

Escola Superior de Gestão e Tecnologia de Santarém

---

Escola Superior de Saúde de Santarém

---

Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

UC – Dissertação de Natureza Científica

## **Perfil de saúde e qualidade de vida dos reclusos com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus**

Dissertação de natureza científica apresentada ao Instituto Politécnico de Santarém para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão de Unidades de Saúde

**Margarida Almeida Martins**

**Orientador:**

**Professora Doutora Marta Rosa**

**Professor Doutor José Amendoeira**

**Santarém, maio de 2022**



## **EPIGRAFE**

*“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos é  
apenas uma gota no oceano. Mas, o oceano  
seria menor se lhe faltasse uma gota. “*

*Madre Teresa de Calcutá*



## **AGRADECIMENTOS**

A concretização de uma dissertação de mestrado é um percurso difícil, com muitas incertezas e desafios, mas apesar disso, é um processo recompensador. A realização deste trabalho só foi possível com o contributo de várias pessoas, que de alguma forma me apoiaram e ajudaram a encontrar o melhor caminho.

À **Professora Doutora Marta Rosa**, pela sua excelente orientação pautada pelo rigor científico, que sempre se mostrou disponível, acreditou em mim e no meu trabalho e que sempre se empenhou para me ajudar e incentivar.

Ao **Professor Doutor José Amendoeira**, pela colaboração em momentos essenciais no desenvolvimento do trabalho, assim como pelo incentivo na concretização deste objetivo.

Ao Senhor Diretor **da Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais Rómulo Mateus** e ao **Senhor Diretor do Estabelecimento Prisional de Alcoentre António Leitão** pela autorização para a recolha de dados.

Às **colegas do Mestrado** pelo bom ambiente, pela partilha e entajuda ao longo de todo o Mestrado.

Às colegas **Enfermeiras do Estabelecimento Prisional de Alcoentre** que participaram na aplicação dos questionários: Carolina, Nataliya e Soraia.

Aos **reclusos** que aceitaram participar no questionário e proporcionaram os resultados aqui apresentados.

À **minha família e ao meu namorado**, pelo apoio, compreensão e força que me deram ao longo de todo este percurso.

A todos um bem hajam!



## **PERFIL DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DOS RECLUSOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS**

A Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus têm uma grande prevalência na sociedade em geral, com tendência para aumentar nos próximos anos, refletindo-se também ao nível dos Serviços Prisionais, onde apresentam maior incidência.

Pretende-se analisar o impacto que estas patologias têm na qualidade de vida dos reclusos, analisando o perfil de saúde dos mesmos, por forma a encontrar soluções para diminuir a incidência e prevalência das mesmas, reduzindo-se os custos tangíveis e intangíveis associados. A amostra foi constituída por 52 reclusos, com diagnóstico de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, que responderam a um questionário baseado nas escalas SF-12 e EMMBEP.

Os resultados do estudo demonstraram que a amostra considera ter no geral uma boa qualidade de vida a nível físico e a nível psicológico. No entanto, considera-se necessária uma intervenção mais efetiva nesta população, garantindo uma melhoria na gestão de cuidados de saúde, recursos humanos e gastos financeiros associados.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Qualidade de Vida, Prisão, Gestão de Cuidados



## **HEALTH PROFILE AND QUALITY OF LIFE OF PRISONERS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS**

Hypertension and Diabetes Mellitus have a high prevalence in society at large, with a tendency to increase in the coming years, also reflecting at the level of the Prison Services, where they have the highest incidence.

It is intended to analyze the impact that these pathologies have on the quality of life of prisoners, analyzing their health profile, to find solutions to reduce their incidence and prevalence, reducing the associated tangible and intangible costs. The sample consisted of 52 inmates, diagnosed with Hypertension and/or Diabetes Mellitus, who answered a questionnaire based on the SF-12 and EMMBEP scales.

The results of the study showed that the sample considers having overall a good quality of life at the physical and psychological level. However, more effective intervention is considered necessary in this population, ensuring an improvement in health care management, resources and associated financial expenditures.

Keywords: Diabetes Mellitus, Hypertension, Quality of Life, Prison, Care Management



## ÍNDICE

<b>EPIGRAFE.....</b>	<b>i</b>
<b>AGRADECIMENTOS .....</b>	<b>iii</b>
<b>PERFIL DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DOS RECLUSOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS.....</b>	<b>v</b>
<b>HEALTH PROFILE AND QUALITY OF LIFE OF PRISONERS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS.....</b>	<b>vii</b>
<b>ÍNDICE DE TABELAS.....</b>	<b>xi</b>
<b>ÍNDICE DE QUADROS .....</b>	<b>xiii</b>
<b>SIGLAS E ABREVIATURAS .....</b>	<b>xv</b>
<b>0 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>1 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS CLÍNICOS DO EP DE ALCOENTRE .....</b>	<b>21</b>
<b>2 ENFERMAGEM EM AMBIENTE PRISIONAL .....</b>	<b>25</b>
2.1 ESPECIFICIDADES DAS PESSOAS COM HTA E DM.....	27
2.2 QUALIDADE DE VIDA DOS RECLUSOS COM HTA E DM EM PROCESSO DE TRANSIÇÃO....	30
<b>3 PROBLEMÁTICA DE INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>33</b>
3.1 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO.....	33
3.2 OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO .....	33
<b>4 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....</b>	<b>35</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	35
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	36
4.2.1 Caraterização da Amostra.....	36
4.2.2 Caraterização sociodemográfica e de saúde.....	36
4.3 VARIÁVEIS.....	37
4.4 INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS .....	39
4.4.1 SF-12 - Short Form Health Survey .....	39
4.4.2 EMMBEP - Escala de Medida de Manifestação de Bem-estar Psicológico .....	40
4.5 PROCEDIMENTO E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	41
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>43</b>
5.1 ESCALA SF-12.....	44
5.2 ESCALA EMMBEP .....	48
5.3 RELAÇÃO ENTRE ESCALAS SF-12 E EMMBEP .....	51

5.4	CORRELAÇÕES ENTRE ESCALAS E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	52
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO DE RESULTADOS .....</b>	<b>55</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO .....</b>	<b>59</b>
<b>8</b>	<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>61</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>.....</b>	<b>65</b>
	Anexo A – Autorização da DGRSP para a realização do Estudo de Investigação no EPA .....	67
	Anexo B – Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação do IPSantarém .....	73
	Anexo C – Qualidade de vida de reclusos com hipertensão arterial e diabetes <i>mellitus</i> : <i>Scoping Review</i> .....	77
	Anexo D – Consentimento Informado .....	93
	Anexo E – Questionário .....	99
	Anexo F - Autorização do Autor para Utilização da Escala SF-12 .....	105
	Anexo G - Autorização do Autor para Utilização da Escala EMMBEP .....	109

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1 - Caracterização da idade da amostra;.....	36
Tabela 2 - Análise descritiva das variáveis independentes;.....	37
Tabela 3 - Resultados da Escala SF-12;.....	45
Tabela 4 - Análise fatorial da escala SF-12;.....	47
Tabela 5 - Alfa de Cronbach por fator da escala SF-12;.....	47
Tabela 6 - Resultados da Escala EMMBEP;.....	48
Tabela 7 - Análise fatorial da escala EMMBEP;.....	50
Tabela 8 - Alfa de Cronbach por fator da escala EMMBEP;.....	51
Tabela 9 - Medidas de tendência central e dispersão dos fatores de ambas as escalas;.....	51
Tabela 10 - Correlação entre escalas e idade dos reclusos;.....	52
Tabela 11 - Correlação entre escalas e anos de escolaridade;.....	53
Tabela 12 - Correlação entre EMMBEP e patologias;.....	53
Tabela 13 - Correlação entre SF-12 e patologias;.....	54



## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro 1 - Variáveis dependentes e independentes do estudo; .....	38
Quadro 2 - Critérios de recomendação de validade estimada pelos testes KMO; Fonte: Pestana e Gageiro (2014); .....	44
Quadro 3 - Classificação da consistência interna do coeficiente alfa de Cronbach; Fonte: Adaptado Pestana e Gageiro (2014); .....	44
Quadro 4 - KMO e teste de Bartlett para a escala SF-12; .....	46
Quadro 5 - KMO e teste de Bartlett para a escala EMMBEP; .....	49



## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

AFE - Análise Fatorial Exploratória

CCGCS - Centro de Competências para a Gestão de Cuidados de Saúde

DGRSP – Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais

DGS – Direção Geral da Saúde

DM – Diabetes Mellitus

EP – Estabelecimento Prisional

EPA - Estabelecimento Prisional de Alcoentre

HCV - Vírus da Hepatite C

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HPSJD – Hospital Prisional São João de Deus

HTA – Hipertensão Arterial

PCI – Processo clínico individual

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

SC – Serviços Clínicos

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TOD – Toma Observada Direta



## 0 INTRODUÇÃO

O meio prisional, embora que para muitos seja visto como uma realidade distante, faz parte da nossa sociedade, refletindo em pequena escala as patologias presentes na sociedade em geral. As cadeias têm como principal objetivo o desenvolvimento da aprendizagem através do isolamento da sociedade. O recluso é afastado do seu seio familiar e dos amigos, por se acreditar que reflita sobre o ato criminoso que cometeu, que é o objetivo do cumprimento da pena que lhe foi atribuída (Varela, 2018).

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

A avaliação inicial aquando da entrada do recluso e o acompanhamento do mesmo durante o cumprimento da pena é importante, pois distinguem-se grupos de reclusos: uns que apresentam alterações prévias à entrada para a prisão e os que desenvolvem alterações após o início do cumprimento da pena (Carreira e Gonçalves, 2010). É neste momento em que muitas vezes são diagnosticadas doenças crónicas, tais como Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), Vírus da Hepatite C (HCV), Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial (HTA).

Nos últimos anos, a saúde em ambiente prisional tem tido um maior peso para o Estado, sobretudo no que diz respeito às doenças infecciosas, procurando encontrar soluções por forma a aumentar os tratamentos e diminuir os contágios neste contexto. Esta tipologia de doenças são uma grande preocupação pela sua cronicidade, pelo risco de transmissão e custos com tratamentos associados. Por este motivo, as cadeias são vistas pela Organização Mundial de Saúde como uma oportunidade de saúde pública (OMS, 2014). Neste contexto tão específico, na prestação de cuidados de saúde deve dar-se primazia à promoção da saúde e prevenção da doença, por forma a contribuir para a saúde pública no geral, uma vez que a população prisional regressará à vida em liberdade.

No entanto, existem doenças crónicas não transmissíveis, sendo o caso da HTA e DM, que representam para esta entidade grandes gastos a nível de medicação e assistência médica. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005, citado em Escoval *et al.*, 2010), as mortes por doença crónica correspondem ao dobro do número de mortes causadas por doenças infecciosas.

Devido a esta problemática de saúde pública, é notória a necessidade de adoção de políticas de gestão dirigidas, orientadas, planificadas e integradas, partindo de estratégias bem definidas, com o intuito de obtenção de ganhos em saúde, melhoria da qualidade dos cuidados prestados e racionalização de custos (Diniz, 2002, citado em Escoval *et al.*, 2010). As doenças crónicas, em estádios mais avançados, implicam custos muito superiores e maior comprometimento da qualidade de vida dos doentes, por isso, se veem na promoção da saúde e na prevenção da doença muitos benefícios. Importa salientar que os resultados dos ganhos em saúde não dependem exclusivamente da intervenção dos serviços de saúde, uma vez que é condicionada em grande parte pelos comportamentos individuais dos doentes e da forma como fazem a sua autogestão da doença.

De acordo com Bai *et al.* (2015) as doenças crónicas com maior prevalência identificadas no estudo desenvolvido na cadeia de Nova Iorque foram diabetes *mellitus*, doença cardiovascular e respiratória, doença renal, doença hepática, cancro, HIV, doenças sexualmente transmissíveis (DST), hipotireoidismo, doença do refluxo gastroesofágico, artrite e epilepsia. Já na lista das doenças crónicas mais prevalentes na Europa estão a patologia cardiovascular, o cancro, a patologia respiratória, a diabetes e a doença, considerados problemas de saúde pública psiquiátrica (WHO, 2005, citado em Amaral, 2017).

Perante esta situação, sendo a investigadora Enfermeira a desempenhar funções no EP de Alcoentre, sentiu a necessidade de estudar o perfil de saúde dos reclusos neste EP, devido à elevada prevalência de ambas as doenças: HTA e DM. O tema surge pela necessidade de uma estratégia de intervenção mais efetiva perante esta população, assim como pela pouca existência de evidência científica nesta área, tanto a nível nacional, como internacional.

Como objetivo geral pretende-se analisar o impacto na qualidade de vida da população reclusa na prisão de Alcoentre, com doenças crónicas não transmissíveis: hipertensão arterial e diabetes Mellitus. O conceito de qualidade de vida é um conceito subjetivo, dinâmico e multidimensional, que integra em si a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura, e dos sistemas de valores em que se insere, e em relação aos seus objetivos, expectativas e preocupações. Relativamente ao estado de saúde, surgiu o conceito “Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde” (QVRS), o qual tem em consideração aspetos físicos, psicológicos, mentais, sociais e funcionais do bem-estar, num contexto de vivência de doença ou após intervenção médica (Tavares, 2014).

Como objetivos específicos pretende-se descrever a população geral do EPA; identificar os reclusos com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus; analisar a qualidade de vida relacionada com a saúde dos reclusos com ambas as doenças crónicas; identificar estratégias para a diminuição da

prevalência destas doenças na população prisional, assim como os custos associados com o tratamento.

Para dar corpo ao processo de aprendizagem e de investigação experienciado pretende-se organizar a presente dissertação estruturada em três fases. Inicialmente será realizada uma abordagem conceptual dos conceitos e teorias que sustentam a temática, especificamente sobre o contexto alvo do estudo desenvolvido, as particularidades de cuidar em enfermagem em ambiente prisional e as especificidades da população em questão, com doença crónica e a qualidade de vida da população reclusa. Segue-se o desenho de investigação, onde se apresentam as opções metodológicas. Posteriormente, a apresentação, análise e discussão de resultados, limitações e implicações, seguidas da conclusão, referências bibliográficas e anexos.



## **1 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS CLÍNICOS DO EP DE ALCOENTRE**

Os Estabelecimentos Prisionais estão sob a domínio do Ministério da Justiça, mais especificamente da Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais.

Os SC de todos os Estabelecimentos Prisionais estão sob a alçada do Centro de Competências para a Gestão de Cuidados de Saúde, que por sua vez estão diretamente sob a influência do Diretor-Geral da DGRSP. De acordo com o artigo nº14, do decreto-lei n.º 215/2012, de 28 de setembro, um estabelecimento prisional de nível de segurança especial ou alta e grau de complexidade de gestão elevado ou o agrupamento de estabelecimentos prisionais é dirigido por um diretor, hierárquica e funcionalmente dependente do diretor-geral.

O EP de Alcoentre é dirigido pelo diretor e pelos adjuntos do diretor, existindo neste EP um adjunto responsável pela área da saúde, que estabelece a comunicação entre o enfermeiro coordenador e a direção do EP.

Este EP, localizado a cerca de 65 km de Lisboa, inaugurado em 1944, destina-se a reclusos adultos do sexo masculino condenados em cumprimento de penas de prisão superiores a três anos, maioritariamente oriunda da área da Grande Lisboa. Tem uma lotação máxima de 557 reclusos, com nível de segurança alto, assim como um grau de complexidade elevado.

Inicialmente chamada de Colónia Penitenciária de Alcoentre reservada para reclusos em cumprimento de pena de prisão maior, em regime de trabalho agrícola, atualmente dispõe de três zonas distintas:

- O Bloco Central, que integra três alas prisionais (Ala Central, Ala Norte e Ala Sul), área oficial, cozinha, enfermaria principal, escola, ginásio, biblioteca, setor de segurança e instalações para o pessoal, sendo que todas estas instalações, à exceção de uma ala, que já possuía blocos sanitários, foram criadas ou objeto de total remodelação a partir de 1996.
- O Pavilhão Complementar, com duas alas (Ala A e Ala B), zona disciplinar, enfermaria complementar, ginásio e polidesportivo.
- Três pavilhões destinados a alojar reclusos colocados em regime aberto (RAVI), construídos em 1993.

O EP de Alcoentre tem a particularidade de existirem duas enfermarias – enfermaria principal e enfermaria complementar-, onde tem diariamente e, por norma, dois enfermeiros escalados respetivamente. A enfermaria complementar possui uma sala de tratamentos, onde se

realizam os procedimentos de enfermagem, gabinete administrativo, assim como gabinetes médicos para consultas de clínica geral, psiquiatria e psicologia clínica. Na enfermaria principal, existe também sala de tratamentos de enfermagem, gabinetes médicos para as especialidades médicas já mencionadas anteriormente, gabinete de dentista/protésico, gabinete administrativo e farmácia.

A sala de preparação de medicação existe exclusivamente na enfermaria central, onde o enfermeiro prepara a medicação para a sua administração. É um dos procedimentos mais efetuados pelos Enfermeiros. No EP existe uma grande variedade de fármacos, que são administrados aos reclusos consoante as suas necessidades/prescrição. Toda a medicação é preparada e administrada apenas por Enfermeiros, prescrita pelas diferentes especialidades médicas. A medicação é preparada em regime de unidose e devidamente identificada com o número, nome do recluso e alojamento. Posteriormente, a medicação é transportada aos pavilhões e a toma da mesma é assistida (TOD – toma observada direta), só podendo ser administrada se o recluso tiver na sua posse um copo com água ou garrafa.

Toda a medicação administrada é prescrita previamente em Processo Clínico Individual (PCI) pelas várias especialidades médicas (clínica geral, psiquiatria, dentista). Ou seja, o enfermeiro de serviço recebe o PCI do recluso após cada consulta, onde faz as alterações de terapêutica no cardex do recluso, para posteriormente lhe ser administrada conforme prescrição médica.

Para além da medicação prescrita, o PCI contém a história clínica do recluso e o registo de todas as consultas e observações, exames complementares de diagnóstico, tratamentos efetuados e outros documentos relevantes. Todos os contatos com os serviços clínicos são documentados no PCI, registando-se a data, motivo e a identificação do técnico de saúde interveniente. O acesso ao PCI é restrito aos Profissionais de Saúde e aos que desempenhem funções de apoio administrativo nos serviços clínicos. O acesso aos dados clínicos do recluso é determinado pelo Diretor do EP.

Os dados do PCI podem estar contidos em processo desmaterializado incluído no SIP – Saúde. A inclusão de informação nesta plataforma de registos não desobriga os SC da organização do respetivo processo clínico, no qual estão obrigatoriamente arquivados, em suporte de papel, devidamente atualizados, o resumo da história clínica do recluso, a folha de terapêutica, notas de alta ou informações hospitalares externas ao EP, assim como todos os documentos assinados pelo recluso, como autorizações para a realização de exames ou pedidos de consulta.

Atualmente a equipa multidisciplinar do EP é constituída por um técnico de farmácia, um médico de clínica geral, um psiquiatra, um dentista, um protésico, um psicólogo, dois administrativos (um na enfermaria principal e outro na enfermaria complementar), sete enfermeiros, incluindo dois que pertencem aos quadros da DGRSP, em que um desempenha funções de coordenação, e os restantes estão em regime de avença. A equipa está em constante

comunicação, essencial à prestação de cuidados de qualidade e com continuidade, assim como para melhor gestão dos cuidados e recursos.

O recluso pode solicitar aos SC a prestação de cuidados de saúde (exemplo: consulta de clínica geral), devendo para o efeito fazê-lo por escrito num impresso próprio que se encontra disponível nas alas prisionais, e que inclui um campo próprio para que o recluso descreva sucintamente, e facultativamente, o motivo principal da sua solicitação. A triagem dos pedidos de consulta é realizada pelos enfermeiros, que determinam o grau de urgência da prestação de cuidados, de acordo com os critérios de gestão de prioridades.

Relativamente ao tema que se aborda neste estudo, DM e HTA, não existe um Modelo de Organização de Cuidados específico, a nível de acompanhamento de consultas destas patologias. Os reclusos fazem a avaliação dos seus parâmetros na avaliação inicial (à entrada no EP), e depois só são avaliados se existir alguma indicação médica, se o recluso solicitar, ou se houver alguma alteração do estado de saúde, não existindo uma monitorização regulada, tal como refere a DGS (2012).

De acordo com a OE (2001), para existir a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, tem de existir um sistema de melhoria contínua do exercício profissional dos enfermeiros; um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem à pessoa, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem; número de enfermeiros adequando face às necessidades de cuidados de enfermagem e a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade. Desta forma, um Modelo de Organização de Cuidados de qualidade deve beneficiar de propostas que promovam a melhoria contínua dos cuidados prestados, que tenham em conta a gestão do risco e projetos de inovação.

Para Nogueira (2008) a incorporação deste tipo de gestão nas organizações dever ser feito de forma natural e sistemática e, para que se atinjam os resultados esperados, o sistema de gestão da qualidade deve possibilitar que na rotina diária haja garantia da qualidade de todos os resultados. Há que ter em conta que um modelo organizado de cuidados promove a eficiência e eficácia de uma organização, melhorando a sua performance da prestação de cuidados, ao menor custo possível (Cabral e Silva, 2009). Ou seja, impulsionando a inovação para um modelo de gestão de cuidados, estamos a aumentar a qualidade dos serviços de saúde prestados (Ancarani *et al.*, 2016), também com o intuito de minimizar os custos.



## **2 ENFERMAGEM EM AMBIENTE PRISIONAL**

Durante o ano de 2021 entraram no sistema prisional 4 357 reclusos. Em 31 de dezembro de 2021, encontravam-se nos estabelecimentos prisionais, num total de 49 Estabelecimentos Prisionais, 11 588 reclusos, sendo que na cadeia de Alcoentre estavam 492 reclusos (DGRSP, 2022).

De acordo com os dados disponibilizados pela DGRSP (2022) os reclusos presentes no sistema prisional, à data de 31 de dezembro de 2021, eram majoritariamente do sexo masculino (93%), com grande predominância na faixa etária dos 30-39 anos (32%), seguida da faixa etária dos 40-49 anos (26%). Esta população é caracterizada pelos baixos níveis de escolaridade (3.6% são analfabetos, 3.5% não possuem qualquer certificação escolar e 22.6% têm o 1º ciclo do Ensino Básico). A maior prevalência de reclusos tem o 3º ciclo do Ensino Básico, correspondendo a 28.7%. As condenações com maior incidência na mesma data dizem respeito a crimes relativos a estupefacientes (19.4%), sobretudo tráfico (15.3%).

Goffman (2001, citado por Gonçalves e Gonçalves, 2012) refere as Instituições Totais, onde se incluem as prisões, como característica fundamental, o facto de nesses universos fechados se encontrarem removidas as barreiras que, habitualmente separam as várias esferas de vida do indivíduo (de residência, de trabalho, lúdica), estando estas submetidas a uma gestão e a uma autoridade comum, e onde os coparticipantes são os mesmos. A ausência de liberdade é considerada como a forma de punição apropriada para quem comete crimes e oportunidade para capacitar os infratores de comportamentos adequados à vivência em sociedade.

Os cuidados de saúde nas instituições prisionais são um campo de preocupação no contexto nacional e internacional e, nas últimas décadas, as necessidades de saúde dos reclusos sofreram mudanças significativas. A comunidade prisional tem problemas graves de saúde, muitas vezes relacionados com trajetórias de vida dos reclusos e comportamentos de risco, tais como a toxicod dependência, o alcoolismo, as doenças infetocontagiosas e as patologias mentais. Aliadas aos problemas de sobrelotação das prisões, estão as condições deficitárias de higiene e salubridade (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2012; Organização Mundial de Saúde (OMS), 2014).

A população prisional, comparativamente a grupos etários correspondentes da população em geral, apresenta maior incidência e prevalência de várias patologias, assim como comorbilidade. As patologias estão em grande parte associadas a doenças infecciosas virais, relacionadas com o consumo de drogas.

No meio prisional o enfermeiro terá de intervir perante respostas humanas desajustadas relativas a todo o processo de transição do recluso, a saída da sociedade que o rodeava, para a entrada numa realidade diferente, tendo de existir uma reabilitação psicossocial, de forma a promover a reabilitação e uma melhoria da qualidade de vida. A doença no contexto prisional assume contornos que são invulgares e singulares: a doença como fuga à reclusão, encarceramento, assim como uma forma de reivindicação e expressão do sofrimento físico e psicológico (Cunha, 2002; Filipe, 2000, citado em Gonçalves, 2014).

Neste sentido, o enfermeiro presta os seus cuidados clínicos de forma criteriosa, respeitando os princípios éticos e deontológicos, aplicando as normas e as convenções internacionais, assim como as regras específicas em vigor no sistema prisional, tendo sempre por base os princípios e os valores fundamentais, que lhe são inerentes: ordem, segurança e reinserção social dos reclusos.

Há que ter em conta que os cuidados de enfermagem nas prisões se desenvolvem num ambiente com características muito específicas, com implicações concretas na forma como o enfermeiro deve desempenhar o seu trabalho, assim como na sua relação, quer com os reclusos, quer com os grupos profissionais com que se articula e trabalha diariamente, por exemplo, os guardas prisionais.

“A privação de liberdade, a separação e isolamento em relação ao mundo exterior e a inibição de autodeterminação dos reclusos, são algumas das condicionantes que influenciam os cuidados e que exigem dos enfermeiros uma postura ética e de prática cuidativa, que conjugue o respeito integral pela pessoa e pelos seus direitos, com saberes que lhes permitam desenvolver as melhores respostas às necessidades dos reclusos” (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Portanto, prevê-se que os reclusos mantenham o seu direito de usufruir de cuidados de enfermagem de qualidade, sem discriminação, por apenas estarem privados da sua liberdade, e não de outros direitos inerentes à sua condição enquanto cidadãos. Ao privar alguém da sua liberdade, o Estado assume a responsabilidade pelo seu acompanhamento relativamente à sua saúde, sejam as condições de reclusão ou nos tratamentos diversos que venha a necessitar.

O Enfermeiro tem definido como tarefas no EP, de acordo com a declaração de funções emitida pelo mesmo:

- Observação do recluso nas 24 horas seguintes à sua entrada no estabelecimento prisional, procedendo à abertura do processo clínico individual, recolha de dados biográficos, história clínica, terapêutica em curso;
- Avaliação das necessidades dos reclusos, e o seu encaminhamento para a equipa multidisciplinar;

- Observação, triagem e prestação de cuidados diferenciados nos casos de urgência/emergência e respetivo encaminhamento;
- Execução dos atos prescritos pelo clínico geral de serviço, no âmbito da sua competência técnica;
- Observação e monitorização diária dos sinais vitais de reclusos em greve de fome e em cumprimento de medidas disciplinares;
- Registo no Processo Clínico Individual de todos os cuidados prestados;
- Ensinos e colaboração em ações de educação para a saúde;
- Registo de prescrições e/ou alterações de terapêutica no programa Gesfarma;
- Prestação diária de cuidados de enfermagem, nas diferentes áreas de intervenção;
- Gestão, controlo e armazenamento de terapêutica presente na sala de enfermagem;
- Preparação e administração de terapêutica em regime de toma assistida;
- Verificação do material existente na enfermaria e reposição do material em falta;
- Recolha de espécimes biológicos para análises laboratoriais;
- Realização de testes rápidos Covid-19 a reclusos e funcionários;
- Realização de testes de despiste de estupefacientes (THC, COC, OPI).

## 2.1 ESPECIFICIDADES DAS PESSOAS COM HTA E DM

A DM é uma doença metabólica que se caracteriza por valores da glicémia altos no sangue, associadas a longo prazo a lesão, disfunção ou falência de diferentes órgãos. Existem dois tipos de diabetes: tipo 1 e 2. A DM tipo 1 é mais comum surgir durante a infância e adolescência, resultante de um défice de produção de insulina por destruição das células do pâncreas, exigindo tratamento com insulina, sendo este tipo menos frequente do que a DM tipo 2, com menos de 10% dos casos de diabetes. A DM tipo 2 é caracterizada pela produção insuficiente de insulina e normalmente é diagnosticada numa idade mais tardia. Pode ser tratada apenas por medicação oral e por alteração do estilo de vida, estando muitas vezes associada à obesidade, alimentação inadequada, inatividade física, etnia e história familiar de diabetes. A DM tem complicações muito comuns, tais como neuropatia, retinopatia, nefropatia e doença cardiovascular.

Esta patologia atinge já cerca de 415 milhões de pessoas a nível mundial e continua a aumentar em todos os países, estimando-se que em 2040 haja um aumento para 642 milhões de pessoas atingidas pela doença. No ano de 2018 a prevalência estimada da Diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos foi de 13,6%, com a faixa etária dos 60 aos 79 anos mais afetada, sobretudo homens (OND, 2019). Em Portugal, a DM foi responsável no ano de 2018 por 10% dos gastos em saúde. Nesse mesmo ano foram gastos em

Portugal 740 milhões de euros para o tratamento da diabetes, no que diz respeito ao internamento em ambulatório (346,3 milhões) e medicação antidiabética não insulínica (316,3 milhões) (Vale *et al.*, 2020).

A HTA ocorre quando a pressão em que o sangue circula nas artérias se encontra elevada de forma crónica, podendo estar associada a outras doenças, assim como a hereditariedade e idade. As pessoas com HTA têm maior risco de desenvolverem terminadas patologias, como insuficiência cardíaca, acidentes vasculares cerebrais, enfartes do miocárdio, insuficiência renal, perda de visão, entre outras. O tratamento desta patologia passa pelo tratamento farmacológico, assim como por mudanças nos estilos de vida tal como na Diabetes. A Organização Mundial da Saúde estima que cerca de 600 milhões de pessoas tenham Hipertensão Arterial, com crescimento global de 60% dos casos até 2025, além de cerca de 7,1 milhões de mortes anuais (OMS, 2011), correspondendo a um dos fatores de risco cardiovascular, que afeta 36% dos portugueses entre os 25 e os 74 anos (Ministério da Saúde, 2018), conduzindo a um aumento dos custos dos sistemas de saúde, com importante impacto socioeconómico.

Nas cadeias, as doenças transmissíveis têm o principal enfoque, com prevalências superiores para o HIV, Hepatite B e C e tuberculose, comparativamente à população em geral. De acordo com Bellali *et al.* (2020) os reclusos, devido ao seu histórico socioeconómico muitas vezes desprivilegiado e pobreza, apresentam maior risco de contrair doenças do que a população em geral. Também afirmam que estas pessoas estão mais propensas a sofrer de doenças crónicas, obesidade, HTA e DM.

Embora noutros países os reclusos com doenças crónicas estejam muitas vezes associados a um nível de saúde mais baixo, devido a falta de assistência médica nos Estabelecimentos Prisionais, seja por falta de profissionais de saúde ou por inexistência de equipamentos médicos adequados (Bellali *et al.*, 2020), em Portugal, esta realidade é distinta. Como já referido anteriormente, existem equipas multidisciplinares nos Estabelecimentos Prisionais que fazem este acompanhamento. Os mesmos autores referem que as pessoas privadas da sua liberdade com doenças crónicas devem manter os seus cuidados com a alimentação, medicação e atividade física, fazendo assim a sua autogestão da doença. A ausência de cuidados de saúde nestes indivíduos pode representar um aumento nos custos dos tratamentos após o cumprimento das penas dos reclusos e ao seu regresso à comunidade.

Outros estudos constataam que a prevalência da diabetes nos mais jovens é mais acentuada em meio prisional do que na população em geral, sugerindo assim a existência de inferior acompanhamento e controlo desta patologia durante a reclusão. De acordo com a experiência da investigadora na área, não se trata de inferior acompanhamento e controlo, mas sim devido aos estilos de vida que possuem, como por exemplo a alimentação e uma vida mais sedentária.

No entanto, é relatado por diversos autores a existência de poucos estudos relacionados com as doenças não transmissíveis na população prisional, assim como com a qualidade de vida relacionada com a saúde, que pode ser significativamente influenciada pela reclusão. Existem evidências científicas que indicam que índices de bem-estar psicológico baixos e distúrbios do sono estão associados a uma maior incidência do risco de doenças autoimunes e diabetes.

Bellali *et al.* (2020) referem que a patologia mais vezes associada à DM é a HTA, associado aos comportamentos e estilos de vida dos reclusos, tais como, serem fumadores, não aderirem a uma alimentação saudável e apresentarem baixos níveis do estado de saúde. De acordo com os mesmos autores (Bellali *et al.*, 2020) deve-se apostar nos cuidados de saúde primários, bem como na prevenção primária em ambiente prisional, por forma a melhorar a saúde física e mental das pessoas em reclusão e obter-se melhores resultados em saúde. No que diz respeito aos reclusos diabéticos, os profissionais de saúde são recomendados a realizar ensinamentos relativamente à autogestão da doença.

Relativamente às doenças cardiovasculares no ano de 2013, de acordo com a estimativa do relatório global das doenças não transmissíveis, os custos com a hipertensão representaram cerca de 10% do total dos gastos em saúde nos países de baixo-médio rendimento (Xiao *et al.*, 2019). Para esta patologia, não foram encontrados dados recentes sobre os custos com a medicação anti-hipertensiva para Portugal. Existe apenas referência no relatório do Infarmed (2019) que os encargos do SNS com a medicação para a doença cardiovascular representam 17,11% do total dos gastos.

Trata-se de uma doença com elevado risco cardiovascular, exigindo medicação para toda a vida, associando-se assim a custos elevados para as pessoas e para os sistemas de saúde. Este impacto económico acontece devido ao aumento do recurso a serviços de saúde, perda de produtividade ou mesmo incapacidade e necessidade de cuidados a longo prazo relacionados com as complicações associadas à doença (IDF, 2015, citado em Amaral, 2017).

Segundo estudos económicos realizados em diferentes países e referidos no relatório da IDF, as despesas com saúde de um indivíduo com diabetes são 2 a 3 vezes mais elevadas em comparação com os indivíduos sem a patologia (IDF, 2015, citado em Amaral, 2017). A maioria dos países analisados no relatório da IDF gasta 5-20% do seu orçamento total para a área da saúde em despesas com a diabetes. Dado o seu elevado custo, a doença representa um desafio para os sistemas de saúde e um obstáculo a um desenvolvimento económico sustentável (IDF, 2015, citado em Amaral, 2017).

Estas doenças crónicas, como a HTA e a DM, exigem uma autogestão diária da mesma, afetando assim a sua qualidade de vida. São patologias que estão relacionadas com pessoas com a idade mais avançada, menos escolarizadas, com situações de emprego precárias e pior situação

financeira (Poljičanin *et al.*, 2010). Os mesmos autores constataram que ambas as doenças têm impacto na qualidade de vida das pessoas, no entanto, consideram que o diagnóstico e o tratamento precoce da DM e HTA representam uma melhoria na autogestão da doença e melhores resultados de qualidade de vida.

## 2.2 QUALIDADE DE VIDA DOS RECLUSOS COM HTA E DM EM PROCESSO DE TRANSIÇÃO

Os reclusos, muitas vezes devido ao seu nível socioeconómico, frequentemente desfavorecido, possuem um maior risco de doenças do que a população em geral, acabando por sofrer de doenças crónicas, obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Muitos dos estudos existentes focam-se nas doenças infecciosas transmissíveis, devido à maior prevalência de HIV, hepatite B e tuberculose do que a restante população. No entanto, existe necessidade de estudar também as doenças não infecciosas com maior prevalência na população reclusa.

De acordo com Xiao *et al.* (2019), a hipertensão arterial representa uma grande carga socioeconómica sobre os indivíduos e os sistemas de saúde, que está associada a uma baixa QVRS. Os mesmos autores referem que a idade, o sexo, e a carga económica associada à doença, a atividade física, consumo de álcool e autogestão emocional tiveram impacto na qualidade de vida das pessoas. O apoio da família também foi positivamente associado à QVRS, podendo influenciar fortemente a adesão ao tratamento e controlo da hipertensão.

Já os autores Poljičanin *et al.* (2010), através de um estudo comparativo com uma população saudável, pretenderam analisar o impacto da diabetes e hipertensão na QVRS, devido à sua necessidade de autogestão diária. Os autores referem que em estudos anteriores foi concluído que a hipertensão tem menos efeitos negativos do que a diabetes, no entanto ainda não foi traçado um perfil de diferenças entre pessoas com diabetes e hipertensão. Neste estudo concluíram que ambas as doenças impõem limitações quer no funcionamento físico como mental. Na literatura que consultaram sugerem que a diabetes numa fase inicial não tem impacto percebido na QVRS. Estes autores apontam para o diagnóstico precoce da diabetes e da hipertensão como forma de melhor autogestão da doença, e consequentemente a melhor QVRS. Isto é, não só no manuseamento clínico da doença, como também na educação para a saúde das pessoas para melhor capacitação para cuidarem de si, ou seja, empowerment.

Segundo Bellali *et al.* (2020), apesar do direito dos reclusos à saúde e bem-estar, tal como a população em geral, esse direito por vezes é desvalorizado. Os autores referem que a diabetes Mellitus é uma doença crónica que progride e conduz a graves complicações de saúde. Nas cadeias dos EUA quase 80 000 reclusos têm diabetes *mellitus*, com uma prevalência de 4,8%, em

comparação à população em geral, com uma prevalência de 8,3%. Já na Grécia, a prevalência de reclusos com diabetes *mellitus* é de 3%, enquanto na população geral é de 8,5%.

É considerado por Bellali *et al.* (2020) que o baixo nível de saúde dos reclusos está associado ao déficit de serviços de saúde existentes nas cadeias, seja por falta de profissionais de saúde como de medicação, ou até mesmo dietas diabéticas. No entanto, esta falta de cuidados de saúde pode resultar, de acordo com os mesmos, em aumento dos custos com o tratamento após a conclusão da pena dos reclusos e o seu regresso à sociedade.

O processo de transição, de acordo com Meleis (2007), caracteriza-se pela sua singularidade, diversidade, complexidade e múltiplas dimensões que geram significados variados, determinados pela percepção de cada indivíduo. As transições são os resultados de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes. Esta teoria pode ser aplicada ao processo de reclusão, enquanto situacional (associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis), de saúde/doença (quando ocorre mudança do estado de bem-estar para o estado de doença) e organizacional (relacionadas ao ambiente, mudanças sociais, políticas, económicas ou intraorganizacional) (Meleis, 2000). Desta forma, pode-se afirmar que os reclusos estão num processo de transição nas suas vidas da sociedade para a reclusão, e posteriormente para a sociedade novamente, sendo essencial que durante este processo se mantenha a qualidade de vida dos mesmos, preservando o seu estado de saúde.

A diabetes *mellitus* é reconhecida pela OMS (2016) como uma das quatro prioridades de doenças não transmissíveis, no entanto, existem poucos dados sobre reclusos com esta patologia. Os autores do artigo referem que os reclusos são normalmente excluídos dos esforços da comunidade para melhorar os resultados de saúde, existindo também poucos estudos sobre a qualidade de vida dos mesmos em relação à sua saúde, que podem ser afetados pelas condições de detenção. Bellali *et al.* (2020) refere que as evidências científicas sugerem que os níveis de bem-estar psicológicos baixos e os distúrbios do sono estão associados a um aumento de prevalência de diabetes tipo 2.

Segundo Bellali *et al.* (2020), a hipertensão arterial foi a doença mais relatada pelos reclusos entrevistados, para além da diabetes *mellitus*, relacionando com comportamentos que influenciam o aparecimento desta patologia, serem fumadores, má alimentação e mau estado físico.

Concluíram que reclusos com diabetes *mellitus* apresentam níveis mais baixos de qualidade de vida e bem-estar psicológico, em comparação com reclusos sem esta patologia. Na generalidade, as comorbidades foram significativamente associadas a menor qualidade de vida física, que tanto se aplica à diabetes *mellitus* como para a hipertensão arterial.

No que diz respeito à saúde, a qualidade de vida é muitas vezes influenciada de forma negativa (como por exemplo a ocorrência de uma doença debilitante que não constitui risco de

vida, ou por uma doença que por outro lado, constitui risco de vida para a pessoa). A qualidade de vida pode ser influenciada pelo declínio natural da saúde e capacidades cognitivas de um indivíduo, pelo declínio mental, por processos de doenças crónicas, entre muitos outros. Neste sentido, uma vida saudável tem um profundo impacto na qualidade de vida de todos os seres humanos (Ogata, 2015, citada em Varela, 2018).

### 3 PROBLEMÁTICA DE INVESTIGAÇÃO

Existindo uma elevada prevalência de reclusos com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus nas cadeias, nomeadamente no Estabelecimento Prisional de Alcoentre, pretende-se estudar que impacto têm ambas as doenças na qualidade de vida dos reclusos, e que estratégias de intervenção ao nível da equipa multidisciplinar podem ser aplicadas para reduzir esta prevalência nesta população.

#### 3.1 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Numa investigação, a formulação da questão de investigação é uma das fases mais essenciais e desafiadoras do processo de pesquisa. De acordo com Sousa *et al.* (2018, p.37) “uma questão bem elaborada, define todo o percurso da investigação e permite agilizar a mesma e orientar a pesquisa para a obtenção de resultados adequados ao problema”. De acordo com os mesmos autores, uma questão de investigação mal estruturada compromete o desenho, a análise, o cálculo do tamanho da amostra e os resultados da investigação, reduzindo a possibilidade de se encontrar respostas efetivas ao problema inicial.

O presente estudo foi desenvolvido através da questão de investigação: De que forma a diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial têm influência na qualidade de vida dos reclusos do EPA?

#### 3.2 OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO

O objetivo de uma investigação "constitui um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação, indicando, conseqüentemente, o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo" (Freixo, 2011, p. 164).

Como objetivo geral pretende-se analisar o impacto na qualidade de vida dos reclusos do EPA com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Do conjunto dos objetivos deve estabelecer-se uma diferenciação entre os objetivos gerais e específicos, pois " tanto os objetivos gerais como os específicos permitem o acesso gradual e progressivo aos resultados finais" (Baptista e Sousa, 2011, p. 26).

Como objetivos específicos pretende-se descrever a população geral do EPA; identificar os reclusos com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus; analisar a qualidade de vida relacionada com

a saúde dos reclusos com ambas as doenças crónicas; identificar estratégias para a diminuição da prevalência destas doenças na população prisional, assim como os custos associados com o tratamento.

## 4 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A fase metodológica procura clarificar aspetos de natureza metodológica que orientaram o estudo. Nesta fase é adequada a operacionalização do estudo de forma a possibilitar que se estude e avalie as diferentes opções do mesmo, orientando os procedimentos para obter com maior facilidade um determinado fim: atingir os objetivos e responder de forma válida à questão de investigação. Desta forma, o investigador define que métodos irá utilizar na sua pesquisa para obter respostas à questão de investigação inicialmente formulada, definindo para o efeito a população e os instrumentos mais adequados para proceder à colheita de dados.

O processo de investigação deve envolver uma fase metodológica onde contempla a identificação do problema de investigação, os objetivos gerais e específicos, a identificação da população e da amostra, assim como método de seleção, o tipo de estudo, identificação de variáveis do estudo, a descrição do material e dos métodos, bem como as considerações éticas.

Neste capítulo irá ser realizada uma descrição da metodologia utilizada, como o tipo de estudo, população e amostra e sua caracterização, variáveis, seguindo-se uma descrição dos instrumentos usados e procedimentos.

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e transversal porque auxilia o investigador a resolver e aumentar a sua expectativa em função do problema determinado, tendo por base a avaliação num dado momento. “Os estudos transversais pressupõem a recolha de dados de mais de um caso, num determinado instante de tempo, de forma a coligir dados quantitativos ou qualitativos, com uma ou mais variáveis, que após a sua análise permitem detetar padrões de associação, estabelecendo a variação” (Bryman, 2012, p. 58, citado em Santos *et al.*, 2019).

Neste estudo em específico, o modelo de suporte é construído pelo próprio investigador, uma vez que após revisão de literatura sobre o tema, não foi encontrado nenhum modelo teórico de suporte. É também descritivo porque se insere num contexto que pretende descrever a problemática que se propõe a estudar. Baseia-se no paradigma quantitativo, pelo fato deste tipo de investigação se expressar através de dados quantitativos.

## 4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

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

A população-alvo corresponde a todos os reclusos que estejam diagnosticados com HTA e DM no EP de Alcoentre, com acesso ao campo de investigação autorizado para esta prisão (Anexo A). A amostra intencional, foi constituída por 52 reclusos representando 11% da população do EPA, decorrendo a colheita de dados de 20/06/2021 a 2/07/2021. Definiram-se como critérios de inclusão: saber ler e escrever em português a aceitar participar no estudo. A escolha deste EP de Alcoentre relacionou-se com o facto de a investigadora desenvolver neste EP a sua atividade profissional, facilitando a exequibilidade do estudo no período académico determinado para o efeito.

A amostra constituir-se-á de acordo com os reclusos que aceitem participar, sendo esta uma amostra intencional. Enquadram-se aqui os diversos casos em que o amostrador deliberadamente escolhe certos elementos para pertencer à amostra, por considerar tais elementos bem representativos da população.

### 4.2.1 Caraterização da Amostra

Foi realizada uma análise descritiva dos dados aos 52 reclusos participantes, do sexo masculino, tendo em conta a idade, Ala a que pertencem, a patologia diagnosticada e o nível de escolaridade que possuem.

### 4.2.2 Caraterização sociodemográfica e de saúde

No que diz respeito à idade, a estrutura dos reclusos com patologia DM ou HTA (ou ambas), varia entre os 26 e os 80 anos, com média (M) etária nos 53,17 anos (desvio padrão: 12,94) (Tabela 1). A moda (Mo) etária compreende as idades 41, 43, 47, 48, 58, 68 com frequência absoluta de 3 pessoas.

Tabela 1 - Caracterização da idade da amostra;

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média (M)</b>	<b>Desvio-padrão (dp)</b>
<b>Idade</b>	52	26	80	53,17	12,94

Quanto à Ala a que pertencem, a maioria dos reclusos participantes com patologias DM e HTA estão alocados na Ala 1, 48,1% (n: 25), e na Ala 2 30,8% (n: 16), o segundo grupo mais representativo. (Tabela 2).

No que diz respeito às habilitações académicas, os participantes apresentam escolaridade entre o 2º ano e o ensino superior, com média (M) escolar de 7,87 e uma moda (Mo) concentrada no 9º ano de escolaridade, com 36,5% (n: 19).

Quanto à patologia que cada um dos participantes tem, observa-se uma maior prevalência de HTA, com 65,4% (n: 34), DM com uma prevalência de 17,3% (n:9), e DM e HTA com igual prevalência, de 17,3% (n:9)

Tabela 2 - Análise descritiva das variáveis independentes;

		N	Percentagem (%)
<b>Ala do recluso</b>	Ala 1	25	48,1%
	Ala 2	16	30,8%
	Ala 3	5	9,6%
	Ala 4	6	11,5%
<b>Ano de escolaridade</b>	2º	1	1,9%
	4º	11	21,2%
	6º	5	9,6%
	7º	5	9,6%
	8º	2	3,8%
	9º	19	36,5%
	12º	5	9,6%
	Ensino superior	4	7,7%
<b>Patologia</b>	HTA	34	65,4%
	DM	9	17,3%
	HTA e DM	9	17,3%

#### 4.3 VARIÁVEIS

Uma variável é a característica de interesse que é medida em cada elemento da amostra ou população. O investigador manipula, em condições por si controladas e conhecidas, sistematicamente a variável independente, de modo a observar rigorosamente os efeitos que esta provoca na variável dependente, ou seja, no objeto (Vilelas, 2009, citado em Santos *et al.*, 2019).

É desta forma que um desenho de investigação se diferencia dos restantes: pela manipulação da variável independente (adaptado de Freixo, 2011, citado em Santos *et al.*, 2019).

Por forma a clarificar as variáveis dependentes (Escala SF-12 e Escala EMMBEP) e independentes sociodemográficas (idade, Ala, nível de escolaridade) e de saúde (tipo de patologia), apresenta-se um quadro (Quadro 1) com a sua classificação e os valores assumidos para a análise de dados.

Quadro 1 - Variáveis dependentes e independentes do estudo;

	Nome da Variável	Escala de medida	Valores assumidos
<b>Variáveis dependentes</b>	Escala SF-12 - Short Form Health Survey	ordinal	Pergunta 1 1 – Excelente; 2 – Muito boa; 3 – Boa; 4 – razoável; 5 – fraca Pergunta 2a e 2b 1 – Sim, muito limitado; 2 – sim, um pouco limitado; 3 – não, nada limitado pergunta 3a, 3b, 4a, 4b, 6a, 6b, 6c e 7 1 – Sempre; 2 – a maior parte do tempo; 3 – algum tempo; 4 – pouco tempo; 5 – nunca Pergunta 5 1 – Absolutamente nada; 2 – pouco; 3 – moderadamente; 4 – bastante; 5 - imenso
	EMMBEP - Escala de Medida de Manifestação de Bem-estar Psicológico	ordinal	1 – Nunca; 2- Raramente; 3 - Algumas vezes; 4- Frequentemente; 5 - Quase sempre
<b>Variáveis independentes</b>	Idade	intervalo	Não se aplica
	Ala	nominal	1 – Ala A; 2 – Ala B; 3 – Ala Central; 4 - Ravi
	Nível de escolaridade	ordinal	1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10º, 11º, 12º 13º - licenciatura ou mais
	Tipo de patologia	nominal	1 – DM; 2 – HTA; 3 – HTA e DM

#### 4.4 INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Para a realização deste estudo optou-se pela aplicação do instrumento de colheita de dados questionário com base nas escalas SF-12 - Short Form Health Survey e da EMMBEP - Escala de Medida de Manifestação de Bem-estar Psicológico (Anexo E). As escalas foram selecionadas para o presente estudo após a realização de uma Scoping Review (Anexo C) com a questão de investigação: de que forma a diabetes *mellitus* e hipertensão arterial tem influência na qualidade de vida de reclusos?

Para Freixo (2011) é constituído por um conjunto de enunciados ou de questões, que permitem avaliar atitudes, opiniões dos sujeitos ou colher outro tipo de informação, junto desses mesmos sujeitos. É também um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma forma rigorosa, não permitindo ir tão em profundidade como a entrevista, permite, no entanto, um melhor controlo dos enviesamentos.

O questionário está aconselhado quando se pretende interrogar um grande número de pessoas, apresentando uma grande flexibilidade no que respeita à forma, à estrutura e aos meios de recolher informação (Norwood, 2000), sendo considerado por Ghiglione e Matalon (2001) uma das melhores formas de verificar hipóteses.

O questionário efetuado pode ser aplicado pelo investigador ou autoadministrado, consoante as características do recluso, durante as consultas de enfermagem de HTA e DM. O autopreenchimento, a garantia de anonimato, a uniformização de diretivas (que assegura a constância de um questionário para o outro e, por este facto, a fidelidade do instrumento) e a apresentação padronizada viabiliza a obtenção de respostas sinceras, precisas e de uma forma rápida, facilitando o tratamento de dados e a inferência estatística (Fortin, 2009).

Para o presente estudo, o questionário aplicado foi constituído por três partes conjuntas: dados psicossociais (idade, nível de escolaridade, tipo de patologia), EMMBEP - Escala de Medida de Manifestação de Bem-estar Psicológico, e por fim, escala SF-12 - Short Form Health Survey.

##### 4.4.1 SF-12 - Short Form Health Survey

A escala SF-12 compreende um questionário multifuncional que avalia o estado de saúde das populações em geral, incluindo oito dimensões: saúde física, aspeto físico, dor, saúde em geral, vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental.

“O SF-12 é a versão curta da Short Form Health Survey (SF-36), desenvolvido por Ware *et al.* e adaptado e validado para a população portuguesa por Ferreira, sendo, provavelmente, um dos

instrumentos genéricos de medição de estado de saúde mais utilizado” (Ferreira, 2017, p.40). Também Bardsley, Astell e Home (1993), citado em Aguiar *et al.* (2008) referem que o questionário SF-36 é o instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida mais utilizado em pesquisas, devido à sua validade e confiabilidade, pode ser utilizado em várias condições médicas, incluindo a diabetes mellitus e a hipertensão arterial. Trata-se de uma alternativa mais reduzida ao SF-36 e explica 90% da variância que existe no questionário mais longo.

A presente escala é composta por doze perguntas (perguntas categóricas, utilização de escala de Likert com 3 ou 5 pontos) e foca-se em duas vertentes: saúde física (PCS) e saúde mental (MCS). Cada vertente possui 6 questões. É um questionário que pode ser administrado por entrevista ou autoadministrado (Gandek, *et al.* 1998) com uma duração média de preenchimento cerca de 2 minutos (Globe *et al.*, 2002).

Normalmente esta escala é utilizada para estudos de maiores dimensões, com uma amostra elevada. No entanto, a razão para a escolha da SF-12 para a realização do presente estudo deve-se ao facto do público-alvo se encontrar em condições de reclusão, por forma a simplificar o processo de colheita de dados.

#### **4.4.2 EMMBEP - Escala de Medida de Manifestação de Bem-estar Psicológico**

A Escala de medida de manifestação de bem-estar psicológico é a versão portuguesa da Èchelle de Mesure des Manifestations du Bien-être Psychologique (Massé *et al.*, 1998).

Trata-se de um instrumento desenvolvido com a finalidade da operacionalização do constructo de bem-estar psicológico, validada para a população portuguesa por Monteiro, Tavares e Pereira (2012).

É uma escala de resposta tipo *likert* de 5 pontos, que vai desde Nunca (1) a Quase sempre (5), constituída por um total de 25 itens, dividida em seis subescalas: autoestima (4 itens), equilíbrio (4 itens), envolvimento social (4 itens), sociabilidade (4 itens), controlo de si e dos acontecimentos (4 itens) e felicidade (5 itens) (Monteiro, Tavares & Pereira, 2012).

De acordo com os autores originais da EMMBEP (Massé *et al.*, citado em Carrinho, 2012, pp. 239), as subescalas descrevem-se da seguinte forma:

- “Autoestima. Esta dimensão inclui itens relacionados com o sentir-se confiante em si mesmo, apreciado e amado, útil e satisfeito com o que alcançou.
- Equilíbrio. A dimensão equilíbrio relaciona-se com a estabilidade manifestada nos diferentes níveis pessoal, familiar e profissional.

- Envolvimento social. Esta dimensão inclui aspetos como ter interesse no que nos rodeia, ter ambições e gosto de levar a cabo atividades em geral, e de lazer em particular.
- Sociabilidade. A dimensão sociabilidade diz respeito à propensão para se relacionar com a comunidade, com bom humor e com capacidade para ouvir os outros.
- Controlo de si mesmo e dos acontecimentos. Esta dimensão inclui itens respeitantes ao sentimento de controlo de si mesmo e dos acontecimentos e à capacidade de enfrentar as dificuldades da vida, ter uma boa moral e sentir-se em forma.”

Quanto mais elevado for o total obtido, fornecido pelo somatório das pontuações de todos os itens, maior será o bem-estar psicológico percebido (Monteiro, Tavares e Pereira, 2012).

Para o presente estudo optou-se por selecionar a EMMBEP devido à sua fácil e rápida aplicação e interpretação por parte dos participantes desta investigação.

#### 4.5 PROCEDIMENTO E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Efetou-se o pedido de autorização para a realização da presente investigação ao Diretor Geral da DGRSP (Anexo A), para o EP de Alcoentre, com parecer positivo. Posteriormente efetuou-se o pedido de autorização ao Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira para a utilização da escala SF-12 (Anexo F) e ao Professor Doutor José Tavares para a utilização da Escala EMMBEP (Anexo G), com pareceres favoráveis em ambos.

Após as autorizações supramencionadas, o projeto de investigação foi enviado para a Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Santarém, com apreciação positiva, cumprindo os requisitos éticos inerentes à participação dos reclusos do EPA no estudo (Emissão de Parecer 042021Saúde - Anexo B).

Com todas as autorizações necessárias ao estudo, deu-se início à colheita de dados junto dos reclusos, onde lhes foram fornecidas verbalmente e por escrito, todas as informações relativas à investigação a decorrer no EP, solicitando-lhes o consentimento informado (Anexo D) para a participação no mesmo. O preenchimento dos questionários realizou-se no gabinete de enfermagem, e nos que estavam capacitados para a autoadministração do mesmo, foi realizada nas celas dos respetivos reclusos, respeitando desta forma a privacidade dos participantes e a confidencialidade dos dados, de acordo com os princípios éticos. A colheita de dados foi efetuada pelas enfermeiras do EP, que após realização de workshop acerca da contextualização do estudo e dos instrumentos de colheita de dados a aplicar, se disponibilizaram para colaborar com o objetivo de normatizar a colheita de dados, não sendo assim uma colheita de dados efetuada diretamente pela investigadora.



## **5 RESULTADOS**

O presente estudo teve como paradigma a investigação quantitativa, ou seja, algo que pode ser medido. Segundo Knechtel (2014), é um método de investigação baseado no teste de uma teoria e composta por variáveis quantificadas em números, as quais são analisadas de modo estatístico, com o objetivo de determinar se as generalizações previstas na teoria se sustentam ou não.

Após a aplicação do questionário, os dados obtidos foram introduzidos numa base de dados informatizada e analisados com recurso ao software SPSS versão 28.0 (IBM SPSS Inc, Chicago, IL). Foi definido como estatisticamente significativo um valor  $p \leq 0,05$ , tendo um grau de confiança de 95%.

Foi utilizada estatística descritiva, com recurso aos valores das frequências, medidas de tendência central e de dispersão. Posteriormente foi realizada uma análise fatorial de ambas as escalas e calculado o coeficiente de consistência interna Alpha de Cronbach. A validade é estudada através de dois procedimentos estatísticos, os testes de Kaiser- Mayer-Olkin (KMO) e de Bartlett, e a fiabilidade pelo teste do Alpha de Cronbach.

O número de fatores existentes num conjunto de dados é determinado pela análise fatorial exploratória (AFE), que corresponde a “uma técnica de análise exploratória de dados que tem por objetivo descobrir e analisar a estrutura de um conjunto de variáveis intercorrelacionadas de modo a construir uma escala de medida para fatores (intrínsecos) que de alguma forma (...) controlam as variáveis originais” (Marôco, 2018, p. 461).

Permite ainda avaliar a validade das variáveis, informando se medem ou não os mesmos conceitos, i.e., procura encontrar fatores claros num grupo de variáveis em amostras suficientemente grandes (Pestana & Gageiro, 2014). Logo, é necessário que haja correlação entre as variáveis de modo a aplicar o modelo fatorial e dar continuidade à sua validação. Para validar a qualidade das correlações, são utilizados o teste KMO e o teste de esfericidade de Bartlett (Pestana & Gageiro, 2014). O KMO “é uma medida de homogeneidade, que compara as correlações simples com as correlações parciais observadas entre as variáveis” (Marôco, 2011, p. 477) e varia entre 0 e 1. Assim, valores próximos de 1 indicam coeficientes de correlação parciais pequenos e representam uma análise fatorial muito boa e valores de KMO próximos de 0 designam que a análise fatorial pode não ser uma boa opção, visto a correlação entre as variáveis ser fraca (Pestana & Gageiro, 2014) (Quadro 2).

Quadro 2 - Critérios de recomendação de validade estimada pelos testes KMO; Fonte: Pestana e Gageiro (2014);

<b>KMO</b>	<b>Análise Fatorial</b>
<b>1 – 0,9</b>	Muito Boa
<b>0,8 – 0,9</b>	Boa
<b>0,7 – 0,8</b>	Média
<b>0,6 – 0,7</b>	Razoável
<b>0,5 – 0,6</b>	Má
<b>&lt; 0,5</b>	Inadmissível

O teste de esfericidade de Bartlett testa a hipótese de que as variáveis não sejam correlacionadas na população. Quando p-value < 0,05 indica que a matriz de correlações não é uma matriz de identidade e por conseguinte há algumas relações entre as variáveis que se espera incluir na análise, contudo um p-value < 0,001 permite constatar que as variáveis se correlacionam significativamente (Marôco, 2011).

Para testar a fiabilidade dos dados, é necessário confirmar a consistência interna dos vários itens, e por isso, foi utilizado o Alpha de Cronbach, que representa uma das medidas mais utilizadas para verificar a consistência interna, variando numa escala de 0 a 1 (Quadro 3).

Quadro 3 - Classificação da consistência interna do coeficiente alfa de Cronbach; Fonte: Adaptado Pestana e Gageiro (2014);

<b>Alpha Cronbach</b>	<b>Consistência Interna</b>
<b>≥ 0,9</b>	Muito Boa
<b>0,8 – 0,9</b>	Boa
<b>0,7 – 0,8</b>	Razoável
<b>0,6 – 0,7</b>	Fraca
<b>&lt; 0,6</b>	Inadmissível

Para analisar as qualidades psicométricas dos instrumentos utilizados no presente estudo procedeu-se à análise descritiva dos itens, assim como ao estudo da validade do constructo e à análise da consistência interna (fidelidade).

### 5.1 ESCALA SF-12

Analisaremos os itens da escala SF-12, tendo em conta os resultados obtidos para cada um deles.

Tabela 3 - Resultados da Escala SF-12;

	Domínio	Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
<b>1. A sua saúde em geral</b>	Estado geral de saúde	3,8	9,6	36,5	28,8	21,2
<b>Será que a sua saúde o limita nestas atividades:</b>	<b>Domínio</b>		<b>Sim, muito limitado</b>	<b>Sim, um pouco limitado</b>	<b>Não, nada limitado</b>	
2.a. Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa	Capacidade funcional		11,5	21,2	65,4	
2.b. Subir vários lanços de escada	Capacidade funcional		17,3	26,9	55,8	
<b>Consequências do estado de saúde físico</b>	<b>Domínio</b>	<b>Sempre</b>	<b>A maior parte do tempo</b>	<b>Algum tempo</b>	<b>Pouco tempo</b>	<b>Nunca</b>
3.a. Fez menos do que queria?	Aspeto físico	7,7	21,2	17,3	17,3	36,5
3.b. Sentiu-se limitado no tipo de trabalho ou outras atividades?	Aspeto físico	13,5	15,4	13,5	17,3	40,4
<b>Consequências do estado emocional</b>	<b>Domínio</b>	<b>Sempre</b>	<b>A maior parte do tempo</b>	<b>Algum tempo</b>	<b>Pouco tempo</b>	<b>Nunca</b>
4.a. Fez menos do que queria?	Aspetos emocionais	5,8	15,4	23,1	17,3	38,5
4.b. Executou o seu trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente do que era costume?	Aspetos emocionais	3,8	11,5	11,5	23,1	50
	<b>Domínio</b>	<b>Absoluta/nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderada/</b>	<b>Bastante</b>	<b>Imenso</b>
<b>5. Como a dor interferiu com o trabalho?</b>	Dor	26,9	23,1	26,9	13,5	9,6
<b>Como se sentiu nas últimas 4 semanas:</b>	<b>Domínio</b>	<b>Sempre</b>	<b>A maior parte do tempo</b>	<b>Algum tempo</b>	<b>Pouco tempo</b>	<b>Nunca</b>
6.a. Se sentiu calmo e tranquilo?	Saúde mental	53,8	28,8	11,5	3,8	1,9
6.b. Se sentiu com muita energia	vitalidade	26,9	26,9	25	15,4	5,8
6.c. Se sentiu deprimido?	Saúde mental	3,8	13,5	25	26,9	30,8
<b>7. Até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social?</b>	Aspetos sociais	5,8	9,6	28,8	23,1	32,7

De acordo com a análise descritiva dos dados da escala SF-12 pode-se verificar que grande parte dos reclusos inquiridos (36,5%) consideram ter um bom estado de saúde geral. No que diz respeito às capacidades funcionais, os reclusos não se consideram limitados em atividades físicas, tais como deslocar uma mesa (65,4%) ou subir vários lanços de escada (55,8%), devido ao seu estado de saúde.

Quanto ao domínio aspecto físico, 36,5% dos reclusos referem que nunca fazem menos do que queriam devido ao seu estado de saúde físico. Ainda no mesmo domínio, 40,4% dos reclusos nunca se sente limitado no seu trabalho ou em outras atividades.

Relativamente aos aspetos emocionais, 38,5% dos reclusos referem que nunca fazem menos do que queriam devido ao seu estado emocional, assim como 50% referem que nunca realizaram uma atividade menos cuidadosamente do que era costume devido ao seu estado emocional.

No domínio da dor, 26,9% dos reclusos respondeu que a dor não interferiu absolutamente nada com o seu trabalho. A mesma percentagem verificou-se em reclusos que responderam que a dor interferiu moderadamente no seu trabalho.

No domínio da saúde mental, 53,8% dos reclusos responderam que se sentiram sempre calmos e tranquilos.

Quanto ao domínio vitalidade, houve igual percentagem (26,9%) para os reclusos que responderam que sempre se sentiram com energia e para os que se sentiram na maior parte do tempo.

No domínio saúde mental 30,8% dos reclusos responderam que nunca se sentiram deprimidos.

No domínio que trata os aspetos sociais, 32,7% dos reclusos referem que nunca sentiram que a sua saúde física ou problemas emocionais limitassem a sua atividade social.

Tal como para a escala EMMBEP, foi realizada uma AFE e calculados coeficientes de consistência interna Alpha de Cronbach. A validade é estuda através de dois procedimentos estatísticos, os testes de Kaiser- Mayer-Olkin (KMO) e de Bartlett.

Para iniciar o processo, foram invertidas as variáveis, por forma a existir concordância. Posteriormente, foi calculado o KMO com valores iguais a 0,857, que significam bons resultados de correlação entre as variáveis e amostra (de acordo com Pestana & Gageiro, 2014) (Quadro 4). Já o valor do teste de Bartlett com significância estatística ( $p < 0,001$ ), que indica que as variáveis se encontram correlacionadas de modo significativo.

Quadro 4 - KMO e teste de Bartlett para a escala SF-12;

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	,857	
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	370,316
	df	66
	Sig.	,000

Da análise fatorial da escala foi possível extrair dois fatores, que explicam mais de 50% da variância total (63,2%), onde se identifica também a variância do item explicada pelos dois componentes identificados, a componente física e componente mental (Tabela 4), tal como descrito em modelo teórico do autor da escala.

Tabela 4 - Análise fatorial da escala SF-12;

Itens/Dimensões	1	2
<b>Fator 1 - PCS</b>		
Subir vários lanços de escada (SF2b)	,879	
Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa (SF2a)	,783	
SF12_5_INVERTIDA - Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal?	,760	
SF12_1_INVERTIDA - Em geral, diria que a sua saúde é	,695	
Estado de saúde físico - Sentiu-se limitado no tipo de trabalho ou outras atividades? (SF3b)	,684	
<b>Fator 2 - MCS</b>		
Estado de saúde físico - Fez menos do que queria? (SF3a)		,750
Problemas emocionais - Fez menos do que queria? (SF4a)		,711
Problemas emocionais - Executou o seu trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente do que era costume? (SF4b)		,711
Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (SF7)		,641
Sentiu-se deprimido? (SF6c)		,622
SF12_6_a_INVERTIDA - Sentiu-se calmo e tranquilo?		,587
SF12_6_b_INVERTIDA - Sentiu-se com muita energia?		,548

### CONSISTÊNCIA INTERNA DA SF-12

Quanto à consistência interna, considerando-se todos os 12 itens do questionário, foi estimado um coeficiente Alfa de Cronbach igual a 0,555. Para o conjunto de itens que compõem o PCS e o MCS observaram-se coeficientes iguais a 0,872 e 0,861, respetivamente (Tabela 5).

Tabela 5 - Alfa de Cronbach por fator da escala SF-12;

	Alfa de Cronbach	Nº de itens
<b>Fator 1</b>	0,872	5
<b>Fator 2</b>	0,861	7
<b>Total</b>	0,555	12

## 5.2 ESCALA EMMBEP

Analisaremos os itens da escala EMMBEP, tendo em conta os resultados obtidos para cada um deles.

Tabela 6 - Resultados da Escala EMMBEP;

Durante o último mês...	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequente/	Quase sempre	Moda
1. Senti-me confiante.	3.9	3.9	26.9	15.4	50	5
2. Senti que os outros gostavam de mim e me apreciavam.	0	1.9	28.9	38.5	30.8	4
3. Senti-me satisfeito com o que fui capaz de alcançar, senti-me orgulhoso de mim próprio.	1.9	3.9	15.4	36.5	42.3	5
4. Senti-me útil.	1.9	1.9	19.2	30.8	46.2	4
5. Senti-me emocionalmente equilibrado.	3.9	1.9	17.3	38.5	38.5	4/5
6. Fui igual a mim próprio, natural em todas as circunstâncias.	0	1.9	13.5	25	59.6	5
7. Vivi a um ritmo normal, não tendo cometido excessos.	3.9	1.9	25	19.2	50	5
8. A minha vida foi bem equilibrada entre as minhas atividades familiares, pessoais e académicas.	1.9	1.9	28.9	19.2	48.1	5
9. Tive objetivos e ambições.	3.9	1.9	13.5	15.4	65.4	5
10. Tive curiosidade e interesse em todo o tipo de coisas.	1.9	3.9	21.1	25	48.1	5
11. Envolvi-me em vários projetos.	7.7	9.6	23.1	28.9	30.8	5
12. Senti-me bem a divertir-me, a fazer desporto e a participar em todas as minhas atividades e passatempos preferidos.	7.7	11.5	11.5	28.9	40.4	5
13. Ri-me com facilidade.	1.9	13.5	13.5	28.9	42.3	5
14. Tive um grande sentido de humor, tendo feito os meus amigos rir facilmente.	1.9	5.8	19.2	28.9	44.2	5
15. Fui capaz de estar concentrado e ouvir os meus amigos.	0	1.9	7.7	25	65.4	5
16. Relacionei-me facilmente com as pessoas à minha volta.	0	7.7	5.8	34.6	51.9	5
17. Estive capaz de enfrentar situações difíceis de uma forma positiva.	0	0	21.1	30.8	48.1	5
18. Perante situações complexas, fui capaz de as resolver com clareza.	0	1.9	15.4	23.1	59.6	5
19. Fui capaz de encontrar resposta para os meus problemas sem preocupações.	1.9	9.6	23.1	32.7	32.7	4/5
20. Estive bastante calmo.	3.8	3.9	25	21.2	46.2	5
21. Tive a impressão de realmente gostar e viver a vida ao máximo.	1.9	1.9	23.1	17.3	55.8	5
22. Senti-me bem, em paz comigo próprio.	1.9	1.9	13.5	23.1	59.6	5
23. Achei a vida excitante e quis aproveitar cada momento dela.	3.9	5.8	9.6	26.9	53.9	5
24. A minha moral esteve boa.	1.9	3.9	11.5	26.9	55.8	5
25. Senti-me saudável e em boa forma.	5.8	13.5	23.1	25	32.7	5

Os resultados da análise descritiva dos dados referentes à escala EMMBEP evidenciam uma distribuição bastante adequada dos itens em estudo (Tabela 6), com os valores mínimos e máximos a oscilarem entre 1 e 5 (os valores extremados da distribuição) em quase todos os itens (exceto nos itens 2, 6, 15, 16, 17, 18). Os valores da moda oscilaram entre 4 e 5 na quase totalidade dos itens. Apenas 4 dos 25 itens não apresentaram valores máximos extremos (itens 2, 4, 5 e 19). Os resultados sugerem assim uma maior concentração das respostas dos sujeitos da amostra junto dos valores mais elevados da distribuição.

Com o intuito de analisar a estrutura dimensional subjacente aos 25 itens, por forma a assegurar a validade e confiabilidade da escala que constitui o instrumento de colheita dos dados foi realizada uma AFE, com rotação ortogonal do tipo *Varimax*, utilizando-se em primeira instância o teste KMO e o teste de esfericidade de Bartlett.

Para o KMO obtiveram-se valores iguais a 0,712 (Quadro 5), que revela uma correlação aceitável entre as variáveis e a amostra (Pestana e Gageiro, 2014). Já o valor do teste de Bartlett com significância estatística ( $p < 0,001$ ), que indica que as variáveis se encontram correlacionadas de modo significativo.

Quadro 5 - KMO e teste de Bartlett para a escala EMMBEP;

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,712
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	760,329
	df	300
	Sig.	,000

Da análise fatorial da escala foi possível extrair cinco fatores (Tabela 7), que explicam mais de 50% da variância total (63,6%), onde se identifica também a variância do item explicada pelos cinco componentes identificados. No entanto, esta análise não reproduziu os resultados, pois os itens da escala agrupavam-se, a nível fatorial, de modo diferente. Deste modo, foi efetuada a denominação de acordo com o referencial teórico. Assim sendo, a solução selecionada corresponde a uma estrutura de cinco fatores que traduzem: 1º fator – Felicidade, 2º fator – Equilíbrio, 3º Fator - Controlo de si e dos acontecimentos, 4º Fator - Envolvimento social 5º Fator – Autoestima.

O primeiro fator é constituído por sete itens (3, 4, 20, 21, 22, 23, 24) que corresponde à dimensão Felicidade, com saturações que oscilam entre 0,569 e 0,761, que explicam 17,685% da variância.

O segundo fator é composto por cinco itens (5, 7, 17, 18, 19) que corresponde à dimensão Equilíbrio, com saturações entre 0,489 e 0,810, que explicam 14,096% da variância.

O terceiro fator é composto por cinco itens (9, 10, 11, 13, 14) que corresponde à dimensão Controlo de si e dos acontecimentos, com saturações entre 0,587 e 0,819, que explicam 13,057% da variância.

O quarto fator é composto por três itens (8, 15, 16) que corresponde à dimensão Envolvimento social, com saturações entre 0,489 e 0,801, que explicam 9,841% da variância.

O quinto fator é composto por cinco itens (1, 2, 6, 12, 25) que corresponde à dimensão Autoestima, com saturações entre 0,420 e 0,722, que explicam 8,950% da variância.

Tabela 7 - Análise fatorial da escala EMMBEP;

Itens	1	2	3	4	5
<b>Fator 1 - Felicidade</b>					
4. Senti-me útil.	,761				
23. Achei a vida excitante e quis aproveitar cada momento dela.	,761				
24. A minha moral esteve boa.	,725				
21. Tive a impressão de realmente gostar e viver a vida ao máximo.	,689				
22. Senti-me bem, em paz comigo próprio.	,599				
3. Senti-me satisfeito com o que fui capaz de alcançar, senti-me orgulhoso de mim próprio.	,597				
20. Estive bastante calmo.	,569				
<b>Fator 2 - Equilíbrio</b>					
7. Vivi a um ritmo normal, não tendo cometido excessos.		,810			
18. Perante situações complexas, fui capaz de as resolver com clareza.		,795			
5. Senti-me emocionalmente equilibrado.		,667			
17. Estive capaz de enfrentar situações difíceis de uma forma positiva.		,602			
19. Fui capaz de encontrar resposta para os meus problemas sem preocupações.		,489			
<b>Fator 3 - Controlo de si e dos acontecimentos</b>					
10. Tive curiosidade e interesse em todo o tipo de coisas.			,819		
9. Tive objetivos e ambições.			,692		
14. Tive um grande sentido de humor, tendo feito os meus amigos rir facilmente.			,646		
13. Ri-me com facilidade.			,603		
11. Envolvi-me em vários projetos.			,587		
<b>Fator 4 - Envolvimento social</b>					
15. Fui capaz de estar concentrado e ouvir os meus amigos.				,801	
16. Relacionei-me facilmente com as pessoas à minha volta.				,753	
8. A minha vida foi bem equilibrada entre as minhas atividades familiares, pessoais e académicas.				,489	
<b>Fator 5 - Autoestima</b>					
2. Senti que os outros gostavam de mim e me apreciavam.					,722
6. Fui igual a mim próprio, natural em todas as circunstâncias.					,652
25. Senti-me saudável e em boa forma.					,510
12. Senti-me bem a divertir-me, a fazer desporto e a participar em todas as minhas atividades e passatempos preferidos.					,468
1. Senti-me confiante.					,420

### CONSISTÊNCIA INTERNA DA EMMBEP

Relativamente à consistência interna (Tabela 8), esta escala apresenta um alfa de Cronbach de 0,909 evidenciando uma consistência interna elevada. A respeito das cinco componentes resultantes da AFE, todas apresentam níveis aceitáveis de consistência interna ( $\geq 0,60$ ), adequada à persecução do estudo de acordo com Pestana e Gageiro (2014).

Tabela 8 - Alfa de Cronbach por fator da escala EMMBEP;

	Alfa de Cronbach	Nº de itens
Fator 1 - Felicidade	0,868	7
Fator 2 - Equilíbrio	0,802	5
Fator 3 - Controlo de si e dos acontecimentos	0,617	5
Fator 4 - Envolvimento social	0,617	3
Fator 5 - Autoestima	0,655	5
Total	0,909	25

### 5.3 RELAÇÃO ENTRE ESCALAS SF-12 E EMMBEP

Abordaremos nesta fase do estudo a relação entre os resultados encontrados nas duas escalas aplicadas.

Pode-se verificar através da Tabela 9 que todos os fatores têm pontuação máxima (Máximo 5), à exceção da componente da saúde física (Máximo 4,20), com um DP de 0,90, no entanto, sem grande discrepância entre estes.

Tabela 9 - Medidas de tendência central e dispersão dos fatores de ambas as escalas;

		Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
EMBEP	Fator 1 - Felicidade	1,71	5,00	4,21	,75
	Fator 2 - Equilíbrio	2,00	5,00	4,13	,72
	Fator 3 - Controlo de si e acontecimentos	1,40	5,00	4,04	,86
	Fator 4 - Envolvimento social	2,3	5,00	4,31	,67
	Fator 5 - Autoestima	2,20	5,00	3,98	,70
SF-12	Saúde física	1,00	4,20	2,88	,90
	Saúde mental	1,57	5,00	3,77	,88

#### 5.4 CORRELAÇÕES ENTRE ESCALAS E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

De forma a evidenciar a existência de relação ou de não relação entre variáveis, recorreu-se à análise de correlação de Pearson. O Coeficiente de correlação de Pearson (r) varia entre -1 e 1. Assim, quanto mais próximo o valor estiver de 1, mais forte é a associação entre as variáveis (Bryman & Cramer, 2003), ao passo que se a correlação apresentar o valor zero ( $r=0$ ), não existe qualquer associação entre as variáveis. O coeficiente de correlação de Pearson (r) é fortemente influenciado pela média da distribuição. Por esse motivo, um dos pressupostos centrais para que essa medida seja adequadamente utilizada é de que as observações obedeçam a uma distribuição normal. Como a amostra assume normalidade utilizou-se a correlação de Pearson.

Não se verificou a existência de correlações estatisticamente significativas entre a idade dos reclusos e as dimensões da escala EMMBEP e SF-12 (Tabela 10).

Tabela 10 - Correlação entre escalas e idade dos reclusos;

		Idade dos reclusos	
EMMBEP	Fator 1 - Felicidade	Pearson Correlation	,013
		Sig. (2-tailed)	,927
	Fator 2 - Equilíbrio	Pearson Correlation	,052
		Sig. (2-tailed)	,712
	Fator 3 – Controlo de si e dos acontecimentos	Pearson Correlation	,057
		Sig. (2-tailed)	,689
	Fator 4 – Envolvimento Social	Pearson Correlation	-,016
		Sig. (2-tailed)	,909
	Fator 5 - Autoestima	Pearson Correlation	-,154
		Sig. (2-tailed)	,275
SF-12	Saúde Física	Pearson Correlation	-,123
		Sig. (2-tailed)	,384
	Saúde Mental	Pearson Correlation	-,007
		Sig. (2-tailed)	,961

Assim como a idade, também não se verificou a existência de correlações estatisticamente significativas entre os anos de escolaridade dos reclusos e as dimensões da escala EMMBEP e SF-12 (Tabela 11).

Tabela 11 - Correlação entre escalas e anos de escolaridade;

		Anos de escolaridade	
EMMBEP	Fator 1 - Felicidade	Pearson Correlation	-,159
		Sig. (2-tailed)	,259
	Fator 2 - Equilíbrio	Pearson Correlation	,002
		Sig. (2-tailed)	,989
	Fator 3 – Controlo de si e dos acontecimentos	Pearson Correlation	-,099
	Sig. (2-tailed)	,487	
	Fator 4 – Envolvimento Social	Pearson Correlation	-,259
		Sig. (2-tailed)	,064
	Fator 5 - Autoestima	Pearson Correlation	-,122
		Sig. (2-tailed)	,390
SF-12	Saúde Física	Pearson Correlation	,008
		Sig. (2-tailed)	,954
	Saúde Mental	Pearson Correlation	,093
		Sig. (2-tailed)	,514

No estudo da comparação entre as médias dos fatores que compõem a EMMBEP relativamente à Patologia (Tabela 12), o teste Multivariado da Manova indicou que não existiam diferenças, estatisticamente significativas, nas variáveis com traço de *Pillai* = 0,287;  $F(10, 92) = 1,544, p = 0,137$ .

Tabela 12 - Correlação entre EMMBEP e patologias;

	DM		HTA		HTA e DM		Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	
Fator 1 - Felicidade	4,24	,58	4,13	,82	4,44	,58	,547
Fator 2 - Equilíbrio	3,93	,65	4,09	,75	4,51	,55	,191
Fator 3 - Controlo de si e acontecimentos	3,76	,82	4,05	,92	4,27	,57	,450
Fator 4 - Envolvimento social	4,15	,69	4,30	,73	4,52	,34	,504
Fator 5 - Autoestima	4,36	,44	3,88	,75	4,00	,62	,198

No estudo da comparação entre as médias dos fatores que compõem a SF-12 relativamente à Patologia, o teste Multivariado da Manova indicou que não existiam diferenças, estatisticamente significativas, nas variáveis com traço de *Pillai* = 0,027;  $F(4, 98) = 0,339$ ,  $p = 0,851$  (Tabela 13).

Tabela 13 - Correlação entre SF-12 e patologias;

	DM		HTA		HTA e DM		Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	
Saúde física	3,11	,30	2,87	,16	2,73	,30	,665
Saúde mental	3,92	,30	3,80	,15	3,54	,30	,640

## 6 DISCUSSÃO DE RESULTADOS

As descrições dos resultados do estudo indicam uma amostra maioritariamente adulta, com idades compreendidas entre os 26 e os 80 anos e uma idade média de 53,17. Estes valores estão de acordo com o descrito pela OND (2019), onde é referido que a prevalência da DM está mais presente entre os 20 e os 79 anos. Os mesmos dados estão de acordo com as idades mais prevalentes para o aparecimento de doença cardiovascular, nomeadamente HTA, entre os 25 e os 74 anos.

No que diz respeito ao nível de escolaridade dos reclusos, os participantes no estudo apresentam uma escolaridade entre o 2º ano e o ensino superior, com uma média escolar de 7,87 anos de escolaridade, e uma moda concentrada no 9º ano. Estes dados vão de encontro com os dados disponibilizados pela DGRSP (2022), onde referem que a maior prevalência de reclusos tem o 3º ciclo do Ensino Básico.

Quanto à prevalência de cada uma das patologias abordadas no presente estudo, a HTA teve uma prevalência de 65,4%, seguida da DM com uma prevalência de 17,3%, e ambas as doenças também com 17,3% de prevalência na amostra do EP de Alcoentre. De acordo Bellali *et al.* (2020), a patologia mais vezes associada à DM é a HTA, por estarem relacionados com comportamentos menos saudáveis, como serem fumadores, má alimentação e mau estado físico.

Relativamente à Ala a que pertencem, a sua maioria está alocada na Ala A, correspondendo a 48,1% do total da amostra. Para o presente estudo, esta variável tem pouco interesse estatístico, tendo sido importante na organização da recolha de dados por parte do investigador.

A análise descritiva da escala SF-12 mostrou que a maioria dos reclusos que participaram no estudo consideram que a sua saúde em geral é boa ou razoável, não se sentindo limitados pelo seu estado de saúde a nível físico. No que diz respeito à interferência da dor no trabalho que desenvolvem, a maioria refere que interferiu absolutamente nada ou interferiu moderadamente. De acordo com os dados, a maioria dos reclusos referem que se sentem sempre calmos e tranquilos, com energia, passam pouco tempo deprimidos, considerando que a sua saúde física e emocional não interfere com a sua atividade social. Após a análise fatorial foi possível extrair dois fatores, tal como na escala original que explicam 63,2% da variância total: a componente física e componente mental.

Na análise descritiva da escala EMMBEP, a maioria dos reclusos referem que se sentem confiantes, apresentando-se todas as respostas nos valores máximos extremos, à exceção de quatro itens: “Senti que os outros gostavam de mim e me apreciavam”, “Senti-me útil”, “Senti-me emocionalmente equilibrado” e “Fui capaz de encontrar resposta para os meus problemas sem preocupações”. A escala EMMBEP é originalmente constituída por seis fatores, no entanto, tendo em conta os dados colhidos, foi possível extrair-se cinco, que explicam 63,6% da variância total. O fator excluído para esta análise foi a sociabilidade, que se enquadra nas características da população alvo do estudo, por estarem privadas da sua liberdade e isoladas da sociedade. Nos fatores identificados para o estudo, foi efetuada uma denominação de acordo com o referencial teórico, uma vez que os itens da escala se agruparam a nível fatorial de modo diferente da escala original.

Quanto à correlação entre as variáveis independentes e as escalas, verificou-se que não existia correlação estatisticamente significativa com nenhuma das variáveis (idade, anos de escolaridade e tipo de patologia).

Tendo em conta a revisão de literatura analisada, é descrito por diversos autores (Bellali *et al.*, 2020) que os cuidados de saúde nos serviços prisionais são precários, devido à escassez de profissionais de saúde e de recursos materiais. No entanto, após a análise dos questionários, pode-se verificar que no EP de Alcoentre, os reclusos com DM e HTA consideram, a nível geral, ter uma boa qualidade de vida. De acordo com a Organização Mundial de Saúde: “noutras palavras, o facto de as pessoas estarem na prisão não significa que eles tenham reduzido qualquer direito relativamente aos melhores cuidados de saúde. Pelo contrário, o oposto é o caso” (OMS, 2014:6).

Existe uma grande preocupação por parte dos serviços prisionais em garantir os cuidados de saúde às pessoas em situação de reclusão, nomeadamente no acompanhamento médico adequado relativamente às doenças crónicas. De acordo com o Manual de Procedimentos em vigor na DGRSP (s.d.), está recomendado uma consulta de continuidade para a DM trimestralmente, quanto à HTA não existe referência. No entanto, a DGS (2012) aconselha a que sejam feitas pelo menos avaliações semestrais para ambas as patologias, e nomeadamente para a DM “A determinação da HbA1c deve ser realizada, pelo menos, semestralmente em todas as pessoas com diabetes. Pode ser realizada, com maior frequência, com intervalo mínimo de 3 meses, em indivíduos com diabetes cujo tratamento mudou recentemente” (p.1).

No EP de Alcoentre, devido aos constrangimentos relativamente à escassez de profissionais de saúde, são feitas consultas a pedido dos próprios reclusos, ou a pedido médico, não existindo uma gestão e controlo de consultas a nível geral com a periodicidade recomendada. Desta forma, seria um aspeto facilitador e de otimização dos cuidados prestados, a reorganização do planeamento de consultas, por forma a que, pelo menos se façam consultas semestrais para ambas

as patologias. No caso da DM seria uma vantagem haver prescrições de análises clínicas a cada 6 meses para a hemoglobina glicada, de modo a controlar e gerir melhor a doença e o ajuste da medicação.

Esta intervenção pode vir a representar um modelo de gestão baseado na criação de valor em saúde, tanto para os reclusos, pelo acompanhamento mais efetivo no tratamento da sua doença, como para os custos que representam para o Estado. Uma vez que o EP dispõe de todas as infraestruturas físicas adequadas para o desenvolvimento dos cuidados eficazes e eficientes aos reclusos, recursos humanos, embora escassos, que o EP possui para a prestação dos cuidados, teria assim benefícios a nível económico.

O desenvolvimento de um modelo de gestão de consultas semestrais, a todos os reclusos diagnosticados com ambas as patologias, seria um aspeto a favor de uma gestão de qualidade, com o objetivo de melhorar os cuidados prestados nesta organização. Uma gestão de qualidade “é uma busca contínua de pequenas oportunidades para reduzir a complexidade desnecessária, o desperdício e o trabalho em vão, que permitirão, com o uso de métodos de melhoria da qualidade, atingir novos níveis de eficiência, satisfação do paciente, segurança, efetividade clínica e lucratividade” (Graham, citado em Carvalho, 2004, pp. 218). Este modelo de organização de cuidados poderá vir a tratar-se de um modelo de inovação de processos, em que existe “a adoção de novas tecnologias, métodos de produção novos ou significativamente aprimorados” (Raymond et al., 2013).

Este modelo de gestão teria vantagens a nível de custos tangíveis e intangíveis tanto para os reclusos, como para o EPA. Quanto aos custos intangíveis, seria uma vantagem para as pessoas em reclusão, em termos de qualidade de cuidados prestados, pela melhoria no acompanhamento e adequação do tratamento às suas necessidades, assim como para os profissionais de saúde pela melhor organização e gestão do serviço e melhor gestão da informação. Como custos tangíveis podem-se identificar a diminuição da despesa gasta em medicação, que por vezes já não se revela necessária, pelo controlo da patologia, assim como a otimização de recursos humanos.



## **7 CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO**

O desenvolvimento do presente estudo teve como objetivo analisar o impacto na qualidade de vida dos reclusos do EPA com DM e HTA. A reclusão está normalmente associada a pessoas que pertencem a grupos desfavorecidos socialmente e economicamente, com trajetórias de vida problemáticas considerados como uma comunidade com múltiplas necessidades de saúde.

Num ambiente de reclusão nem sempre é fácil controlar os fatores que contribuem para o aparecimento ou agravamento destas patologias, tais como o excesso de tabaco, o sedentarismo, os níveis altos de stress, consumos de drogas, a má alimentação, falta de apoio familiar. No entanto, há que agir perante estas pessoas, por forma a reduzir o impacto destas doenças na qualidade de vida dos reclusos e os custos associados às diversas patologias. Teria sido uma mais-valia para o estudo investigar mais aprofundadamente que fatores estão associados às patologias.

Existe uma grande preocupação no que diz respeito às doenças infetocontagiosas e saúde mental em ambiente prisional, no entanto, ainda há espaço para temas pouco abordados, relacionados com doenças crónicas não transmissíveis, como a DM e HTA. Ambas as patologias têm uma elevada prevalência no EPA (11% da população reclusa), sendo uma característica transversal à sociedade em geral, com tendência para aumentar futuramente.

A fiabilidade e a consistência interna dos dados que se obtiveram com o presente estudo permitiu evoluir para a análise estatística, possibilitando atingir os objetivos definidos e assegurar a validade interna dos resultados e consequentes conclusões. Conclui-se assim, que os reclusos no EPA com DM e HTA consideram ter uma boa qualidade de vida no geral.

No seguimento do estudo desenvolvido enumeram-se algumas implicações decorrentes deste estudo para a clínica, gestão, investigação e formação. Este modelo de consultas de qualidade e efetividade para hipertensos e diabéticos em reclusão, a vir ser confirmado na **clínica**, pode eventualmente ser promotor de uma maior sustentabilidade operacional e maior visibilidade da intervenção de enfermagem em ambiente prisional. Poderá vir assim a constituir-se numa oportunidade a introduzir na organização e avaliação da qualidade dos cuidados, evidenciando o contributo efetivo dos enfermeiros neste âmbito. Os resultados motivam a sugestões na área de **gestão** enquanto mais-valia para a valorização de indicadores de monitorização da efetividade das intervenções de enfermagem na produção de resultados sensíveis e custos associados, valorizando o papel do enfermeiro como gestor de cuidados, tendo em conta a inexistência de estudos em Portugal, sobre a efetividade das intervenções de enfermagem

neste âmbito e neste contexto tão específico. Assim sendo, o presente estudo possibilitou uma visão sobre a efetividade das intervenções de enfermagem e a identificação de um conjunto de resultados, que poderão vir a contribuir para melhor planeamento dos cuidados de enfermagem.

Como contributos para a **investigação** consideramos que emerge a necessidade de validação deste modelo de consultas, na clínica, bem como continuidade de estudos nesta área, comprovando as vantagens percebidas com o modelo apresentado. Embora o estudo tenha fornecido alguma informação relacionada com a qualidade de vida dos reclusos no EPA, perspetiva-se que futuras investigações se debrucem sobre o tema com a finalidade de melhor compreensão dos fatores associados a estas patologias em contexto prisional.

Relativamente à **formação**, consideramos a necessidade de aprofundar a abordagem à importância da gestão de cuidados em ambiente prisional, uma vez que ainda se trata de um tópico não abordado ao longo da formação, mesmo ao nível do 1º ciclo de estudos.

Como limitação dos resultados do estudo, pode-se considerar que o facto do mesmo ser no EPA pode ser um fator limitador, uma vez que a investigadora desconhece a forma de funcionamento e organização dos restantes Estabelecimentos Prisionais. Outro fator limitador, diz respeito à inexistência de outros estudos semelhantes para comparação dos resultados obtidos, podendo ser um ponto de partida para futuras investigações na área da gestão em saúde em ambiente prisional.

O facto da investigação se centrar num EP em específico, pode limitar a generalização dos resultados a nível nacional, não tendo a investigadora conhecimento de como se procede nos restantes Estabelecimentos Prisionais.

Não foram colhidos dados quanto a barreiras e aspetos facilitadores da adoção de comportamentos de autocuidado nos reclusos. Uma das grandes barreiras que está normalmente associada a estas patologias são os encargos financeiros, que nesta investigação em específico não se aplica, pelo fornecimento totalmente gratuito da medicação prescrita para o controlo da doença e acesso aos cuidados de saúde. No entanto, a nível de custos, representa um grande encargo para o Estado, uma vez que muitos dos reclusos estão polimedicados.

Por último, a informação recolhida durante esta investigação pode servir como ponto de partida para a elaboração de um projeto de intervenção na área da DM e HTA e gestão da doença crónica no EP de Alcoentre, constituindo uma oportunidade de contribuir para a melhoria e otimização da qualidade de vida destas pessoas.

## 8 BIBLIOGRAFIA

Amaral, S. (2017). *Conhecimento, autoeficácia e qualidade de vida na diabetes*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.

Ancarani, A., Mauro, C., Gitto, S., Mancuso, P., & Ayach, A. (2016). *Technology acquisition and efficiency in Dubai hospitals*. *Technological Forecasting & Social Change*, 113, pp. 475-485.

Baptista, C. e Sousa, M. (2011). *Como fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios, segundo Bolonha (4ª Ed.)*. Lisboa: Pactor.

Bai, J., Befus, M., Mukherjee, D., Lowy, F., Larson, E. (2015). Prevalence and Predictors of Chronic Health Conditions of Inmates Newly Admitted to Maximum Security Prisons. *Journal Correct Health Care*.

Bellali, T., Manomenidis, G., Karamitri, J., Malliarou, M., I., Artemis, Bellali, N. (2020). Health-related quality of life of prisoners with diabetes Mellitus. *Journal of Forensic and Legal Medicine*.

Bryman, A., Cramer, D. (2003). *Quantitative data analysis with minitab: A Guide for Social Scientists*. Londres: Routledge.

Cabral, M. V., Silva, P. A. (2009). *O Estado da Saúde em Portugal (1ª ed.)*. *Imprensa de Ciências Sociais*.

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

Carrinho, P. (2012). *A saúde mental dos sem abrigo: comunidades de inserção*. Dissertação para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia na Universidade de Aveiro. Aveiro, Portugal. Pp. 238-239

Carvalho, C., Sardenberg, C., Matos, A., Neto, M., Santos, B. (2004, dezembro). Qualidade em Saúde: Conceitos, Desafios e Perspectivas. *Jornal Brasileiro de Nefrologia* (Volume XXVI - nº 4). Pp. 216-222

Decreto-Lei n.º 215/2012, de 28 de setembro. Lei orgânica da Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais. Ministério Público. Lisboa

Direção Geral de Saúde [DGS] (2012). *Prescrição e Determinação da Hemoglobina Glicada A1c*. Lisboa

Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais [DGRSP] (2022). *Quadros anuais para as Estatísticas da Justiça*. Disponível em <https://dgrsp.justica.gov.pt/Estat%C3%ADsticas-e-indicadores/Prisionais/2021>

Escoval, A., Coelho, A., Diniz, J., Rodrigues, M., Moreira, F., Espiga, P. (2010). Gestão integrada da doença: uma abordagem de gestão em saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume 9. Pp. 105-116. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9899/1/EC-09-2009.pdf>

Fortin, M. (2009). *O Processo de Investigação: Da conceção à realização*. (5ª Ed.). (N. Salgueiro, Trad.). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.

Freixo, M. (2011). *Metodologia Científica: Fundamentos, métodos e técnicas*. (3ªEd). Lisboa: Instituto Piaget.

Gandek, B., Ware, JE., Aaronson, NK., Apolone, G., Bjorner, JB., Brazier, JE., Bullinger. M., Kaasa, S., Lepage, A., Prieto, L., Sullivan, M. (1998). Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11): 1171-1178.

Ghiglione, R., e Matalon, B. (2001). *O Inquérito, Teoria e Prática*. (4ª Ed.). Oeiras: Celta.

Globe, DR., Levin, S., Chang, TS., Mackenzie, PJ., Azen, S. (2002). Validity of the SF12 quality of life instrument in patients with retinal diseases. *American Academy of Ophthalmology*, 109(10): 1793-8.

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

Gonçalves, N. S. (2014). *Cuidar entre as grades: vivências dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Ciências da Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto, Portugal.

Infarmed. (2019). *Estatística do Medicamento e Produtos de Saúde*. Lisboa. Disponível em <https://www.infarmed.pt/documents/15786/1229727/Estat%C3%ADstica+do+Medicamento+2019/b2e448a8-dc71-c2e8-a93a-f0cbef7ad6eb?version=1.0>

Lei nº 115/2009, de 12 de outubro. Diário da República, 1ª série – N. 9197

Knechtel, Maria do Rosário. *Metodologia da pesquisa em educação: uma abordagem teórico-prática dialogada*. Curitiba: Intersaberes, 2014

Meleis AI, Sawyer LM, Im EO , DK Hilfinger Messias , K Schumacher (2000). *Experiencing Transitions: An Emerging MiddleRange Theory*. *Advances in Nursing Science*.; 23 (1): 12-28.

Meleis AI (2007). *Theoretical nursing: development e progress*. 4. Ed. Philadelphia: Lippincott, 832.

Ministério da Saúde (2018). *Retrato da Saúde, Portugal*. Disponível em [https://fronteirasxxi.pt/wp-content/uploads/2019/10/RETRATO-DA-SAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://fronteirasxxi.pt/wp-content/uploads/2019/10/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf)

Nogueira, L. (2008). Gerenciando pela qualidade total em saúde. *Instituto de Desenvolvimento Gerencial (INDG)*. 3ªed. Nova Lima

OND (2019). *Diabetes Factos e Números – os anos de 2016, 2017 e 2018. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes – Edição de 2019*. Lisboa: Letra Solúvel.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2001). Padrões De Qualidade Dos Cuidados De Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2012). *Grupo de Estudo das Condições do Exercício Profissional de Enfermagem em Estabelecimentos Prisionais [GECEPEEP]*. Condições do Exercício Profissional de Enfermagem em Estabelecimentos Prisionais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial da Saúde [OMS] (2014). *Prisons and health*. WHO Regional office for Europe. Copenhaga. Disponível em [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf).

Poljičanin, T., Ajduković, D., Škerija, M., Pibernik-Okanović, M., Metelko, Z., Vuletić Mavrinc, G. (2010). Diabetes mellitus and hypertension have comparable adverse effects on health-related quality of life. *BMC Public Health*.

Quivy, R., Campenhoudt, L. V. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*. (5ª Ed.). Lisboa: Gradiva Publicações, S. A.

Raymond, L., Bergeron, F., & Croteau, A. (2013). Innovation Capability and Performance of Manufacturing SMEs: The Paradoxical Effect of IT Integration. *Journal of Organizational Computing and Electronic Commerce*, 23(3), 249–272.

Santos, L., Lima, J., Garcia, F., Monteiro, F., Silva, N., Silva, J., Santos, R., Afonso, C., Piedade, J. (2019). *Orientações metodológicas para a elaboração de trabalhos de investigação* (2.ª edição, revista e atualizada). Centro de Investigação e Desenvolvimento (CIDIUM). Instituto Universitário Militar. Lisboa.

Sousa, L., Marques, J., Firmino, C., Frade, F., Valentim, O., Antunes, A. (2018, maio). Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. *Revista Investigação em Enfermagem*. Pp 31-39.

Tavares, A. (2014). *Construção de Questionários para Avaliação da Qualidade de Vida e Satisfação com o Tratamento com Múltiplas Administrações de Insulina em Adolescentes: Estudo Descritivo e Análise Psicométrica*. Mestrado Integrado em Medicina. Porto.

Vale, S., Martins, A., Cruz, D., Freitas, G. (2020). *Programa Nacional para a Diabetes 2019. Desafios e Estratégias*. Direção Geral de Saúde. Lisboa

Varela, A. (2018). *Perceção da qualidade de vida dos reclusos*. Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação. Universidade Lusíada de Lisboa. Lisboa.

Xiao, M., Zhang, F., Xiao, N., Bu, X., Tang, X., Long, Q. (2019). Health-Related Quality of Life of Hypertension Patients: A Population-Based Cross-Sectional Study in Chongqing, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.

## **ANEXOS**



**Anexo A – Autorização da DGRSP para a realização do Estudo de Investigação no EPA**



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

JUSTIÇA

Exmo(a) Senhor(a)

Diretor do Estabelecimento Prisional de Alcoentre

V/ referência	N/ referência	Ofício N.º	Data
		6/CCCRE	25.01.2021

**Assunto:** Investigação académica para Mestrado em Gestão de Unidade de Saúde no Instituto Politécnico de Santarém

Tenho a honra de informar V. Exa que, por despacho do Sr. Diretor-Geral, Dr. Rómulo Mateus, datado de 21/01/2021, a Sra. Enf.ª Margarida Almeida Martins está autorizada, no âmbito do Mestrado em Gestão de Unidade de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém, a realizar a investigação académica no Estabelecimento Prisional de Alcoentre.

O projeto orientado pela Prof. Doutora Marta Rosa e pelo Prof. Doutor José Amendoeira, tem como tema “Identificação do perfil de saúde dos reclusos com doenças crónicas ao longo do tempo de permanência em reclusão”, tendo como objetivo compreender de que forma o tempo de reclusão pode influenciar o perfil de saúde dos reclusos.

A mestranda é enfermeira nesse estabelecimento prisional e pede o acesso à população constituída por reclusos com doenças crónicas, para recolha de dados. Esta pesquisa é feita através da aplicação de um instrumento de análise a ser aplicado com a colaboração da equipa de enfermagem.

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

a calendarização e modo de organização da pesquisa seja acordada com a Direção do Estabelecimento Prisional, por forma a que se conciliem os objetivos académicos com a exequibilidade do trabalho, sem perturbação do quotidiano;



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

JUSTIÇA

o desenvolvimento do estudo esteja sempre dependente da disponibilidade dos trabalhadores para colaborarem, reservando-se-lhes o direito de, a qualquer momento, poderem interromper a sua cooperação;

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 ao Centro de Competências de Comunicação e Relações Externas.

*A calendarização do início do estudo e a sua realização estarão sempre condicionados pelo evoluir da crise de saúde pública decorrente da Covid 19. Crise que poderá, inclusivamente, obrigar à necessidade de interromper o estudo.*

Com os melhores cumprimentos,

O Chefe de Equipa



Handwritten signature of JJ Semedo Moreira, with the name printed below it.

ML/2021



**Anexo B – Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação do IPSantarém**





INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM



**COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO DO IPSANTARÉM**

**EMISSÃO DE PARECER 042021Saúde**

**Identificação da Investigadora** | Margarida Almeida Martins

**Identificação do Projeto** | Perfil de saúde e qualidade de vida dos reclusos com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus no Estabelecimento Prisional de Alcoentre

**PARECER**

Considerando que:

- Se trata de um projeto de natureza académica;
- Os objetivos estão em concordância com o enquadramento e fundamentação descrita;
- A metodologia e instrumentos utilizados são descritos e adequados;
- O recrutamento é voluntário, e é apresentado o consentimento informado que garante a autorização e anonimato dos participantes;
- A metodologia apresentada garante a anonimização dos participantes;
- É apresentada a autorização para utilização das escalas, assim como da instituição onde se realiza o estudo;
- Os investigadores estão enquadrados no Código Deontológico do Enfermeiro, pelo que estão salvaguardadas as questões associadas à confidencialidade dos dados recolhidos e o seu tratamento;
- Não é claro como se preserva para futuro a informação recolhida, nomeadamente os dados, ao nível da confidencialidade e divulgação dos resultados;

**Tratando-se de um estudo académico em que os objetivos estão adequados à metodologia apresentada, recomenda-se que, possa ser clarificado como será preservada a informação, considerando, poder tratar-se de dados sensíveis. Também no âmbito da colheita de dados, perceber como e por quem vão ser preenchidos os instrumentos de colheita de dados.**

**Somos de parecer que este projeto de natureza académica, cumpre os requisitos éticos inerente ao respeito pela autonomia dos participantes.**

Assinatura

Santarém, 9 de abril 2021

Carla Chiacu Borrego  
(Coordenadora da Comissão de Ética)



**Anexo C – Qualidade de vida de reclusos com hipertensão arterial e diabetes *mellitus*:**  
***Scoping Review***



## QUALIDADE DE VIDA DE RECLUSOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS: SCOPING REVIEW

### RESUMO

A hipertensão arterial e a diabetes *mellitus* são doenças crônicas não transmissíveis, e muitas vezes são diagnosticadas em simultâneo, tornando-se um problema grave de saúde pública. As cadeias são vistas pela Organização Mundial de Saúde (2014) como uma oportunidade de saúde pública no que diz respeito às doenças infecciosas, o mesmo podemos dizer em relação a estas duas doenças não transmissíveis.

No presente estudo foi desenvolvida uma *Scoping Review* com a questão de investigação: de que forma a diabetes *mellitus* e hipertensão arterial tem influência na qualidade de vida de reclusos? A pesquisa foi realizada após a validação dos descritores *MeSH*, conjugando a seguinte expressão de pesquisa: *Prisoners AND Quality of life AND Hypertension OR Diabetes Mellitus*. A pesquisa decorreu no dia 20/03/2021 às 14:30h, em bases de dados de referência (*PUBMED*, *PROQUEST* e *EBSCOhost*), selecionando artigos publicados entre 01/02/2016 a 01/02/2021. Foi utilizado o *PRISMA 2009 Flow Diagram* para o desenvolvimento do processo de seleção de artigos, por forma a garantir-se a qualidade metodológica.

Nos resultados obtidos pode-se verificar que uma das escalas utilizadas para analisar esta problemática é a SF-12 a, concluindo que a diabetes *mellitus* tem impacto na qualidade de vida das pessoas, nomeadamente nos reclusos. Quanto à Hipertensão Arterial, não foram encontrados artigos, daí a importância do desenvolvimento do presente estudo.

**Palavras chave:** Reclusos, Qualidade de Vida, Hipertensão Arterial, Diabetes *Mellitus*.

### INTRODUÇÃO

As cadeias têm como principal objetivo o desenvolvimento da aprendizagem através do isolamento da sociedade. O recluso é afastado do seu seio familiar e dos amigos, por se acreditar que reflita sobre o ato criminoso que cometeu, que é o objetivo do cumprimento da pena que lhe foi atribuída (Varela, 2018). Existem atualmente 49 cadeias em Portugal, com uma lotação prisional em 2019 de 12.793 reclusos, correspondente a uma ocupação efetiva de 98,9% (PORDATA, 2020), com maior prevalência nesse ano sobre o grupo etário dos 25 aos 39 anos (5.763 reclusos).

A saúde no meio prisional tem vindo ao longo dos últimos anos a estar no enfoque do governo português, procurando encontrar soluções sobretudo no que diz respeito às doenças infecciosas. Por este motivo, as cadeias são vistas pela OMS (2014) como uma oportunidade de saúde pública.

Para além das doenças infecciosas, que pelo risco de transmissão e cronicidade são muito preocupantes, existem também doenças crónicas não transmissíveis que representam um custo bastante elevado para a Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, ao nível da assistência médica e também devido aos gastos com a medicação. De acordo com Bai *et al.* (2015) as doenças crónicas com maior prevalência identificadas no estudo desenvolvido na cadeia de Nova Iorque foram diabetes *mellitus*, doença cardiovascular e respiratória, doença renal, doença hepática, cancro, HIV, doenças sexualmente transmissíveis (DST), hipotireoidismo, doença do refluxo gastroesofágico, artrite e epilepsia. Estas doenças são as que representam maior prevalência dentro dos Estabelecimentos Prisionais, nomeadamente, a hipertensão e a diabetes *mellitus*.

Atualmente, as doenças crónico-degenerativas são consideradas as maiores causas de morbimortalidade da população em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Inúmeros fatores de risco estão associados ao desenvolvimento desse grupo de doenças tais como tabaco, sedentarismo, alimentação inadequada, entre outros (Oliveira *et al.*, 2010).

A OMS estima que cerca de 600 milhões de pessoas tenham Hipertensão Arterial, com crescimento global de 60% dos casos até 2025, além de cerca de 7,1 milhões de mortes anuais (OMS, 2011). A hipertensão arterial é um dos fatores de risco cardiovascular, que afeta 36% dos portugueses entre os 25 e os 74 anos (Ministério da Saúde, 2018).

A hipertensão arterial conduz ao aumento dos custos dos sistemas de saúde, com importante impacto socioeconómico. No entanto, quanto à medicação anti-hipertensiva, não foram encontrados dados atuais dos custos da medicação em Portugal, para a população em geral.

Em relação à diabetes *mellitus*, atinge já cerca de 415 milhões de pessoas a nível mundial e continua a aumentar em todos os países, estimando-se que em 2040 haja um aumento para 642 milhões de pessoas atingidas pela doença. Em Portugal afeta 10% da população entre os 25 e os 74 anos, sobretudo os homens e os grupos etários com mais idade: 23,8% dos indivíduos entre os 65 e os 74 anos (Ministério da Saúde, 2018). No ano de 2018 foram gastos em Portugal 740 milhões de euros para o tratamento da diabetes, no que diz respeito ao internamento em ambulatório (346,3 milhões) e medicação antidiabética não insulínica (316,3 milhões) (Vale *et al.*, 2020).

Perante esta situação pretende-se através da *scoping review* analisar o impacto na qualidade de vida da população reclusa, com doenças crónicas não transmissíveis, hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, através da construção ou validação de uma escala. O conceito de QV é um conceito subjetivo, dinâmico e multidimensional, que integra em si a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura, e dos sistemas de valores em que se insere, e em relação aos seus objetivos, expectativas e preocupações. Relativamente ao estado de saúde, surgiu o conceito “Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde” (QVRS), o qual tem em

consideração aspetos físicos, psicológicos, mentais, sociais e funcionais do bem-estar, num contexto de vivência de doença ou após intervenção médica (Tavares, 2014).

**MÉTODO**

A *Scoping Review* desenvolvida tem como questão de investigação: De que forma a diabetes e hipertensão tem influência na qualidade de vida de reclusos?

De acordo com metodologia PCC, definiram-se as seguintes palavras-chave:

Quadro 1 –Descrição das palavras-chave e descritores

		Descritores
População	Reclusos com hipertensão e diabetes	Quality of Life (1) Prisoners (2) Hypertension (3) Diabetes Mellitus (4)
Conceitos	Reclusos Hipertensão Diabetes mellitus Qualidade de vida	
Contexto	Perceção de qualidade de vida pelos participantes durante a reclusão	

Estas palavras foram validadas no *MeSH Browser 2021* como descritores, interligados pelo booleano AND e conjugando a seguinte expressão de pesquisa: Quality of Life AND Prisoners AND Hypertension OR Diabetes Mellitus.

Neste sentido procedeu-se à pesquisa na plataforma ProQuest, PubMed e EBSCOhost, no dia 20/03/2021 às 14:30h, com os limitadores que serão apresentados mais à frente.

Quadro 3 – Critérios de inclusão dos estudos

<b>Critérios de inclusão</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudos com friso temporal entre 01/02/2010 a 01/02/2021.</li> <li>• Estudos onde qualquer autor seja enfermeiro;</li> <li>• Estudos qualitativos, quantitativos e mistos;</li> <li>• <i>Free full text</i></li> <li>• Humanos</li> <li>• Participantes com 19 ou mais anos de idade;</li> <li>• Participantes do sexo masculino;</li> <li>• Estudos abordando apenas Hipertensão Arterial e/ou diabetes <i>mellitus</i> enquanto patologia;</li> <li>• Idioma Inglês e Português.</li> </ul>

## RESULTADOS

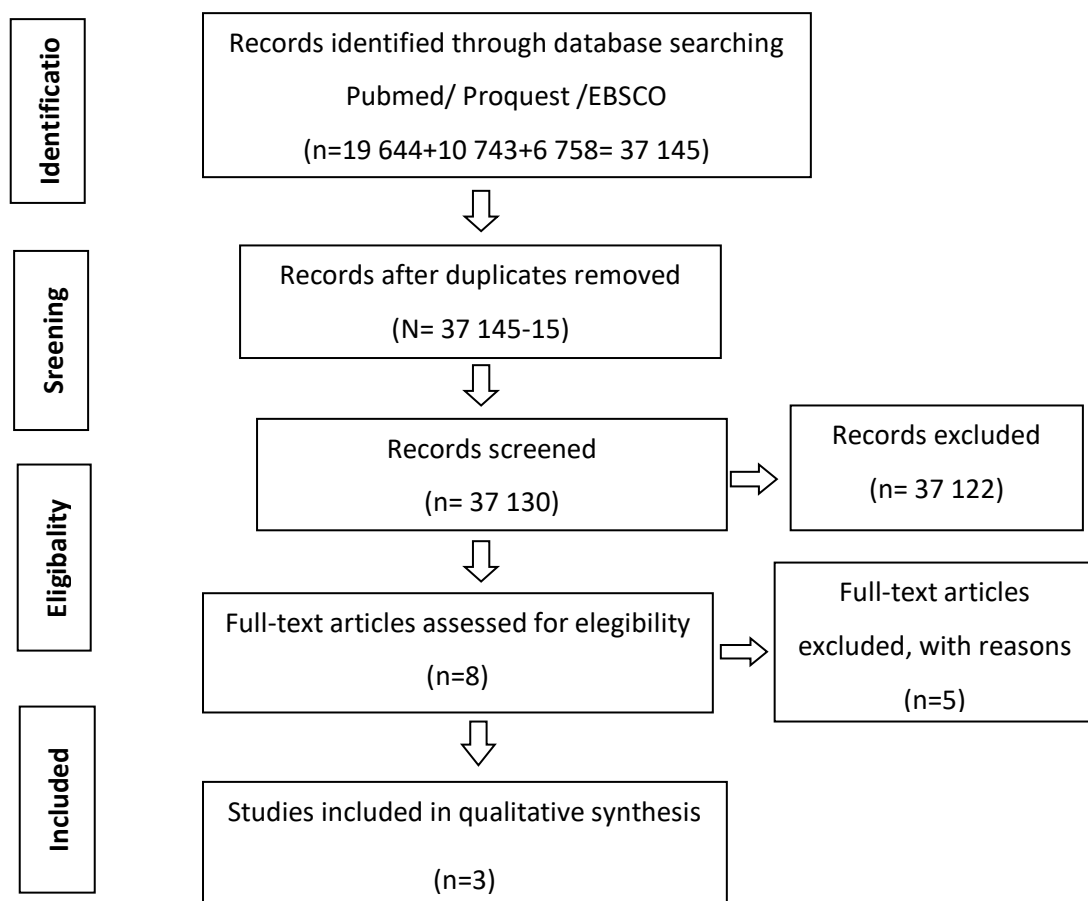


Figura 1 – PRISMA 2009 Flow Diagram. Fonte: From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. 2009; PLoS Med 6 (7): e1000097.

De forma a garantir a qualidade metodológica, foi utilizado o *Prisma 2009 Flow Diagram* procedendo-se deste modo à extração dos dados a partir do instrumento proposto pelo *Joanna Briggs Institute*. Assim foram identificados 37 145 artigos, através das bases de dados referenciadas. Deste número, foram eliminados 15 artigos duplicados. Dos 37 130 artigos, foram eliminados 37 122 a partir da leitura do título e resumo, reunindo-se 8 artigos elegíveis. Estes artigos foram lidos na íntegra e submetidos aos critérios de inclusão definidos, tendo-se excluído 5: artigo nº2, por apresentar uma população adolescente e apenas insulíndependentes, *artigo nº3* por se tratar de uma prisão feminina, artigo nº5 por ser um estudo exclusivo em mulheres, artigo nº6 por representar apenas uma população idosa (+65 anos) e o artigo nº7 por ser um estudo apenas relativo a pessoas com diabetes Mellitus tipo 2.

Foram por isso incluídos 3 artigos: nº 1 - Health-Related Quality of Life of Hypertension Patients: A Population-Based Cross-Sectional Study in Chongqing, China; nº 4 - Diabetes mellitus and hypertension have comparable adverse effects on health-related quality of life; nº 8 - *Health-related quality of life of prisoners with diabetes Mellitus*;

Em seguida encontra-se a ficha de caracterização dos artigos selecionados.

Quadro 5 – Grelha de análise do artigo nº 1

<b>Título</b>	Health-Related Quality of Life of Hypertension Patients: A Population-Based Cross-Sectional Study in Chongqing, China
<b>Autores</b>	Xiao, M., Zhang, F., Xiao, N., Bu, X., Tang, X., Long, Q.
<b>Publicação e Ano</b>	International Journal of Environmental Research and Public Health, 2019
<b>Método de Investigação</b>	Estudo transversal
<b>Objetivos</b>	Identificar fatores que têm impacto na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) nas pessoas com hipertensão na China, fornecendo estratégias baseadas em evidências para melhorar a sua qualidade de vida.
<b>Participantes</b>	Foram selecionados aleatoriamente 600 pessoas (60,14% eram mulheres e 39,86% eram homens), das quais 586 aceitaram participar no estudo, no entanto só 567 conseguiram concluir a pesquisa.

<p><b>Metodologias e Instrumentos de Colheitas de Dados</b></p>	<p>Foi utilizada a escala SF-36, com oito domínios: funcionamento físico, limitações de função devido a problemas físicos, dores no corpo, saúde geral, vitalidade, função social, limitações de papel devido a problemas emocionais e saúde mental.</p>
<p><b>Resultados</b></p>	<p>Concluiu-se com o estudo que a idade, o sexo, o nível económico das pessoas, a atividade física, o consumo de álcool e a gestão emocional estão associadas à qualidade de vida das pessoas com hipertensão. As pessoas inquiridas referem um baixo impacto económico da doença na sua qualidade de vida, no entanto, as pessoas que têm que fazer tratamentos a longo prazo referem grandes encargos financeiros com esta doença. A atividade física tem um impacto positivo na qualidade de vida das pessoas com hipertensão, no que diz respeito às funções físicas e sociais. O consumo de álcool, de acordo com os autores, foi inesperadamente associado a pontuações mais altas na saúde física e mental, atribuindo-se esta causa à cultura local, pelo relaxamento e outras atividades sociais. Esta situação está também descrita noutro estudo em Hong Kong, que sugeriu um consumo de álcool ocasional e moderado, estando assim associado a uma mortalidade mais baixa quando comparado a quem nunca bebeu.</p> <p>Residir com familiares também contribui para a QVRS. Os autores referem que o relacionamento com a família e amigos influencia a qualidade de vida das pessoas com hipertensão. Assim como, também foi comprovado que menor apoio social está associada a pior qualidade de vida de pessoas com doenças crónicas, pois a família contribui para a adesão ao tratamento.</p> <p>É referido que como limitador do estudo, a ausência das variáveis tabagismo e consumo de droga, assim como o número de medicação usada para o tratamento da hipertensão.</p>
<p><b>Nível de Evidência</b></p>	<p>Level 2.b - Estudo de Coorte</p>

Quadro 6 – Grelha de análise do artigo nº 4

<b>Título</b>	Diabetes mellitus and hypertension have comparable adverse effects on health-related quality of life
<b>Autores</b>	Poljičanin, T., Ajduković, D., Šekerija, M., Pibernik-Okanović, M., Metelko, Z., Vuletić Mavrinac, G.
<b>Publicação e Ano</b>	BMC Public Health, 2010
<b>Método de Investigação</b>	Estudo transversal
<b>Objetivos</b>	Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) nas pessoas com hipertensão, estimar o efeito das comorbidades cardiovasculares na QVRS, assim como comparar a QVRS em pessoas saudáveis.
<b>Participantes</b>	Foram inquiridas 9070 pessoas com mais de 18 anos, divididas em cinco grupos de acordo com a sua história clínica: pessoas com hipertensão, hipertensão e comorbidades cardiovasculares, diabetes Mellitus, diabetes Mellitus e comorbidades cardiovasculares, e pessoas saudáveis.
<b>Metodologias e Instrumentos de Colheitas de Dados</b>	Foi utilizado o questionário SF-36, utilizando as suas oito dimensões, para avaliar a QVRS: funcionamento físico, limitações de função devido a problemas físicos, dores no corpo, saúde geral, vitalidade, função social, limitações de papel devido a problemas emocionais e saúde mental.
<b>Resultados</b>	Os participantes no estudo com hipertensão eram mais velhos, menos escolarizados, com comorbidades cardiovasculares, com situações mais precárias de trabalho, pior situação financeira, do que os participantes saudáveis. Através da aplicação da escala SF-36 às pessoas com diabetes/hipertensão, concluiu-se que existe impacto destas doenças na sua qualidade de vida, quando comparadas a pessoas saudáveis. No entanto, os autores referem que no estadio inicial da doença, o impacto que esta tem na qualidade de vida é menor do que num estadio mais avançado. Ou seja, é reconhecida a importância de uma intervenção precoce nestas pessoas para que saibam melhor fazer a

	autogestão da sua doença, estando mais capacitados para melhorar a sua QVRS.
<b>Nível de Evidência</b>	Level 2.b - Estudo de Coorte

Quadro 7 – Grelha de análise do artigo nº 8

<b>Título</b>	Health-related quality of life of prisoners with diabetes mellitus
<b>Autores</b>	Bellali, T., Manomenidis, G., Karamitri, J., Malliarou, M., I., Artemis, Bellali, N.
<b>Publicação e Ano</b>	Journal of Forensic and Legal Medicine, 2020
<b>Método de Investigação</b>	Estudo transversal
<b>Objetivos</b>	Analisar os aspetos relacionados com a saúde, qualidade de vida e bem-estar psicológico de reclusos gregos com diabetes <i>mellitus</i> , investigando se a saúde física e mental estão relacionadas com características demográficas, comportamentos de saúde e condições de saúde na reclusão.
<b>Participantes</b>	48 reclusos da cadeia da Grécia (24 reclusos com diabetes <i>mellitus</i> e 24 reclusos sem diabetes, como grupo de controle).
<b>Metodologias e Instrumentos de Colheitas de Dados</b>	Foram utilizados questionários (uma questão sobre as características demográficas com perguntas relacionadas com comportamentos de saúde e condições de detenção, foi utilizada também a escala de qualidade de vida relacionada com a saúde – SF-12, e uma escala sobre bem-estar psicológico – PWB).
<b>Resultados</b>	<p>Acredita-se que não houve recusa na participação por parte dos reclusos em participar no estudo, por ser mais uma oportunidade de os tirar da cela.</p> <p>Apurou-se que os reclusos que têm DM têm índices mais baixos de qualidade de vida e bem-estar psicológico do que os que não têm diabetes.</p> <p>Não foram encontradas correlações estatísticas significativas entre a qualidade de vida e as características demográficas dos reclusos. No</p>

	<p>entanto, os reclusos com maiores níveis educacionais têm scores mais altos de bem-estar psicológico.</p> <p>O estudo não consegue afirmar se o tratamento da diabetes é melhor controlado ou não dentro da prisão, portanto estão recomendados estudos longitudinais para melhor poder identificar os problemas de saúde dos reclusos e o seu impacto na saúde mental e no bem-estar.</p>
<b>Nível de Evidência</b>	Level 2.b - Estudo de Coorte

## DISCUSSÃO DE RESULTADOS

De acordo com Xiao *et al.* (2019), a hipertensão arterial representa um fator de risco cardiovascular, que requer medicação para o controlo da doença, representando uma grande carga socioeconómica sobre os indivíduos e os sistemas de saúde. Os mesmos autores referem que a hipertensão está associada a baixa QVRS, e por isso abordam diversas estratégias para melhorar os resultados com as pessoas que têm hipertensão.

A escala utilizada pelos autores foi a SF-36, que através da mesma concluíram que a idade, o sexo, e a carga económica associada à doença, a atividade física, consumo de álcool e autogestão emocional tiveram impacto na qualidade de vida das pessoas. O apoio da família também foi positivamente associado à QVRS, podendo influenciar fortemente a adesão ao tratamento e controlo da hipertensão.

Como estratégias de intervenção concluem que a promoção de estilos de vida saudáveis pode melhorar significativamente a qualidade de vida relacionada com a saúde das pessoas com hipertensão. Associado a esta estratégia, a prática de exercício físico regular também contribui positivamente nas funções físicas e sociais destas pessoas. Já o consumo de álcool, mais associado ao sexo masculino, foi associado a pontuações mais altas na saúde física e mental. Isto pode dever-se ao facto das culturas locais, atribuindo ao álcool um efeito relaxante, tal como afirmado em estudos anteriores realizados em Hong Kong, que sugeriu o consumo de álcool ocasional e moderado, por estar relacionado com uma mortalidade mais baixa quando comparado a quem nunca bebeu.

No entanto, os autores referem que como limitadores do estudo, existiram algumas variáveis que não foram analisadas, tais como o tabagismo, consumo de drogas e o número de medicamentos que eram usados para o tratamento da hipertensão.

Já os autores Poljičanin *et al.* (2010), através de um estudo comparativo com uma população saudável, pretenderam analisar o impacto da diabetes e hipertensão na QVRS, devido à

sua necessidade de autogestão diária. Os autores referem que em estudos anteriores foi concluído que a hipertensão tem menos efeitos negativos do que a diabetes, no entanto ainda não foi traçado um perfil de diferenças entre pessoas com diabetes e hipertensão.

No seu estudo utilizaram também a escala SF-36, onde concluíram que ambas as doenças impõem limitações quer no funcionamento físico como mental. Na literatura que consultaram sugerem que a diabetes numa fase inicial não tem impacto percebido na QVRS, no entanto, através da aplicação da SF-36 no estudo dos autores, existiu menos pontuação na maioria das dimensões da escala, mesmo em participantes sem outras doenças associadas.

Estes autores apontam para o diagnóstico precoce da diabetes e da hipertensão como forma de melhor autogestão da doença, e conseqüentemente a melhor QVRS. Isto é, não só no manuseamento clínico da doença, como também na educação para a saúde das pessoas para melhor capacitação para cuidarem de si, ou seja, *empowerment*.

Segundo Bellali *et al.* (2020), apesar do direito dos reclusos à saúde e bem-estar, tal como a população em geral, esse direito por vezes é desvalorizado. Os reclusos, muitas vezes devido ao seu nível socioeconómico frequentemente desfavorecido, possuem um maior risco de doenças do que a população em geral, acabando por sofrer de doenças crónicas, obesidade, hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Muitos dos estudos existentes focam-se nas doenças infecciosas transmissíveis, devido à maior prevalência de HIV, hepatite B e tuberculose do que a restante população. No entanto, existe necessidade de estudar também as doenças não infecciosas com maior prevalência na população reclusa.

O artigo analisado é focado na diabetes *mellitus*, referindo que é uma doença crónica que progride e conduz a graves complicações de saúde. Nas cadeias dos EUA quase 80 000 reclusos têm diabetes *mellitus*, com uma prevalência de 4,8%, em comparação à população em geral, com uma prevalência de 8,3%. Já na Grécia, a prevalência de reclusos com diabetes *mellitus* é de 3%, enquanto que na população geral é de 8,5%.

Os autores identificam o baixo nível de saúde dos reclusos com o déficit de serviços de saúde existentes nas cadeias, seja por falta de profissionais de saúde como de medicação, ou até mesmo dietas diabéticas. No entanto, esta falta de cuidados de saúde pode resultar, de acordo com os mesmos, em aumento dos custos com o tratamento após a conclusão da pena dos reclusos e o seu regresso à sociedade.

A diabetes *mellitus* é reconhecida pela OMS (2016) como uma das quatro prioridades de doenças não transmissíveis, no entanto, existem poucos dados sobre reclusos com esta patologia. Os autores do artigo referem que os reclusos são normalmente excluídos dos esforços da comunidade para melhorar os resultados de saúde, existindo também poucos estudos sobre a

qualidade de vida dos mesmos em relação à sua saúde, que podem ser afetados pelas condições de detenção. É referido no artigo que as evidências científicas sugerem que os níveis de bem-estar psicológicos baixos e os distúrbios do sono estão associados a um aumento de prevalência de diabetes tipo 2.

Através das escalas SF-12 e PWB (Psychological wellbeing), os autores pretenderam estudar o impacto da doença na qualidade de vida dos reclusos. A escala SF-12 compreende um questionário multifuncional que avalia o estado de saúde das populações em geral, incluindo oito dimensões: saúde física, aspeto físico, dor, saúde em geral, vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental. “O SF-12 é a versão curta da *Short Form Health Survey* (SF-36), desenvolvido por Ware *et al.* e adaptado e validado para a população portuguesa por Ferreira, sendo, provavelmente, um dos instrumentos genéricos de medição de estado de saúde mais utilizado” (Ferreira, 2017, p.40). Também Bardsley, Astell e Home (1993), citado em Aguiar *et al.* (2008) referem que o questionário SF-36 é o instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida mais utilizado em pesquisas, devido à sua validade e confiabilidade, pode ser utilizado em várias condições médicas, incluindo a diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial.

Segundo os autores, após a aplicação do questionário, a hipertensão arterial foi a doença mais relatada pelos reclusos entrevistados, para além da diabetes *mellitus*, relacionando com comportamentos que influenciam o aparecimento desta patologia, serem fumadores, má alimentação e mau estado físico.

Concluíram que reclusos com diabetes *mellitus* apresentam níveis mais baixos de qualidade de vida e bem-estar psicológico, em comparação com reclusos sem esta patologia. Na generalidade, as comorbidades foram significativamente associadas a menor qualidade de vida física, que tanto se aplica à diabetes *mellitus* como para a hipertensão arterial.

No que diz respeito à saúde, a qualidade de vida é muitas vezes influenciada de forma negativa (como por exemplo a ocorrência de uma doença debilitante que não constitui risco de vida, ou por uma doença que por outro lado, constitui risco de vida para a pessoa). A qualidade de vida pode ser influenciada pelo declínio natural da saúde e capacidades cognitivas de um indivíduo, pelo declínio mental, por processos de doenças crónicas, entre muitos outros. Neste sentido, uma vida saudável tem um profundo impacto na qualidade de vida de todos os seres humanos (Ogata, 2015, citada em Varela, 2018).

## CONCLUSÃO

Através da pergunta de investigação para esta *Scoping Review*, pretendeu-se analisar o impacto na qualidade de vida dos reclusos com Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*. Após a pesquisa nas plataformas científicas e análise dos artigos encontrados, verificou-se que existe pouca evidência científica acerca desta temática, tendo-se encontrado três artigos de interesse para a temática em estudo, sendo apenas um em ambiente prisional. Os artigos de Xiao *et al.* (2019) e de Poljičanin *et al.* (2010) não abordam a área da reclusão, no entanto, os artigos encontrados demonstram evidência científica, e tal como mencionado no artigo de Bellali *et al.* (2020), também menciona a necessidade de existência de mais estudos realizados nesta área.

A qualidade de vida é um conceito subjetivo, e quanto às pessoas que estão privadas da sua liberdade, pode ter várias perspetivas. No que diz respeito à saúde, os reclusos têm sido um pouco desvalorizados até então. O enfoque tem sido dado à saúde mental e às doenças infetocontagiosas, no entanto, as doenças crónicas não transmissíveis têm sido pouco valorizadas. Tal como já foi dito anteriormente, ao longo do estudo, para além das doenças infetocontagiosas, a Hipertensão Arterial e a Diabetes *Mellitus* são de facto uma preocupação de saúde pública, dentro destas instituições. A prevalência destas doenças dentro das cadeias pode ser atenuada através de estratégias de intervenção de uma equipa multidisciplinar.

Como se pôde verificar através da análise dos artigos selecionados, a qualidade de vida dos reclusos tem impacto, pela existência destas doenças na sua vida, tanto a nível psicológico, como a nível físico.

Conclui-se, através da análise dos artigos selecionados, e também através da restante pesquisa bibliográfica, que a escala SF-12, é a escala mais apropriada para estudar esta população, por ser uma escala genérica que pode avaliar a qualidade de vida em ambas as doenças que se pretendem estudar, não sendo necessária a utilização de duas escalas diferentes específicas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, C., Vieira, A., Carvalho, A., Montenegro-Júnior, R. (2008). Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde no Diabetes Melito. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*. Brasil. Disponível em [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302008000600004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302008000600004&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Bai, J., Befus, M., Mukherjee, D., Lowy, F., Larson, E. (2015). Prevalence and Predictors of Chronic Health Conditions of Inmates Newly Admitted to Maximum Security Prisons. *Journal Correct Health Care*.
- Bellali, T., Manomenidis, G., Karamitri, J., Malliarou, M., I., Artemis, Bellali, N. (2020). Health-related quality of life of prisoners with diabetes Mellitus. *Journal of Forensic and Legal Medicine*.
- Ferreira, L. (2017). *Validação da Versão Portuguesa e Determinação do Poder de Resposta e Significância Clínica do Life-Space Assessment (LSA)*. Dissertação de Mestrado em Fisioterapia, Instituto Politécnico de Coimbra. Coimbra.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos – Pordata: Base de Dados Portugal. Lisboa: FFMS, 2020. Acedido a 05/02/2021 em [https://www.pordata.pt/Portugal/Ocupa%C3%A7%C3%A3o+efectiva+das+pris%C3%B5es+\(percentagem\)-635](https://www.pordata.pt/Portugal/Ocupa%C3%A7%C3%A3o+efectiva+das+pris%C3%B5es+(percentagem)-635)
- Ministério da Saúde (2018). *Retrato da Saúde, Portugal*. Disponível em [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf)
- Oliveira, H., Fagundes, R., Moreira, E., trindade, E., Carvalho T. (2010). Relação de indicadores antropométricos com fatores de risco para doenças cardiovascular. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 4, 478-485.
- Poljičanin, T., Ajduković, D., Škerija, M., Pibernik-Okanović, M., Metelko, Z., Vuletić Mavrinc, G. (2010). Diabetes mellitus and hypertension have comparable adverse effects on health-related quality of life. *BMC Public Health*.
- Rocha, I. (2013). *Construção e validação do questionário de avaliação da frequência de estratégias de supervisão clínica em enfermagem*. Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem Do Porto. Porto

- Tavares, A. (2014). *Construção de Questionários para Avaliação da Qualidade de Vida e Satisfação com o Tratamento com Múltiplas Administrações de Insulina em Adolescentes: Estudo Descritivo e Análise Psicométrica*. Mestrado Integrado em Medicina. Porto.
- Vale, S., Martins, A., Cruz, D., Freitas, G. (2020). *Programa Nacional para a Diabetes 2019. Desafios e Estratégias*. Direção Geral de Saúde. Lisboa
- Varela, A. (2018). *Perceção da qualidade de vida dos reclusos*. Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação. Universidade Lusíada de Lisboa. Lisboa.
- World Health Organization (2010). *Global status report on noncommunicable diseases*. Geneva: World Health Organization; 2011. Disponível em: [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report2010/en/](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/)
- Xiao, M., Zhang, F., Xiao, N., Bu, X., Tang, X., Long, Q. (2019). Health-Related Quality of Life of Hypertension Patients: A Population-Based Cross-Sectional Study in Chongqing, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.

## **Anexo D – Consentimento Informado**



### **Consentimento informado, livre e esclarecido**

Margarida Martins, Enfermeira e Mestranda do Curso de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde na Escola Superior de Gestão de Santarém e Escola Superior de Saúde de Santarém, encontra-se a realizar o estudo com o título: “Perfil de saúde e qualidade de vida dos reclusos com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus”, no Estabelecimento Prisional de Alcoentre, vem por este meio solicitar a sua colaboração na realização deste estudo de investigação.

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

O estudo tem como objetivo compreender como um programa de intervenções de enfermagem, podem influenciar o perfil de saúde dos reclusos, com HTA e DM. A sua participação consiste no preenchimento de um questionário. Não há respostas certas ou erradas, apenas pedimos a sua opinião. A participação no estudo é de carácter voluntário podendo em qualquer momento, desistir sem qualquer prejuízo para si, nomeadamente na assistência que lhe é prestada no Estabelecimento Prisional. Esta decisão pode ser comunicada ao enfermeiro elo de ligação na aplicação direta dos questionários.

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

Agradeço desde já a sua participação,

Enfermeira Margarida

Orientador científico

Professora Marta Rosa

Escola Superior de Saúde de Santarém



### **Declaração de Consentimento Informado**

Declaro que compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na Investigação com o título: “Perfil de saúde e qualidade de vida dos reclusos com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus”. Tive a oportunidade de colocar todas as questões e as respostas esclareceram todas as minhas dúvidas.

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

Aceito participar de forma livre, esclarecida e voluntária no estudo proposto pelo investigador, respondendo às questões que me forem colocadas.

Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

Assinatura do participante no estudo de Investigação:

\_\_\_\_\_

O investigador responsável pelo estudo:

\_\_\_\_\_

(Enfermeira Margarida)



**Anexo E – Questionário**





Questionário Qualidade de vida – EP Alcoentre

1. Idade: \_\_\_\_\_ (anos)
2. Nível Escolar: \_\_\_\_ ano
3. Que patologia tem? DM, HTA, ambas (sublinhar)

**ESCALA DE MEDIDA DE MANIFESTAÇÃO DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO**

Instruções: Por favor responda a cada uma das seguintes afirmações de acordo com a escala fornecida.

**DURANTE O ÚLTIMO MÊS**

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequente/	Quase sempre
1. Senti-me confiante.	1	2	3	4	5
2. Senti que os outros gostavam de mim e me apreciavam.	1	2	3	4	5
3. Senti-me satisfeito com o que fui capaz de alcançar, senti-me orgulhoso de mim próprio.	1	2	3	4	5
4. Senti-me útil.	1	2	3	4	5
5. Senti-me emocionalmente equilibrado.	1	2	3	4	5
6. Fui igual a mim próprio, natural em todas as circunstâncias.	1	2	3	4	5
7. Vivi a um ritmo normal, não tendo cometido excessos.	1	2	3	4	5
8. A minha vida foi bem equilibrada entre as minhas atividades familiares, pessoais e académicas.	1	2	3	4	5
9. Tive objetivos e ambições.	1	2	3	4	5
10. Tive curiosidade e interesse em todo o tipo de coisas.	1	2	3	4	5
11. Envolvi-me em vários projetos.	1	2	3	4	5
12. Senti-me bem a divertir-me, a fazer desporto e a participar em todas as minhas atividades e passatempos preferidos.	1	2	3	4	5
13. Ri-me com facilidade.	1	2	3	4	5
14. Tive um grande sentido de humor, tendo feito os meus amigos rir facilmente.	1	2	3	4	5
15. Fui capaz de estar concentrado e ouvir os meus amigos.	1	2	3	4	5
16. Relacionei-me facilmente com as pessoas à minha volta.	1	2	3	4	5
17. Estive capaz de enfrentar situações difíceis de uma forma positiva.	1	2	3	4	5
18. Perante situações complexas, fui capaz de as resolver com clareza.	1	2	3	4	5
19. Fui capaz de encontrar resposta para os meus problemas sem preocupações.	1	2	3	4	5

20. Estive bastante calmo.	1	2	3	4	5
21. Tive a impressão de realmente gostar e viver a vida ao máximo.	1	2	3	4	5
22. Senti-me bem, em paz comigo próprio.	1	2	3	4	5
23. Achei a vida excitante e quis aproveitar cada momento dela.	1	2	3	4	5
24. A minha moral esteve boa.	1	2	3	4	5
25. Senti-me saudável e em boa forma.	1	2	3	4	5

## ESCALA DE ESTADO DE SAÚDE (SF-12)

### A SUA SAÚDE EM GERAL

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. As perguntas que se seguem são sobre atividades que executa no seu dia a dia. Será que a sua saúde o limita nestas atividades? Se sim, quando?

	Sim, muito limitado	Sim, um pouco limitado	Não, nada limitado
a. Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa	1	2	3
b. Subir vários lanços de escada	1	2	3

3. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas 4 semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
b. Sentiu-se limitado no tipo de trabalho ou outras atividades?	1	2	3	4	5

4. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tais como sentir-se deprimido ou ansioso)?

Quanto tempo, nas últimas 4 semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
b. Executou o seu trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente do que era costume?	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

6. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas 4 semanas. Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que descreve a forma como se sentiu.

Quanto tempo, nas últimas 4 semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	nunca
a. Se sentiu calmo e tranquilo?	1	2	3	4	5
b. Se sentiu com muita energia	1	2	3	4	5
c. Se sentiu deprimido?	1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

Obrigada pela sua participação!



**Anexo F - Autorização do Autor para Utilização da Escala SF-12**



**SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO UTILIZAÇÃO DE ESCALA**

UMIS-ESSaude <umis.projetos@essaude.ipsantarem.pt>

dom, 28/03/2021 23:36

**Para:** pedrof@fe.uc.pt <pedrof@fe.uc.pt>

**Cc:** Marta Rosa - ESSaude <marta.rosa@essaude.ipsantarem.pt>; margaridamartins95@hotmail.com <margaridamartins95@hotmail.com>

 1 anexos (20 KB)

PROFESSOR PEDRO FERREIRA.docx;

Exm<sup>o</sup> Sr. Professor Pedro Ferreira

Constitui-se uma constante no Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde coordenado pela Senhora Professora Sandra Oliveira, a mobilização do Sr. Professor, tanto na produção científica disponível, como na mobilização de escalas no âmbito dos estudos que desenvolve ou patrocina.

Neste sentido, na dupla qualidade de responsável pela Investigação na Escola Superior de Saúde de Santarém e, como orientador científico da candidata Margarida Martins, venho enviar a solicitação em anexo, certo de que a mesma merecerá a melhor atenção do Sr Professor.

Cordialmente

**José Amendoeira**

---

**De:** pedrof@fe.uc.pt <pedrof@fe.uc.pt>

**Enviada:** 14 de maio de 2021 11:03

**Para:** UMIS-ESSaude <umis.projetos@essaude.ipsantarem.pt>

**Assunto:** RE: SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO UTILIZAÇÃO DE ESCALA

Caro Dr. José Amendoeira,

Junto anexo a versão do SF-12v2 validada pelo CEISUC.

Desejo muito êxito no seu trabalho.

Abraço.

Pedro L. Ferreira



**Anexo G - Autorização do Autor para Utilização da Escala EMMBEP**



## SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO UTILIZAÇÃO DE ESCALA

UMIS-ESSaude <umis.projetos@essaude.ipsantarem.pt>

qui, 01/04/2021 16:36

**Para:** jtav@ua.pt <jtav@ua.pt>

**Cc:** Marta Rosa - ESSaude <marta.rosa@essaude.ipsantarem.pt>; margaridamartins95@hotmail.com <margaridamartins95@hotmail.com>

 1 anexos (21 KB)

Pedido autorização escala EMMBEP.docx;

Exm<sup>o</sup> Sr. Professor Doutor José Tavares

É com satisfação que, na dupla qualidade de responsável pela Investigação na Escola Superior de Saúde de Santarém e um dos orientadores científicos da candidata Margarida Martins, e, na continuidade do contacto com o artigo: " Adaptação portuguesa da escala de medida de manifestação de bem-estar psicológico com estudantes universitários - EMMBEP", de que o sr. professora é um dos co-autores, envio a solicitação em anexo, certo de que a mesma merecerá a sua melhor atenção.

Cordialmente

José Amendoeira

**De:** José Tavares <jtav@ua.pt>

**Enviada:** 2 de abril de 2021 14:53

**Para:** UMIS-ESSaude <umis.projetos@essaude.ipsantarem.pt>

**Assunto:** Re: SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO UTILIZAÇÃO DE ESCALA

Por mim, acho bem que utilize e encorajo o seu trabalho. Uma boa Páscoa.  
Com os melhores cumprimentos.

José Tavares