associa-se a prioridade e o maior recurso às consultas/ apoio prestado pelos psicólogos. Apesar de os Enfermeiros serem os profissionais de saúde mais facilmente acessíveis no interior do EP, quer pela proximidade quer pela facilidade de solicitar o contacto, quando se trata dos sintomas depressivos, os reclusos recorrem mais aos psicólogos, pois estes vêem os Enfermeiros meramente como técnicos. Estes resultados parecem coerentes com a representação social do Psicólogo enquanto técnico especializado em prestar ajuda psicológica.

À percepção de menos saúde associam-se mais sintomas de depressão e ansiedade, ansiedade e depressão. Quanto mais doente nos sentimos maiores são as incertezas quanto ao futuro, daí a presença de mais sintomas de depressão e ansiedade. Segundo Castanha, et al. (2006) a sintomatologia depressiva e de ansiedade nos doentes seropositivos está associada a vários fatores, dentro os quais se destaca a falta de apoio, o preconceito e as dificuldades enfrentadas pelos mesmos.

Neste estudo não existem associações significativas entre o ano de primeiro teste positivo, ano em que pensam ter sido infetados nem quanto à forma de infeção.

À perceção de menos qualidade de vida, associam-se mais sintomas de depressão e ansiedade, ansiedade e depressão. O mesmo comportamento, manifestam os domínios da QdV (tal como se pode constatar na tabela 38). Segundo refere Castanha, et al. (2006) a depressão e a ansiedade influenciam diretamente a vida de todos os seropositivos, nomeadamente na qualidade de vida como um todo.



## CONCLUSÃO

A conclusão, deve ser sempre vista como o começo de mais uma nova etapa. A consciência que ficamos no final deste trabalho é que, apesar do muito que ficou explorado, se houvesse oportunidade para continuar este trabalho de busca, mais se poderia referenciar, até porque as evidências de determinadas conclusões desencadeiam a produção de novas oportunidades de desenvolvimento de conhecimento.

No entanto, esta é a fase final do trabalho, experiência única, ao longo deste curto período de tempo, onde se enumeram objetivos, questões de investigação e se escolheram as referências metodológicas para a sua concretização.

Para além dos avanços, os recuos foram fulcrais para se encontrar este caminho e certamente alguns foram os erros cometidos. Só desta forma se conseguiu desenvolver a consciência crítica e prática do que é fazer um trabalho de investigação e a sua importância para a sociedade e para a Enfermagem.

O VIH em meio prisional é uma doença altamente estigmatizante e os pedidos de ajuda que chegam diariamente aos profissionais são inúmeros e maioritariamente os doentes, já chegam com marcada sintomatologia de ansiedade e depressão. É assim importante que os Enfermeiros reconheçam que cuidar é uma partilha constante (entre quem cuida e a pessoa que é cuidada).

Devemos desenvolver a consciência de que o VIH é uma doença crónica e que as perturbações psiquiátricas, como a ansiedade e a depressão, têm elevada prevalência na população com VIH (tal como na população em geral), mas que são de difícil diagnóstico e tratamento. Estas são facilmente confundidas com outras consequências conhecidas e bem retratadas acerca desta doença.

Daí a importância de os Enfermeiros desenvolverem competências para detetar esta sintomatologia (associada ou não à doença) precocemente e desta forma ajudar o utente VIH<sup>+</sup> a lidar com a conotação social da doença, prestar apoio emocional, ajudara lidar com as questões de ordem afetiva fundamentais para a adoção de práticas voltadas para o autocuidado fulcrais para a melhoria da QdV em geral e em todos os seus domínios.

Os Enfermeiros especialistas em saúde mental e Psiquiatria, devem estar atentos aos sinais de desenvolvimento da sintomatologia depressiva e ansiosa, para que se possa desenvolver, em conjunto com o doente, um conjunto de estratégias para se controlar estas e assim estes passarem a ter uma melhor perceção de saúde.

Neste estudo, e tendo em conta o descrito, analisou-se a relação existente entre a depressão e a ansiedade com as variáveis psicossociais, jurídicas, de consumo e de saúde com a QdV das pessoas com VIH<sup>+</sup> em meio prisional.

Iniciou-se o estudo, realizando uma revisão sobre as temáticas: a pessoa com VIH<sup>+</sup> em meio prisional, a depressão, a ansiedade e a QdV (em geral e em meio prisional) e sobre a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria em meio prisional. Integrando-se nestas as definições de QdV, ansiedade e depressão.

Usaram-se escalas, de forma a se obterem dados mais consistentes, permitindo a sua utilização para se contribuir para a melhoria dos cuidados de Enfermagem, baseados na evidência. Este estudo contribuiu para a aquisição de novos conhecimentos, promovendo mudanças nas intervenções de Enfermagem, cada vez mais baseadas e fundamentadas na pesquisa científica, realizada por Enfermeiros.

Ao longo do caminho percorrido, desenvolveu-se um trabalho configurado no paradigma de investigação quantitativa, realizando-se uma análise da depressão e da ansiedade, das pessoas com VIH<sup>+</sup> em meio prisional e a sua QdV.

Os resultados principais obtidos referem-se à amostra em estudo, tendo-se obtido as seguintes conclusões:

- Os reclusos VIH<sup>+</sup> apresentam mais sintomas de ansiedade do que de depressão;

- Os participantes com menos escolaridade apresentam mais sintomas de depressão e ansiedade;
- Os reclusos sem ocupação no EP têm mais sintomas de depressão e depressão e ansiedade total;
- Os consumidores de substâncias lícitas/ ilícitas apresentam mais sintomatologia de depressão e ansiedade (total) e de ansiedade;
- A participação/ integração em programas terapêuticos associam-se maiores níveis de depressão e ansiedade total e de ansiedade;
- A reincidência na admissão nos EP's associa-se a mais sintomas de ansiedade e depressão;
- A prioridade no recurso a consulta de Psicologia associa-se a mais sintomas depressivos;
- Perceção de menos saúde associa-se a mais sintomas de depressão e ansiedade;
- A perceção de menos QdV global e dos diversos domínios associa-se a mais sintomas de depressão e ansiedade.

Posto isto, torna-se pertinente refletir sobre as limitações deste estudo. Por ser um estudo transversal não nos permite avaliar e comparar os dados, da mesma população, quer antes de serem condenados e após a condenação ou então a comparação em meio prisional e em liberdade. Para além disso, e devido à característica da manipulação da população, seria importante o próprio questionário ter contemplado algumas questões de contra prova dos dados colhidos, nomeadamente no que concerne ao consumo de substâncias (se antes ou durante a privação da liberdade).

A pouca evidência científica, para a população prisional foi também uma limitação, pois houve dificuldades em comparar os resultados obtidos com os de outros estudos que tivessem avaliado a depressão e a ansiedade das pessoas com VIH em meio prisional e a qualidade de vida.

A importância deste trabalho para o Enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria é fazer uma reflexão importante, pois o fim último é melhorar continuamente os cuidados prestados baseados nas evidências científicas. Desta forma, a formação de um corpo de conhecimentos sólidos em Enfermagem e a prática baseada na evidência deve motivar o desenvolvimento de estudos baseados nas práticas dos Enfermeiros.

Para além da divulgação do estudo, de forma a sensibilizar os profissionais de saúde e se desmistificar a doença em meio prisional será também de extrema importância a realização de outros estudos de âmbito quantitativo e qualitativo como:

- Avaliar a QdV dos doentes com VIH<sup>+</sup> em meio prisional;
- Preditores da depressão e ansiedade nos reclusos VIH<sup>+</sup> em meio prisional;
- Estudos de caso, que permitem compreender as implicações psicológicas e relacionais em meio prisional nos doentes com VIH<sup>+</sup>.

Pensámos que há ainda muito a fazer, mas é com satisfação que no final do trabalho, se reconhece que se atingiu o que foi planeado. Os saberes que daqui emergiram são satisfatórios, mas ao mesmo tempo produtores de novas questões, que levam ao desejo de continuar o processo de investigação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**ACT, AIDS Committee of Toronto - 2011.** Estigma e Discriminação relacionados ao VIH. ACT. [Online] ACT, Março de 2011. [Citação: 26 de Abril de 2013.] <http://www.actoronto.org/home.nsf/pages/estigma>.

**Agra, Cândido da. 2008.** *Entre Droga e Crime*. 2ª Edição. Cruz Quebrada : Casa das Letras, 2008.

**Amaro, F., Pereira, M.E. e Teles, L. C. 2009.** *HIV risk perception, attitudes and sexual behaviour im Portugal*. 1ª Edição. s.l. : STD AIDS, 2009. pp. 56-60.

**Andrade, L. e Gorenstein, C. 2001.** Aspetos gerais das escalas de avaliação de ansiedade . *Revista de Psiquiatria Clinica*. Semestral, 2001, Vol. 6.

**Andreson, E. 1993.** The hospital anxiety and depression scale: Homogeneity of the subscales. *Social Behaviour and Personality*. 1993, Vol. 21, pp. 197-204.

**Araújo, Fábio Alves, Nakano, Tatiana decássia e Gouveia, Maria Lígia de Aquino. 2009.** Prevalência de depressão e ansiedade em detentos. *Avaliaçãp Psicológica*. I, 2009.

**Betteridge, G. 2006.** *Evidence of HIV transmission in prisons*. s.l. : Law Rev, 2006.

**Bettinelli, L. A. 2002.** *A solidariedade no cuidado: dimensão e sentido da vida*. s.l. : Florianópolis, 2002.

**Blanco, I. Ruiz Pérez, et al. 2005.** Morbilidad Psíquica y apoyo social en reclusos en tratamiento con antirretrovirales. *Rev. Clin Esp*. 5, 2005.

**Bowling, A. 2002.** The concept of quality of life in relation to health. *Journal of History of Medicine*. 2002, Vol. 3, pp. 625-626.

**Branco, Alcina. 2007.** *Contextos de trabalho e processos de integração de toxicodependentes*. Lisboa : Coleção de estudos - Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2007.

**Canavarro, M. C., et al. 2010.** Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref). [autor do livro] C. Canavarro & A. Vaz Serra. *Qualidade de vida e Saúde: Uma abordagem na perspetiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian, 2010, pp. 171-190.

**Canavarro, Maria Cristina e Pereira, Marco. 2011.** Avaliação da qualidade de vida na infeção por VIH/SIDA: Desenvolvimento e aplicação da versão em Português Europeu do WHOQOL-HIV-Bref. *Laboratório de Psicologia*. 2011.

**Castanha, A. R., et al. 2006.** A AIDS e o fenómeno da depressão. [autor do livro] AIDS Congress. *Prevenção da SIDA: Um desafio que não pode ser perdido* . Recife - Brasil : s.n., 2006.

**Castillo, Luis Sordo del. 2009.** *Reclusos VIH que rehusan el tratamiento con antirretrovirales: calidad de vida y características psicosociales*. Granada : Universidad de Granada, 2009.

**Comissão Nacional de luta contra a SIDA. 2007.** *Sida em meio prisional: Uma caracterização com base nos estabelecimentos prisionais de Tires e do Montijo*. Lisboa : s.n., 2007.

**Coordenação Nacional para a infeção VIH/SIDA. 2009.** Recomendações Portuguesas para o Tratamento da infeção VIH/SIDA. [Online] Fevereiro de 2009. [Citação: 10 de Maio de 2013.] <http://www.sida.pt>.

**Correira, A. C. 2007.** Qualidade de vida dos doentes seropositivos para o VIH. Coimbra : Instituto Superior Miguel Torga (Dissertação de Mestrado), 2007.

**Cunha, Manuela Ivone. 2002.** *Entre o Bairro e a Prisão: Tráfico e Trajetos* . s.l. : Fim de Século Edições, 2002.

**Daniel, C. e Souza, M. 2006.** Modos de subjetivar e de configurar o sofrimento: depressão e modernidade. *Psicologia em Revista*. 12, 2006.

**Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP). 2012.** Direção Geral dos Serviços Prisionais. *Estatísticas de 2012*. [Online] 31 de Dezembro de 2012. [Citação: 15 de Junho de 2013.] <http://www.dgsp.mj.pt/>.

Fayers, P. e Machin, D. 2000. *Quality of life: Assessment, analysis and interpretation*. Wiley : s.n., 2000.

Fortin, M. F. 2000. *O processo de Investigação: da conceção à realização*. Loures : Lusociência, 2000.

Fortin, Marie-Fabienne, Côté, José e Filion, Françoise. 2009. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures : Lusodidacta, 2009.

Freire, T. e Almeida, L. 2000. *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação*. Braga : Edições Psiquilíbrios, 2000.

Gameiro, S., et al. 2010. Fatores sociais e demográficos de variabilidade da qualidade de vida na população geral. [autor do livro] Maria Cristina Canavarro e Adriano Vaz Serra (coord.). *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspetiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian, 2010.

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

Gonçalves, Rui Abrunhosa. 2008. *Delinquência, Crime e Adaptação à Prisão*. 3ª Edição. Lisboa : Quarteto, 2008.

Gouveia & McIntyre. 2003. *Escala de Ansiedade de Depressão Hospitalar. Versão Portuguesa de Investigação*. s.l. : Universidade do Minho, 2003.

Grupo de trabalho Justiça/Saúde. 2006. Plano de Ação Nacional para Combate à Propagação de Doenças Infeciosas em Meio Prisional. s.l. : Despacho conjunto nº72/2006, 2006.

Guerra, Marina Prista. 1998. Droga e SIDA: Qual a relação? *Journal de Psicologia*. 1998, Vol. 10.

Herrmann, C. 1997. International experiences with the hospital anxiety and depression scale - a review of validation data and clinical results. 1997, Vol. 42, pp. 17-41.

Horta et al. 2004. *Infeção VIH/SIDA*. V.N. Famalicão : Lecour, 2004.

**Instituto da Droga e da Toxicodependência. 2011. *Relatorio anual 2011: A situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Lisboa : IDT, 2011.**

**Internacional Council of Nurses - ICN. 2011. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Genebra : ICN, 2011. Vol. Versão 2.**

**Jones, Owen, Daniels, Stephen e Hunter, Athena. 2011. *Depressão e ansiedade. Os sintomas, as causas e os sinais da ansiedade*. [Online] Copyright, Março de 2011. [Citação: 27 de Maio de 2013.] <http://www.depressaoansiedade.com/ansiedade-generalizada-sintomas-tratamento-auto-ajuda.html>.**

**Kjelsberg, E., et al. 2006. Mental health consultations in a prison population: a descriptive study. *BMC Psychiatry*. 2006, Vol. 6.**

**Leal, Carla. 2008. Reavaliar o conceito de qualidade de vida. *Açores*. [Online] Universidade dos Açores, 2008. [Citação: 17 de Maio de 2013.] <http://www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas/Carla%20Leal.pdf>.**

**Leplège, A., et al. 1997. Measuring quality of life from the point of view of HIV-positive subjects. *Quality of life Research*. 1997, Vol. 6, pp. 585-594.**

**Luidy, Revicki e Genesté. 1999. *Quality of life: evolution*. s.l. : AAM, 1999.**

**Macalino, G. E., et al. 2004. Prevalence and incidence of HIV, hepatitis B virus, and hepatitis C virus infections among males in Rhode Island prisons. s.l. : Am J Public Health, 2004. Vol. 7.**

**Magalhães, Renata, Paixão, Rui e Pereira, Marco. 2010. Relação terapêutica e adesão em doentes portadores da infeção pelo vírus da imunodeficiência humana. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2010, Vol. 1, pp. 71-81.**

**Manzanera, C. e Senon, J. L. 2004. Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire: organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques. *Annales Médico Psychologiques*. Anual, 2004, Vol. 162.**

**Martin, C. R. e Thompson, D. R. 2005. A psychometric evaluation of the hospital anxiety and depression scale in coronary care patients following myocardial infarction. *Psychology health Medicine*. 2005, Vol. 5, pp. 193-202.**

**Meleis, Afaf I. e Chick, Norma. 1986.** *Transitions: A Nursing Concern*. San Francisco : s.n., 1986.

**Mestre, Ana Luisa C. P. 2000.** *Qualidade de vida na população prisional: no ir e no estar*. Lisboa : Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2000.

**Minayo, M. C., Hartz, Z. M. e Buss, P.M. 2000.** Qualidade de vida e saúde: Um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000.

**Moorey, S., et al. 1991.** The factor structure and factor stability of the hospital anxiety and depression scale in patients with cancer. *British Journal Psychiatry*. 1991, Vol. 158, pp. 255-259.

**Muszbeck, K., et al. 2006.** Validation of the Hungarian translation of the hospital anxiety and depression scale. *Quality of life research*. 2006, Vol. 15, pp. 761-766.

**Oliveira, A. Gouveia. 2009.** *Bioestatística, epidemiologia e investigação*. Lisboa : Lidel, 2009.

**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 destaque s/OE\\_InvestigEnfermPosCDTomadadePosicao2604.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedede destaque s/OE_InvestigEnfermPosCDTomadadePosicao2604.pdf).

**Organização Mundial da Saúde. 2008.** *CID -10: Classificação de Transtornos Mentais*. s.l. : Artmed, 2008.

**Organização Mundial de Saúde . 2005.** *Livro Verde: Melhorar a Saúde Mental da população. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas : Comissão das Comunidades Europeias, 2005.

**Organização Mundial de Saúde. 2001.** *Saúde mental: novos conhecimentos, novas esperanças - Informações sobre a saúde do mundo*. Genebra : OMS, 2001.

**Pais-Ribeiro, J., et al. 2006.** Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*. 2006, Vol. 1.

**Pais-Ribeiro, José Luis. 2005.** *Introdução à Psicologia da Saúde*. 1ª Edição. s.l. : Quarteto, 2005.

**Pais-Ribeiro, José Luis. 2010.** *Metodologia de investigação: em Psicologia e Saúde*. 3ª Edição. Porto : Legis Editora, 2010.

**Pereira, Marco e Canavarro, Maria Cristina. 2010.** Determinantes da qualidade de vida dos doentes infetados pelo vírus da imunodeficiência humana/ Síndrome da imunodeficiência adquirida. [autor do livro] Maria Cristina Canavarro e Adriano Vaz Serra (coord.). *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspetiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian, 2010, pp. 325-347.

**Pinese, C. S. V. 2005.** *Análise do contexto funcional de uma penitenciária feminina com enfoque nas ações de Enfermagem*. Ribeirão Preto : Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2005.

**Pinto, G. e Hirdes, A. 2006.** O processo de institucionalização dos detentos: perspetivas de reabilitação e reinserção social. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 4, 2006, Vol. 10.

**Polit, D., Beck, C. e Hungler, B. 2004.** *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem; métodos, avaliação e utilização*. 5ª Edição. Porto Alegre : Artmed, 2004.

**Português, M. R. 2001.** Educação de adultos presos. *Educação e Pesquisa*. 2, 2001.

**Quivy, R. e Campenhoudt, L. V. 1998.** *Manual de Investigação em Ciências sociais*. Lisboa : Gradiva, 1998.

**Ribeiro, J. L. 2002.** Qualidade de vida e doença oncológica. [autor do livro] M. R. Dias e E. Durá. *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa : Climepsi editores, 2002, pp. 75-98.

**Ricci-Cabello, Ignacio, et al. 2010.** Morbilidad psíquica, existencia de diagnóstico y consumo de psicofármacos. Diferencias por comunidades autónomas según la encuesta nacional de salud de 2006. *Esp. Salud Pública*. 2010, Vol. I.

**Sadock, B. J. e Sadock, V. A. 2007.** *Compêndio de Psiquiatria*. 9ª Edição. Porto Alegre : Artmed, 2007.

**Sanches, Roberta. 2008.** *Pacientes sob Terapia Anti-Retroviral: subsídios para o cuidado de Enfermagem a portadores do HIV-1.* Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto : Universidade de São Paulo, 2008.

**Seidl, Eliane M. F. e Zannon, Célia M. L. C. 2004.** Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública.* 2, 2004, Vol. 20.

**Silva, M. C. 2008.** *Depressão: pontos de vista e conhecimento do Enfermeiro da rede básica de saúde .* São Paulo : Esc. de Ribeirão Preto, 2008.

**Smith, J., et al. 2002.** Health and well-being in the young and oldest old. *Journal of social issues.* 2002, Vol. 58, pp. 715-732.

**Soethe, J. 2006.** *Conexões para uma nova civilização.* São Leopoldo : Oikos, 2006.

**Tavares, G. e Almeida, Rosa. 2010.** Violence, Drug dependence and mental disturbances in prisoners. *Estudos de Psicologia.* Trimestral, 2010, Vol. 4.

**Tavares, Jorge Manuel Silva. 2009.** *Drogas entre grades: Prevalência do consumo de drogas em meio prisional (Tese de Mestrado).* Porto : s.n., 2009.

**Tostes, M. A. 1998.** *Qualidade de vida de mulheres com infecção pelo VIH.* Rio de Janeiro : Instituto de Psiquiatria, 1998.

**Townsend, Mary C. 2011.** *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência.* Loures : Lusociência, 2011.

**Vaz-Serra, Adriano. 2010.** Qualidade de vida e saúde. [autor do livro] Maria Cristina Canavarro e Adriano Vaz Serra (Coord.). *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde.* Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian, 2010, pp. 23-53.

**Vaz-Serra, Adriano. 2005.** *Stress na vida de todos os dias.* Coimbra : Gráfica de Coimbra, 2005.

**Vaz-Serra, Adriano. 2013.** Transtornos psiquiátricos em indivíduos contaminados pelo vírus VIH. *SIDA.* Bimestral, Junho de 2013, Vol. 3, pp. 40-44.

**Vieira, F. 2008.** Qualidade de vida de pessoas com AIDS em uma região portuária do sul do Brasil. *Dissertação.* Brasil : s.n., 2008.

Vilelas, J. 2009. *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. 1ª Edição. Lisboa : Edições Sílabo, 2009.

Watson, D., Clark, L. A. e K.Weber. 1995. Testing a tripartite model. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. 1995, Vol. 104, pp. 3-11.

WHOQOL Group. 1994. Development os the WHOQOL: Rationale and current status. *Internacional Journal os Mental Health*. 3, 1994.

World Health Organization Regional Office for Europe. 2001. HIV in Prisons. 2001.

World Health Organization Regional Office for Europe. 2005. *Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction*. s.l. : WHO, 2005.

Yang, M.H., Kuo, Y.M. e Wang, K.Y. 2003. Quality os life an related factors for people living with HIV/AIDS. *Journal of Nurse Research*. 3, 2003, Vol. 11.

Zigmond, A. S. e Snaith, R. P. 1983. Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983, Vol. 67, pp. 361-370.

Zimpel, Rogério R. 2003. *Avaliação da qualidade de vida em pacientes HIV*. Porto Alegre : s.n., 2003.

**ANEXOS**



## **ANEXO I**

- Dados da Caracterização da Amostra



Tabela A - Caracterização da amostra: Idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
28	1	1,7	1,7	1,7
30	5	8,3	8,3	10,0
32	4	6,7	6,7	16,7
33	4	6,7	6,7	23,3
34	2	3,3	3,3	26,7
35	3	5,0	5,0	31,7
36	3	5,0	5,0	36,7
37	2	3,3	3,3	40,0
38	6	10,0	10,0	50,0
39	3	5,0	5,0	55,0
41	2	3,3	3,3	58,3
42	4	6,7	6,7	65,0
43	6	10,0	10,0	75,0
44	2	3,3	3,3	78,3
45	1	1,7	1,7	80,0
46	1	1,7	1,7	81,7
47	1	1,7	1,7	83,3
49	1	1,7	1,7	85,0
50	1	1,7	1,7	86,7
52	1	1,7	1,7	88,3
53	3	5,0	5,0	93,3
54	1	1,7	1,7	95,0
57	2	3,3	3,3	98,3
62	1	1,7	1,7	100,0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Tabela B - Caracterização da amostra: Escolaridade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
2	1	1,7	1,7	1,7
3	1	1,7	1,7	3,4
4	12	20,0	20,3	23,7
5	4	6,7	6,8	30,5
6	15	25,0	25,4	55,9
7	4	6,7	6,8	62,7
8	1	1,7	1,7	64,4
9	10	16,7	16,9	81,4
10	5	8,3	8,5	89,8
11	1	1,7	1,7	91,5
12	4	6,7	6,8	98,3
14	1	1,7	1,7	100,0
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>98,3</b>	<b>100,0</b>	
<b>Missing System</b>	<b>1</b>	<b>1,7</b>		
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>		

**Tabela C - Caracterização da amostra: Número de Filhos**

		Número de filhos			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	1	18	30,0	47,4	47,4
	2	11	18,3	28,9	76,3
	3	6	10,0	15,8	92,1
	5	2	3,3	5,3	97,4
	7	1	1,7	2,6	100,0
	<b>Total</b>		38	63,3	100,0
<b>Missing</b>	<b>System</b>	22	36,7		
<b>Total</b>		60	100,0		

**Tabela D - Caracterização da amostra: Número de Filhos Menores**

		Número de filhos menores			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	1	16	26,7	61,5	61,5
	2	8	13,3	30,8	92,3
	3	1	1,7	3,8	96,2
	4	1	1,7	3,8	100,0
	<b>Total</b>		26	43,3	100,0
<b>Missing</b>	<b>System</b>	34	56,7		
<b>Total</b>		60	100,0		

**Tabela E - Caracterização da amostra: Número de Filhos Maiores**

		Número de filhos maiores			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	1	12	20,0	63,2	63,2
	2	3	5,0	15,8	78,9
	3	3	5,0	15,8	94,7
	6	1	1,7	5,3	100,0
	<b>Total</b>		19	31,7	100,0
<b>Missing</b>	<b>System</b>	41	68,3		
<b>Total</b>		60	100,0		

Tabela F - Caracterização da amostra: Profissão efetiva, antes da detenção

Profissão efetiva _ variável string		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Agricultor	1	1,7	1,7	1,7
	Ajudante cozinha	1	1,7	1,7	3,3
	Armador de ferro	1	1,7	1,7	5,0
	Canalizador	1	1,7	1,7	6,7
	Carpinteiro	3	5,0	5,0	11,7
	Construção Civil	5	8,3	8,3	20,0
	Correio	1	1,7	1,7	21,7
	Cozinheiro	1	1,7	1,7	23,3
	Electricista	1	1,7	1,7	25,0
	Emp. Fabril	1	1,7	1,7	26,7
	Empreg. Mesa	1	1,7	1,7	28,3
	Estudante	1	1,7	1,7	30,0
	Feirante	1	1,7	1,7	31,7
	Funcionário Público	1	1,7	1,7	33,3
	Hotelaria	1	1,7	1,7	35,0
	Manobrador	2	3,3	3,3	38,3
	Mecanico	2	3,3	3,3	41,7
	Montag. tectos	1	1,7	1,7	43,3
	Motorista	1	1,7	1,7	45,0
	Musico	1	1,7	1,7	46,7
	Orçamentista	1	1,7	1,7	48,3
	Padeiro	1	1,7	1,7	50,0
	Pescador	1	1,7	1,7	51,7
	Pintor	2	3,3	3,3	55,0
	Reformado	2	3,3	3,3	58,3
	Repositor	1	1,7	1,7	60,0
	Sem ocupação	13	21,7	21,7	81,7
	Serralheiro	1	1,7	1,7	83,3
	Sucateiro	1	1,7	1,7	85,0
	Tec. de manutenção	1	1,7	1,7	86,7
	Vendedor	6	10,0	10,0	96,7
	Vigilante	2	3,3	3,3	100,0
	<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

**Tabela G - Caracterização da amostra: Ocupação no Estabelecimento Prisional**

**Qual é a sua ocupação no estabelecimento prisional**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	Faxina geral	5	8,3	21,7	21,7
	Faxina do controle	3	5,0	13,0	34,8
	Obras	2	3,3	8,7	43,5
	Montagem das molas	1	1,7	4,3	47,8
	Outro	12	20,0	52,2	100,0
	<b>Total</b>	23	38,3	100,0	
<b>Missing System</b>		37	61,7		
<b>Total</b>		60	100,0		

**Tabela H - Caracterização da amostra: Outra ocupação no Estabelecimento Prisional**

**Outra ocupação no estabelecimento prisional**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>		47	78,3	78,3	78,3
	Agricultura	1	1,7	1,7	80,0
	Escola	8	13,3	13,3	93,3
	Musico	1	1,7	1,7	95,0
	Padaria	1	1,7	1,7	96,7
	Recreio	1	1,7	1,7	98,3
	Tec. de manutenção	1	1,7	1,7	100,0
	<b>Total</b>	60	100,0	100,0	

Tabela I - Caracterização da amostra: Idade de início de consumos

		Idade início de consumos			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5	1	1,7	2,2	2,2
	7	3	5,0	6,5	8,7
	10	2	3,3	4,3	13,0
	11	1	1,7	2,2	15,2
	12	6	10,0	13,0	28,3
	13	6	10,0	13,0	41,3
	14	12	20,0	26,1	67,4
	15	1	1,7	2,2	69,6
	16	5	8,3	10,9	80,4
	17	3	5,0	6,5	87,0
	18	1	1,7	2,2	89,1
	19	2	3,3	4,3	93,5
	20	1	1,7	2,2	95,7
	27	1	1,7	2,2	97,8
	31	1	1,7	2,2	100,0
	<b>Total</b>	46	76,7	100,0	
Missing	<b>System</b>	14	23,3		
<b>Total</b>		60	100,0		

Tabela J - Caracterização da amostra: Gostava de estar inscrito em algum programa terapêutico

		Gostava de estar inscrito em algum programa			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	8	13,3	21,6	21,6
	Não	29	48,3	78,4	100,0
	<b>Total</b>	37	61,7	100,0	
Missing	<b>System</b>	23	38,3		
<b>Total</b>		60	100,0		

**Tabela K - Caracterização da amostra: Qual dos programas gostava de estar inscrito**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Valid</b>	Metadona	3	5,0	37,5	37,5
	Unidade Livre de Drogas	1	1,7	12,5	50,0
	Camarata OA	1	1,7	12,5	62,5
	Grupo de abstinentes	2	3,3	25,0	87,5
	Outro	1	1,7	12,5	100,0
	<b>Total</b>	8	13,3	100,0	
<b>Missing</b>	<b>System</b>	52	86,7		
<b>Total</b>		60	100,0		

Tabela L - Caracterização da amostra: Tempo de condenação em meses

		Tempo de condenação em meses			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	4	2	3,3	3,7	3,7
	8	1	1,7	1,9	5,6
	12	2	3,3	3,7	9,3
	13	1	1,7	1,9	11,1
	14	1	1,7	1,9	13,0
	15	1	1,7	1,9	14,8
	24	1	1,7	1,9	16,7
	28	2	3,3	3,7	20,4
	30	1	1,7	1,9	22,2
	32	1	1,7	1,9	24,1
	36	1	1,7	1,9	25,9
	40	2	3,3	3,7	29,6
	42	2	3,3	3,7	33,3
	47	1	1,7	1,9	35,2
	48	1	1,7	1,9	37,0
	49	1	1,7	1,9	38,9
	50	1	1,7	1,9	40,7
	51	1	1,7	1,9	42,6
	54	3	5,0	5,6	48,1
	57	2	3,3	3,7	51,9
<b>Valid</b>	60	2	3,3	3,7	55,6
	62	1	1,7	1,9	57,4
	63	1	1,7	1,9	59,3
	66	2	3,3	3,7	63,0
	68	1	1,7	1,9	64,8
	69	1	1,7	1,9	66,7
	71	1	1,7	1,9	68,5
	72	1	1,7	1,9	70,4
	78	1	1,7	1,9	72,2
	79	1	1,7	1,9	74,1
	80	2	3,3	3,7	77,8
	84	1	1,7	1,9	79,6
	90	3	5,0	5,6	85,2
	96	1	1,7	1,9	87,0
	102	2	3,3	3,7	90,7
	108	1	1,7	1,9	92,6
	132	1	1,7	1,9	94,4
	141	1	1,7	1,9	96,3
	168	1	1,7	1,9	98,1
	218	1	1,7	1,9	100,0
	<b>Total</b>	54	90,0	100,0	
<b>Missing</b>	<b>System</b>	6	10,0		
<b>Total</b>		60	100,0		

Tabela M - Caracterização da amostra: condenado a algum crime relacionado com as drogas

**Está condenado a algum tipo relacionado com as drogas**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	29	48,3	48,3	48,3
	Não	31	51,7	51,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tabela N - Caracterização da amostra: número de visitas mês

**Número de visitas**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	10	16,7	19,2	19,2
	2	7	11,7	13,5	32,7
	3	1	1,7	1,9	34,6
	4	11	18,3	21,2	55,8
	5	3	5,0	5,8	61,5
	6	3	5,0	5,8	67,3
	8	17	28,3	32,7	100,0
	Total	52	86,7	100,0	
Missing	System	8	13,3		
Total		60	100,0		

Tabela O - Caracterização da amostra: número de correspondência mês

**Número de vezes de correspondência**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	9	15,0	29,0	29,0
	2	9	15,0	29,0	58,1
	3	1	1,7	3,2	61,3
	4	6	10,0	19,4	80,6
	5	3	5,0	9,7	90,3
	8	2	3,3	6,5	96,8
	20	1	1,7	3,2	100,0
	Total	31	51,7	100,0	
Missing	System	29	48,3		
Total		60	100,0		

Tabela P - Caracterização da amostra: número de chamadas telefónicas dia

		Número de chamadas telefónicas			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	21	35,0	39,6	39,6
	2	14	23,3	26,4	66,0
	3	10	16,7	18,9	84,9
	4	3	5,0	5,7	90,6
	5	1	1,7	1,9	92,5
	6	1	1,7	1,9	94,3
	8	1	1,7	1,9	96,2
	10	1	1,7	1,9	98,1
	11	1	1,7	1,9	100,0
		<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>88,3</b>	<b>100,0</b>
Missing	System	7	11,7		
<b>Total</b>		<b>60</b>	<b>100,0</b>		

Tabela Q - Caracterização da amostra: Frequência e Grau de satisfação quanto à ajuda prestada pelos Enfermeiros e grau

		Grau de Satisfação com a Ajuda					Total
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito/nem satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	
Frequência	Maior	2 7,7%	2 7,7%	1 3,8%	13 50,0%	8 30,8%	26 100%
	Intermédia	0 0,0%	1 8,3%	2 16,7%	6 50,0%	3 25,0%	12 100%
	Menor	2 28,6%	0 0,0%	3 42,9%	2 28,6%	0 0,0%	7 100%
	<b>Total</b>	<b>4 8,9%</b>	<b>3 6,7%</b>	<b>6 13,3%</b>	<b>21 46,7%</b>	<b>11 24,4%</b>	<b>45 100%</b>

**Tabela R - Caracterização da amostra: Frequência e Grau de satisfação quanto à ajuda prestada pelos Psicólogos**

		<b>Grau de Satisfação com a Ajuda</b>					
<b>Frequência</b>		<b>Muito insatisfeito</b>	<b>Insatisfeito</b>	<b>Nem insatisfeito/nem satisfeito</b>	<b>Satisfeito</b>	<b>Muito Satisfeito</b>	<b>Total</b>
	Maior		1 10,0%	1 10,0%	3 30,0%	4 40,0%	1 10,0%
Intermédia		1 14,3%	1 14,3%	1 14,3%	3 42,9%	1 14,3%	7 100%
Menor		1 8,3%	0 0,0%	1 8,3%	6 50,0%	4 33,3%	12 100%
<b>Total</b>		3 10,3%	2 6,9%	5 17,2%	13 44,8%	6 20,7%	29 100%

**Tabela S - Caracterização da amostra: Frequência e Grau de satisfação quanto à ajuda prestada pela Chefia dos Guardas**

		<b>Grau de Satisfação com a Ajuda</b>			
<b>Frequência</b>		<b>Muito insatisfeito</b>	<b>Nem insatisfeito/nem satisfeito</b>	<b>Satisfeito</b>	<b>Total</b>
	Maior		1 20,0%	1 20,0%	3 60,0
Intermédia		0 0,0%	2 50,0%	2 50,0%	4 100%
Menor		0 0,0%	1 50,0%	1 50,0%	2 100%
<b>Total</b>		1 9,1%	4 36,4%	6 54,5%	11 100%

**Tabela T** - Caraterização da amostra: Frequência e Grau de satisfação quanto à ajuda prestada pelos Médicos

		Grau de Satisfação com a Ajuda				
Frequência		Insatisfeito	Nem insatisfeito/ nem satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	Total
	Maior	0	0	2	1	3
	0,0%	0,0%	66,7%	33,3%	100%	
Intermédia	0	1	7	5	13	
	0,0%	7,7%	53,8%	38,5%	100%	
Menor	2	1	3	0	6	
	33,3%	16,7%	50,0%	0,0%	100%	
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>22</b>	
	9,1%	9,1%	54,5%	27,3%	100%	

**Tabela U** - Caraterização da amostra: Frequência e Grau de satisfação quanto à ajuda prestada pelo Diretor

		Grau de Satisfação com a Ajuda		
Frequência		Nem insatisfeito/ nem satisfeito	Satisfeito	Total
	Maior	0	1	1
	0,0%	100%	100%	
Intermédia	1	0	1	
	100%	0,0%	100%	
Menor	0	3	3	
	0,0%	100%	100%	
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
	20,0%	80,0%	100%	

**Tabela V** - Caraterização da amostra: Frequência e Grau de satisfação quanto à ajuda prestada pelo Parceiros de cela

		<b>Grau de Satisfação com a Ajuda</b>					
<b>Frequência</b>		<b>Muito insatisfeito</b>	<b>Insatisfeito</b>	<b>Nem insatisfeito/nem satisfeito</b>	<b>Satisfeito</b>	<b>Muito Satisfeito</b>	<b>Total</b>
	Maior		0 0,0%	1 12,5%	1 12,5%	4 50,0%	2 25,0%
Intermédia		2 25,0%	0 0,0%	0 0,0%	5 62,5%	1 12,5%	8 100%
Menor		0 0,0%	0 0,0%	1 11,1%	7 77,8%	1 11,1%	9 100%
<b>Total</b>		2 8,0%	1 4,0%	2 8,0%	16 64,0%	4 16,0%	25 100%

**Tabela W** - Caraterização da amostra: Frequência e Grau de satisfação quanto à ajuda prestada pelos Guardas

		<b>Grau de Satisfação com a Ajuda</b>				
<b>Frequência</b>		<b>Insatisfeito</b>	<b>Nem insatisfeito/nem satisfeito</b>	<b>Satisfeito</b>	<b>Muito Satisfeito</b>	<b>Total</b>
	Maior		1 20,0%	1 20,0%	2 40,0%	0 0,0%
Intermédia		1 25,0%	1 25,0%	1 25,0%	1 25,0%	4 100%
Menor		1 16,7%	0 0,0%	2 33,3%	3 50,0%	6 100%
<b>Total</b>		3 20,0%	2 13,3%	5 33,3%	4 26,7%	15 100%

Tabela Y - Caracterização da amostra: Grau de satisfação quanto à ajuda prestada pelas Técnicas

		Grau de Satisfação com a Ajuda					
Frequência		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito/nem satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	Total
	Intermédia		1 10,0%	2 20,0%	0 0,0%	6 60,0%	1 10,0%
Menor		2 14,3%	1 7,1%	1 7,1%	6 42,9%	4 28,6%	14 100%
Total		3 12,5%	3 12,5%	1 4,2%	12 50,0%	5 20,8%	24 100%

Tabela X - Caracterização da amostra: Grau de satisfação quanto à ajuda prestada pelos Outros (Família e Amigos)

		Grau de Satisfação com a Ajuda				
Frequência		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito/nem satisfeito	Satisfeito	Total
	Maior		0 0,0%	0 0,0%	1 50,0%	1 50,0%
Menor		1 50,0%	1 50,0%	0 0,0%	0 0,0%	2 100%
Total		1 25,0%	1 25,0%	1 25,0%	1 25,0%	4 100%

**Tabela Z - Caracterização da amostra: Ano de realização do primeiro teste positivo para o VIH**

		<b>Ano em que realizou o primeiro teste positivo para o VIH</b>			
		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>	<b>Valid Percent</b>	<b>Cumulative Percent</b>
<b>Valid</b>	1991	1	1,7	1,7	1,7
	1992	1	1,7	1,7	3,3
	1993	1	1,7	1,7	5,0
	1994	1	1,7	1,7	6,7
	1995	2	3,3	3,3	10,0
	1996	5	8,3	8,3	18,3
	1997	1	1,7	1,7	20,0
	1998	5	8,3	8,3	28,3
	1999	5	8,3	8,3	36,7
	2000	6	10,0	10,0	46,7
	2001	6	10,0	10,0	56,7
	2002	4	6,7	6,7	63,3
	2003	4	6,7	6,7	70,0
	2004	2	3,3	3,3	73,3
	2006	1	1,7	1,7	75,0
	2007	2	3,3	3,3	78,3
	2009	5	8,3	8,3	86,7
	2010	1	1,7	1,7	88,3
	2011	1	1,7	1,7	90,0
	2012	3	5,0	5,0	95,0
2013	3	5,0	5,0	100,0	
	<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Tabela AB - Caracterização da amostra: Ano em que pensa que foi infetado

		Em que ano pensa que foi infetado				
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	1986	1	1,7	1,7	1,7	
	1990	2	3,3	3,3	5,0	
	1991	1	1,7	1,7	6,7	
	1993	1	1,7	1,7	8,3	
	1994	2	3,3	3,3	11,7	
	1995	7	11,7	11,7	23,3	
	1996	1	1,7	1,7	25,0	
	1997	3	5,0	5,0	30,0	
	1998	4	6,7	6,7	36,7	
	1999	7	11,7	11,7	48,3	
	2000	6	10,0	10,0	58,3	
	2001	1	1,7	1,7	60,0	
	2002	4	6,7	6,7	66,7	
	2003	3	5,0	5,0	71,7	
	2004	2	3,3	3,3	75,0	
	2005	1	1,7	1,7	76,7	
	2006	1	1,7	1,7	78,3	
	2007	2	3,3	3,3	81,7	
	2008	5	8,3	8,3	90,0	
	2011	2	3,3	3,3	93,3	
	2012	4	6,7	6,7	100,0	
		<b>Total</b>	60	100,0	100,0	



**ANEXO II**  
- Questionário



## Questionário

### PARTE I

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos

2. Estado civil:

- ( ) Solteiro;                      ( ) Casado/junto;                      ( ) Divorciado/separado;  
( ) Viúvo;                      ( ) Outro      Qual? \_\_\_\_\_

3. Tem filhos?

- ( ) Sim Quantos? \_\_\_\_\_ Idades: \_\_\_\_\_  
( ) Não

4. Escolaridade: \_\_\_\_\_ anos completos.

5. Situação Profissional:

5.1. Profissão/atividade ocupacional antes de ser detido:

\_\_\_\_\_;

5.2. Ocupação no estabelecimento prisional:

- ( ) Sim                      ( ) Não (Se respondeu Não passe à questão 6).

5.3. Se sim, selecione a sua ocupação no Estabelecimento Prisional:

- ( ) Faxina geral                      ( ) Enfermaria                      ( ) Carpintaria  
( ) Artesanato                      ( ) Faxina do controle                      ( ) Serralharia  
( ) Obras                      ( ) Montagem das molas                      ( ) Camarata Guardas  
( ) Bar                      ( ) Cozinha  
( ) Outro: \_\_\_\_\_

6. Consumo de substâncias

6.1. Consome algum tipo substância lícita/ ilícita?

- ( ) Sim                      ( ) Não                      (Se respondeu Não, passe para a questão 6.4)

6.2. Selecione a(s) substância(s) que costuma consumir.

- ( ) Álcool                      ( ) Canabis                      ( ) Haxixe                      ( ) Cocaína  
( ) Heroína                      ( ) LSD                      ( ) Tabaco  
( ) Outra: \_\_\_\_\_

6.3. Idade de início de consumos: \_\_\_\_\_ anos

- 6.4. No estabelecimento prisional, integra algum programa terapêutico?  
( )Metadona ( )Unidade Livre de Drogas ( )Camarata O.A  
( )Camarata OBS ( )Grupo de abstinentes (Se respondeu a alguma passe à questão 7)  
( )Não estou inscrito em qualquer programa.

- 6.5. Gostava de estar inscrito em algum programa?  
( )Sim Qual? \_\_\_\_\_ ( )Não

## 7. Situação Penal

- 7.1. Número de entradas anteriores em estabelecimentos prisionais:\_\_\_\_\_vezes
- 7.2. Situação prisional:  
( )Preventivo; ( )Condenado, \_\_\_\_\_anos; \_\_\_\_\_meses;
- 7.3. Tipo de Crime Principal:\_\_\_\_\_;
- 7.4. Está condenado a algum tipo relacionado com as drogas?  
( )Sim ( ) Não

## 8. Apoio Social

- 8.1. Recebe visitas?  
( )Sim ( )Não (Se respondeu Não, passe para a questão 8.4)
- 8.2. Recebe visitas com mais frequência de:  
( )Família ( )Amigos ( )Outros
- 8.3. Número de vezes: \_\_\_\_\_ Mês; Outro:\_\_\_\_\_
- 8.4. Recebe correspondência (cartas)?  
( )Sim ( )Não (Se respondeu Não, passe para a questão 8.7)
- 8.5. Recebe correspondência com mais frequência de:  
( )Família ( )Amigos ( )Outros
- 8.6. Número de vezes: \_\_\_\_\_ Mês; Outro:\_\_\_\_\_
- 8.7. Efetua chamadas telefônicas?  
( )Sim ( )Não (Se respondeu Não, passe para a questão 8.10)
- 8.8. Liga com mais frequência para:  
( )Família; ( )Amigos; ( )Outros.
- 8.9. Número de vezes: \_\_\_\_\_dia; Outro:\_\_\_\_\_;

8.10. A quem recorre com mais frequência, no estabelecimento prisional. Estabeleça uma hierarquia, de 1, 2 e 3 -sendo o 1 o mais frequente e o 3 o de menor.

- ( ) Enfermeiros ( ) Médicos ( ) Guardas  
 ( ) Psicólogos ( ) Diretor ( ) Técnicas  
 ( ) Chefia dos guardas ( ) Parceiro de cela  
 ( ) Outro: \_\_\_\_\_

8.11. Refira o grau de satisfação com as ajudas selecionadas na resposta anterior - 1, 2 e 3. Assinale com uma cruz (x) o quadrado correspondente.

Grau de Satisfação					
	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito/ Nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1					
2					
3					

9. Considera a sua Saúde? Assinale com uma cruz (x) o quadrado correspondente.

Muito má	Má	Nem boa Nem má	Boa	Muito boa

10. Em que ano realizou o primeiro teste positivo para o VIH? \_\_\_\_\_

11. Em que ano pensa que foi infetado? \_\_\_\_\_

12. Acredita que foi infetado pelo VIH através (selecione apenas uma opção de resposta)?

- ( ) Relação sexual ( ) Drogas injetáveis  
 ( ) Contato com sangue  
 ( ) Outra Qual? \_\_\_\_\_

## 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 reação 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

#### Instruções:

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

**Por favor, responda a todas as perguntas.** Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, **escolha a que lhe parecer mais apropriada.** Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presentes os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5

Deve assinalar a resposta que melhor descreve o quanto foi capaz de se concentrar nas duas últimas semanas. Assim, assinalaria "muito" se se tivesse conseguido concentrar muito, ou "nada" se não tivesse sido capaz de se concentrar nas duas últimas semanas.

**Por favor, leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala que, em cada pergunta, lhe parecer que dá a melhor resposta.**

		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver **até que ponto** sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3(F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o impedem de fazer o que precisa fazer?	1	2	3	4	5
4(F50.1)	Até que ponto se sente incomodado com problemas físicos desagradáveis relacionados com a sua infeção VIH?	1	2	3	4	5
5(F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
6(F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
7(F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
8(F52.2)	Em que medida se sente incomodado pelo facto de as pessoas o culparem pela sua condição de portador de VIH?	1	2	3	4	5
9(F53.4)	Até que ponto receia o futuro?	1	2	3	4	5
10(F54.1)	Até que ponto se preocupa com a morte?	1	2	3	4	5
11(F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
12(F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
13(F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
14(F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
15(F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
16(F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
17(F51.1)	Em que medida se sente aceite pelas pessoas que conhece?	1	2	3	4	5
18(F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
19(F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
20(F9.1)	Como avalia a sua mobilidade (capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio)?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito** em relação a vários aspetos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
21(F3.3)	Até que ponto está satisfeito com o seu sono?	1	2	3	4	5
22(F10.3)	Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
23(F12.4)	Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
24(F6.3)	Até que ponto está satisfeito consigo próprio?	1	2	3	4	5
25(F13.3)	Até que ponto está satisfeito com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
26(F15.3)	Até que ponto está satisfeito com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
27(F14.4)	Até que ponto está satisfeito com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
28(F17.3)	Até que ponto está satisfeito com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
29(F19.3)	Até que ponto está satisfeito com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
30(F23.3)	Até que ponto está satisfeito com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

A pergunta que se segue refere-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
31(F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

**Muito obrigado pela colaboração!**

### **ANEXO III**

- Autorização dos Autores para Utilização das Escalas no Estudo de Investigação





## Pedido de autorização para utilizar WHOQOL-VIH Bref

### Email enviado:

De: **Andreia Silva** (andreamendes\_silva@hotmail.com)

Enviada: sexta-feira, 22 de março de 2013 23:41:32

Para: mcanavarro@fpce.uc.pt

Outlook [Exibição Ativa](#)

1 anexo (30,8 KB)



Formulario\_WHOQOL\_HIV\_Bref.doc

[Exibir online](#)

[Baixar como zip](#)

Boa noite!

Segue em anexo formulário proprio para pedido de autorização para o uso da escala WHOQOL-HIV-BREF.

Aguardo autorização!

Cumprimentos,

Andreia Silva

### Email recebido:

De: **Marco Pereira** (marcopereira@fpce.uc.pt) Você moveu esta mensagem para o local atual.

Enviada: sábado, 23 de março de 2013 16:28:39

Para: andreamendes\_silva@hotmail.com

Outlook [Exibição Ativa](#)

1 anexo (391,6 KB)



WHOQOL-HIV-BREF [Material].zip

[Baixar](#)

[Baixar como zip](#)

WHOQOL-HIV-Bref

Cara Andreia Mendes Silva

Na sequência do seu pedido, em anexo envio o material relativo ao WHOQOL-HIV-Bref, nomeadamente:

- A versão para português de Portugal do instrumento WHOQOL-HIV-Bref
- O manual de aplicação e cotação
- Sintaxe para utilização no pacote estatístico SPSS

Envio ainda os artigos relativos aos estudos psicométricos e estrutura factorial do instrumento.

Estou disponível para o esclarecimento de qualquer questão.

Com os melhores cumprimentos,

P'lo Centro Português WHOQOL

Marco Pereira



## **ANEXO IV**

- Autorização para a Realização do Estudo de Investigação da DGRSP





Exmo(a) Senhor(a)

Dra. Andreia Manuela Mendes Silva

Rua de São José, nº 138

4580 - 119 Paredes

V/ referência

N/ referência

Ofício N.º  
109/DSPREData  
07.06.2013

**Assunto:** Investigação Académica para Mestrado em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria pela Escola Superior de Enfermagem do Porto

Tenho a honra de informar V. Exa de que, por despacho do Senhor Director – Geral, Dr. Rui Sá Gomes, datado de 6/06/2013, e tendo em vista a realização de uma investigação académica, está autorizada a desenvolver a investigação, nos Estabelecimentos Prisionais de Paços de Ferreira e Porto.

Considerando o interesse do projecto, este estudo, foi autorizado, mediante as seguintes condições:

- a calendarização e modo de organização da pesquisa seja acordada com a Direcção dos Estabelecimentos Prisionais, por forma a que se conciliem os objectivos académicos com a exequibilidade do trabalho, sem perturbação da vida quotidiana do Estabelecimento;
- a execução do trabalho esteja sempre dependente da disponibilidade dos reclusos para, após consentimento informado colaborarem, reservando-se-lhes o direito de, a qualquer momento, poderem interromper a sua cooperação. O assentimento dos inquiridos seja passado a escrito, ficando cópia no EP;
- a consulta dos dados clínicos seja feita de acordo com o disposto no artº 11º, nº 5 da Lei 67/98 de 26 de Outubro e no artº 6º, nº 5 do Dec.Lei 144/2001 de 26 de Abril, através dos serviços clínicos do EP;



- a investigadora fique obrigada a preservar o anonimato dos dados e das pessoas que venham a cooperar;
- do resultado final do trabalho, deve ser remetida cópia à Direcção de Serviços de Planeamento e Relações Externas.

Com os melhores cumprimentos,

*PD*  
A Direcção de Serviços  
*Yolanda Almeida*

ML/2013

## **ANEXO V**

- Informação ao Participante



## Informação ao participante

Andreia Mendes Silva, Enfermeira a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria na Escola Superior de Enfermagem do Porto, está a realizar um estudo com o título: “Depressão, Ansiedade e Qualidade de Vida: Pessoas com VIH<sup>+</sup> em Meio Prisional”.

Este documento, fornece aos potenciais participantes, informação completa e detalhada acerca do mesmo para que assim possa ficar esclarecido, no sentido de tomarem uma decisão consciente acerca da participação neste estudo. A sua participação é voluntária. Não advém qualquer consequência da sua não participação, ou da sua desistência.

Descrever a depressão, ansiedade e qualidade de vida nos reclusos VIH<sup>+</sup> de um Estabelecimento Prisional da zona norte do país é o objetivo principal do estudo que tem como finalidade contribuir para uma melhoria dos cuidados de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria em contexto prisional. O estudo é dirigido a todos os reclusos que são seropositivos, independentemente de já terem ou não iniciado terapêutica antirretroviral.

Será solicitado a preencher um questionário, que é composto por três partes:

1. Dados psicossociais, situação penal e consumo de substâncias;
2. HAD - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
3. WHOQOL-VIH Bref - Instrumento de avaliação da qualidade de vida na infeção VIH da Organização Mundial de Saúde.

Todos os recursos materiais necessários para a realização do estudo de investigação são suportados pela investigadora, não existindo assim qualquer tipo de apoio ou encargos para os participantes. A confidencialidade das respostas dadas ao instrumento de colheita de dados (questionários) será garantida. Os dados destinam-se exclusivamente a este estudo.

Encontro-me disponível para qualquer esclarecimento adicional. Se desejar conhecer os resultados deste estudo poderá solicitá-los a partir de Setembro 2013 a: Enf<sup>a</sup> Andreia Mendes Silva

Tlf.: 229513020 (serviços clínicos) ou Estabelecimento Prisional do Porto, Rua do Monte do Vale, 4460 Custóias.

Desde já agradeço a sua participação



## **ANEXO VI**

- Declaração de Consentimento Informado



### Declaração de Consentimento Informado

Depressão, Ansiedade e Qualidade de Vida: Pessoas com VIH<sup>+</sup> em Meio Prisional - tema do estudo a desenvolver no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na Escola Superior de Enfermagem do Porto, a realizar no Estabelecimento Prisional do Porto, pela Enfermeira Andreia Mendes Silva.

Pretende-se com este estudo contribuir para uma melhoria dos cuidados de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria em contexto prisional.

Tem como objetivo geral descrever a depressão, ansiedade e qualidade de vida em indivíduos reclusos com VIH<sup>+</sup>.

O estudo é dirigido à população dos indivíduos VIH<sup>+</sup>, reclusos no Estabelecimento Prisional do Porto, com capacidade de leitura, escrita e compreensão da língua Portuguesa.

No instrumento de colheita de dados é solicitada a sua opinião no preenchimento/resposta a:

1. Questões sobre dados psicossociais, situação penal e o consumo de substâncias;
2. HAD - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
3. WHOQOL-VIH Bref - Instrumento de avaliação da qualidade de vida na infeção VIH da Organização Mundial de Saúde.

Não existe qualquer encargo para o participante no estudo, ficando todos os custos a cargo da investigadora.

Não existem riscos ao participar. A sua decisão de participar ou não neste estudo, não afetará a sua relação atual ou futura com a autora do estudo ou a Instituição. Pode em qualquer momento desistir de participar.

A confidencialidade das respostas dadas ao instrumento de colheita de dados (questionário) será garantida. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos intervenientes.

Os dados colhidos destinam-se exclusivamente a este estudo.

Ficou claro, para mim, a finalidade e objetivo do estudo, procedimentos a serem realizados, a confidencialidade e a presença de esclarecimentos permanentes.

Concordo em participar, voluntariamente, neste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem qualquer consequência ou prejuízo.

Porto, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2013

Assinatura do Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do Investigador: \_\_\_\_\_

