



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

FORMAÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA RECLUSA
PARA A GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO,
ANTES DO REGRESSO À LIBERDADE

Dissertação para obtenção do grau de mestre em Enfermagem Avançada

Por

Ana Rita Sepúlveda Borges Simões

Porto, novembro de 2021



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

FORMAÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA RECLUSA
PARA A GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO,
ANTES DO REGRESSO À LIBERDADE

*TRAINING THE ELDERLY INMATES FOR THE MANAGEMENT OF THE THERAPEUTIC
REGIME, BEFORE RETURNING TO FREEDOM*

Dissertação para obtenção do grau de mestre em Enfermagem

Por

Ana Rita Sepúlveda Borges Simões

Sob a orientação de Doutor Armando Almeida

Porto, novembro de 2021

RESUMO

O envelhecimento demográfico é um fenómeno que também se faz sentir nos estabelecimentos prisionais. Assim, os reclusos acima dos 65 anos convivem com múltiplas patologias que aumentam a complexidade do seu regime medicamentoso. Ao longo do período em reclusão, estes ficam impossibilitados de assumir a gestão do seu próprio regime terapêutico. Surgem assim duas questões que pretendemos ver respondidas: estarão estes indivíduos preparados para assumir o autocuidado? Poderão os enfermeiros ser um contributo para a reacquirição dessa autonomia?

Trata-se de um estudo de paradigma quantitativo, com desenho quasi-experimental, com a aplicação de um questionário, em dois momentos diferenciados, num Estabelecimento Prisional da zona Norte. A amostra foi constituída por reclusos, com 65 anos ou mais de idade, polimedicados (com cinco ou mais medicamentos prescritos) e com ainda, no mínimo, 6 meses de pena a cumprir; foram apenas incluídos reclusos com capacidade cognitiva para participar no estudo. Estes foram avaliados face ao conhecimento e capacidade demonstrados para assumir o autocuidado na gestão do regime terapêutico em duas fases distintas, existindo entre elas um processo de desenvolvimento de competências desenvolvido por enfermeiros, de acordo com os défices encontrados.

Os resultados obtidos foram ao encontro da literatura consultada. O estudo evidencia a importância de se detetarem possíveis défices relacionados com a gestão do regime terapêutico na população mais envelhecida, de forma a ser criado um projeto de capacitação antes do regresso a casa. Neste âmbito, após a implementação de intervenções de enfermagem e estratégias relacionadas com o regime medicamentoso, foram detetadas melhorias significativas. Concluímos, portanto, que apesar de ser necessária mais pesquisa e desenvolvimento científico na área em estudo, um programa de capacitação relacionado com a gestão do regime terapêutico, antes da saída em liberdade que, para além de contribuir para o desenvolvimento de prescrições de enfermagem direcionadas a uma população fragilizada e potencialmente negligenciada, pode contribuir para a reinserção social destes indivíduos permitindo, assim, a manutenção da sua qualidade de vida após o regresso a casa.

Palavras-chave: contexto prisional; população envelhecida; gestão do regime medicamentoso; intervenções de Enfermagem.

ABSTRACT

Demographic aging is a phenomenon that is also felt in prisons. Thus, prisoners over 65 years old live with multiples pathologies that increases the complexity of their medication regimen. While in prison, they are enabled to assume their own therapeutic regimen. Thus, two questions arise that we intend to see answered: are these individuals prepared to assume self-care? Can nurses be a contribution to the reacquisition of this autonomy?

This is a quantitative paradigm study with a quasi-experimental design, with the application of a questionnaire, at two different moments, in a Prison Establishment in the North of Portugal. The sample consisted of inmates, aged 65 years or older, polymedicated (with five or more prescribed medications) and with at least 6 months of sentence to be served; only prisoners with cognitive capacity to participate in the study were included. These were evaluated in view of the knowledge and ability demonstrated to assume self-care in the management of the therapeutic regimen in two distinct phases, existing among them a process of development of competencies developed by nurses, according to the deficits found.

The results obtained were in line with the literature consulted. The study highlights the importance of detecting possible deficits related to the management of the therapeutic regimen in the older population, to create a training project before returning home. In this context, after the implementation of nursing interventions and strategies related to the drug regimen, significant improvements were identified. We conclude, therefore, that although more research and scientific development is needed in the area under study, a training program related to the management of the therapeutic regimen, before leaving in freedom that, in addition to contributing to the development of nursing prescriptions directed to a weakened and potentially neglected population, can contribute to the social reintegration of these individuals allowing, maintenance of their quality of life after returning home.

Keywords: prison context; elderly population: therapeutic regimen management; nursing interventions.

DEDICATÓRIA

A todos as pessoas idosas, que mesmo em situação de reclusão, num estabelecimento prisional da zona Norte, e, apesar da vulnerabilidade e fragilidade, se mostraram sempre disponíveis para momentos de partilha, permitindo a concretização deste estudo de investigação, de forma a intervir no sentido de potenciar a melhoria do seu bem-estar e qualidade de vida.

AGRADECIMENTOS

Numa época complicada, para toda a comunidade, pela fase pandémica vivenciada, os meus sinceros agradecimentos:

À Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde (Porto), pela oportunidade de formação;

Ao Estabelecimento Prisional do Porto, pela oportunidade de intervenção junto da sua comunidade prisional; e a todos os colegas, a quem hoje posso chamar de amigos, por sempre se mostrarem disponíveis para colaborar em todo o processo;

A todos os reclusos que disponibilizaram do seu tempo para relatar as suas experiências de vida, mostrando-se sempre disponíveis e demonstrarem vontade para participar no estudo;

Ao Professor Doutor Armando Almeida, pela irrepreensível orientação, pelas conversas sobre a essência da enfermagem, por estar sempre disponível e, essencialmente, pelo apoio demonstrado em cada processo de tomada de decisão;

À Miriam e à Rita, entre outros amigos, pela amizade e por todo o apoio ao longo desta caminhada, fazendo-se presentes mesmo nos momentos mais difíceis, ouvindo os meus desabafos;

Aos meus avós, pelas palavras de calma que sempre me transmitiram ao longo de todo o meu percurso académico, essencialmente nesta fase mais complicada que todos vivenciamos (pandemia), dizendo sempre “*Ritinha, tudo vai correr bem. Nós acreditamos em ti*”;

Ao Ricardo, que atravessando a mesma fase no seu percurso académico, se manteve lado-a-lado, apoiando-me tranquilizando-me ao longo de todo o processo; acima de tudo, obrigada pela paciência e carinho demonstrados, não só nesta fase da minha, mas em todas as outras.

À minha mãe, principalmente, por nunca me ter permitido desistir dos meus sonhos, mantendo-se sempre presente apesar da distância; por me encorajar e dar sempre asas para voar, apoiando-me incondicionalmente.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD's – Atividades de Vida Diária

DGRSP – Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais

E.P. – Estabelecimento Prisional

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

OMS – Organização Mundial da Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Science 26*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
1. Autocuidado	16
1.1. Gestão do Regime Terapêutico	20
2. Envelhecimento populacional.....	21
3. Enfermagem em contexto prisional	27
CAPÍTULO II: MATERIAL E MÉTODOS.....	35
1. Tipo de Estudo	35
3. Instrumento de recolha de dados	37
4. Procedimentos de recolha de dados	39
5. Procedimentos Legais e Éticos	40
6. Processamento dos Dados	41
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	42
1. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	46
CONCLUSÕES.....	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
APÊNDICES	60
Apêndice I – Instrumento de Recolha de Dados (adaptado).....	61
Apêndice II – Consentimento Livre e Esclarecido (informação).....	62
Apêndice III – Declaração de Consentimento Livre e Esclarecido	65
ANEXOS.....	66
Anexo I – Algoritmo para a gestão do regime terapêutico (Pereira, 2020)	67
Anexo II – Comprovativo de autorização do Algoritmo de Pereira pelos autores (Pereira, 2020).....	68

Anexo III – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa	69
Anexo IV – Autorização por parte da Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP).....	72

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmide etária, Portugal, 2018 (estimativas) e 2080 (projeções por cenários). Fonte: Instituto Nacional de Estatística (2020)	23
Figura 2 - População residente, Portugal, 1991-2080 (estimativas e projeções); Fonte: Instituto Nacional de Estatística (2020)	24
Figura 3 - Desenho do Estudo; (Simões, 2021).....	35

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Variáveis em Estudo.....	38
Tabela 2 - Resultados obtidos sobre o conhecimento para a gestão do regime terapêutico (inicial)	42
Tabela 3 - Resultados obtidos sobre a capacidade para a gestão do regime terapêutico (inicial)	43
Tabela 4 - Resultados obtidos sobre o conhecimento para a gestão do regime terapêutico (final)	44
Tabela 5 - Comparação dos resultados obtidos sobre o conhecimento para a gestão do regime terapêutico e níveis de significância.....	44
Tabela 6 - Resultados obtidos sobre a capacidade para a gestão do regime terapêutico (final)	45
Tabela 7 - Comparação dos resultados obtidos sobre a capacidade para a gestão do regime terapêutico e níveis de significância.....	45

INTRODUÇÃO

Em Portugal existe uma preocupação constante com os direitos das comunidades prisionais, principalmente, quando relacionados com a saúde. A existência de cuidados de saúde sistematizados podem melhorar as condições de vida dos indivíduos em reclusão, humanizando o tempo de cumprimento de pena e, conseqüentemente, prevenindo a reincidência (Provedor da Justiça, 2003). Assim, existe benefício tanto para os indivíduos como para a sociedade, em geral, pela prevenção e/ou diminuição da ocorrência de novos crimes.

Aquando do ingresso num E.P., o enfermeiro assume o papel de observar a pessoa reclusa na sua generalidade, fazendo uma avaliação inicial no ato da admissão, que servirá como referência futura. O processo clínico individual permite ao enfermeiro registar todas as observações feitas no momento, reunindo informações acerca dos antecedentes clínicos do indivíduo, especialmente se este é utente do Serviço Nacional de Saúde e sobre as suas necessidades de saúde. Esta avaliação prende-se, essencialmente, com a existência de doenças de foro mental, crónicas, infecciosas, dependências, sinais de violência ou agressão (Gonçalves N. , 2014) e, ainda, para detetar possíveis défices ao nível do autocuidado. O processo clínico individual permite que sejam feitos registos por toda a equipa multidisciplinar de saúde, favorecendo assim a continuidade dos cuidados. Neste, deve sempre ser garantida a confidencialidade dos dados, assumindo-se o direito do recluso na procura de informação relativa ao seu processo clínico e ao seu estado de saúde, em geral (Gonçalves N. , 2014).

Atualmente, devido à pandemia de Covid-19, no momento da admissão o recluso é informado que terá de cumprir um período de quarentena, de forma a perceber se este desenvolve ou não sintomas compatíveis com a *doença*, de maneira a proteger a restante comunidade prisional, evitando surtos. Durante este período, normalmente com a duração de 14 dias, o enfermeiro é o único profissional que diariamente convive com estes indivíduos comprometendo-se a fazer a monitorização diária da temperatura corporal e avaliação de sinais de alarme e/ou outros sintomas.

Quando são detetadas necessidades de saúde que, naquele local, não podem ser colmatadas (como por exemplo, realização de tratamento a feridas, necessidade de apoio

psicológico, necessidade de observação psiquiátrica, entre outras), o enfermeiro é o elemento que estabelece a ponte com os restantes profissionais de saúde, de forma a dar resposta às mesmas.

No quotidiano, o enfermeiro pode assumir várias funções, de acordo com o plano de trabalho previamente estabelecido podendo ficar na enfermaria (local que aloja reclusos mais vulneráveis e sem capacidade de se integrarem na restante comunidade prisional, pela necessidade permanente de cuidados, na maior parte dos casos complexos e constantes); administração e preparação de medicação por tomas (pequeno-almoço, almoço e jantar) para todas as alas; realização de tratamentos (tratamento de feridas, administração de injetáveis, incluindo os decanoatos mensais); e realização de triagens (espaço em que o enfermeiro ouve e percebe as necessidades individuais de cada recluso, encaminhando-o pelo estabelecimento da ponte com a restante equipa multidisciplinar, normalmente, associada a pedidos de consulta, exames, entre outros assuntos).

Posto isto, os enfermeiros tentam, também, estar sempre presentes nas pesquisas de glicemia capilar dos reclusos com diabetes, antes das refeições, para avaliar conhecimento sobre e capacidade para e, também, se necessário, fazer a correção insulínica. Por outro lado, estes profissionais mostram-se sempre disponíveis para prestar auxílio aquando da existência de desacatos, sendo que quando ocorrem agressões e/ou automutilações, é preenchido um documento próprio acerca do que é observado e do tratamento implementado, por se tratar de um sistema judicial. Este documento funciona como forma de preservarmos sempre o cumprimento dos nossos deveres enquanto profissionais de saúde, cumprindo com os princípios da profissão.

Como tal, o enfermeiro, para enquadrar a sua prática de cuidados, neste contexto específico, deve encarar a pessoa como um ser totalitário, isto é, integrando-a no ambiente em que se encontra inserida, principalmente naquele onde ocorre o processo de cuidar (Watson, 2004). Desta forma, o enfermeiro está capacitado para reconhecer as necessidades específicas da pessoa alvo de cuidados.

É, por isso, de salientar que todos os enfermeiros, no âmbito da sua intervenção, têm o dever de conceber, realizar, promover e/ou participar em trabalhos de investigação, de

maneira a contribuir positivamente para o desenvolvimento da enfermagem e dos cuidados prestados e, principalmente, da saúde em geral, em todos os contextos de prática clínica (Diário da República, 2015). Assim, a investigação em enfermagem, representada em qualquer tipo de trabalho, deve assegurar sempre, em qualquer circunstância, o respeito pela dignidade da pessoa humana. Desta forma, é possível executar uma prática baseada na evidência, o que, por sua vez, facilita todo o processo de tomada de decisão (Sousa, Marques-Vieria, Severino, & Antunes, 2017)

Sendo a saúde um direito fundamental de todos os cidadãos portugueses, estes “*têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover*” (Assembleia da República, 2005). Estes direitos são assegurados pelo Serviço Nacional de Saúde e é, tendencialmente gratuito, de acordo com as condições económicas e sociais dos mesmos.

Assim, a Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que o todas as autoridades responsáveis pelos indivíduos em situação de reclusão, devem assumir o dever do cuidado, tendo em conta as suas necessidades básicas (Organização Mundial da Saúde, 2014). Desta forma, podemos perceber que no sistema prisional português, todos os reclusos estão globalmente dependentes dos profissionais integrados no contexto prisional, onde se incluem as atividades de vida diária (AVD's), a proteção e as medidas de segurança.

Por esta razão, o ambiente prisional e o percurso individual de vida dos próprios reclusos influenciam o percurso de reclusão e os quadros patológicos destes, normalmente, associados a doenças infetocontagiosas (como HIV, Hepatite B, Hepatite C e tuberculose), relacionados, principalmente, com problema de adição e toxicodependência (Provedor de Justiça, 2008).

Por esta razão, segundo a OMS, as prisões não são ainda lugares seguros, no que toca à saúde, pela influência direta do percurso de vida, condições sociais desfavoráveis, baixo nível de escolaridade, índice de pobreza, desequilíbrios psiquiátricos e perturbações mentais e doenças do foro infeccioso, associadas ou não ao consumo de estupefacientes, dos reclusos nelas institucionalizados (Organização Mundial da Saúde, 2014).

Como tal, tendo em conta todos os problemas supramencionados, torna-se necessário atuar e, por isso, o Plano Nacional de Saúde 2011/2016, definiu a importância do profissional de saúde na reintegração dos cidadãos com patologias na sociedade, na gestão da doença em situações de liberdade condicional e na implementação de regras básicas de higiene e cuidados. Com isto, podemos perceber a importância do enfermeiro na participação em projetos relacionados com a promoção da saúde, prevenção das doenças infecciosas, prevenção do suicídio, prevenção da toxicodependência e controlo dos comportamentos de risco (Diário da República, 2011).

Ao longo do período de cumprimento de pena, os reclusos não interferem na gestão do seu próprio regime medicamentoso, isto é, apenas têm autonomia para decidir se querem aderir ou não ao mesmo, uma vez que toda a medicação é preparada e administrada por profissionais de saúde (enfermeiros). Como tal, esta decisão é baseada no conhecimento que a pessoa detém (ou não) sobre determinado medicamento.

Nasce, assim, a motivação para o estudo. Como enfermeira a exercer funções num E.P., surgem frequentemente dúvidas sobre a capacidade destes indivíduos retomarem a gestão do regime medicamentoso no seu regresso à liberdade, principalmente na população de reclusos idosos, pois apresentam, habitualmente, regimes medicamentosos mais complexos e simultaneamente, encontram-se funcionalmente mais fragilizados e com menor sentido de procura dos recursos existentes e disponíveis na comunidade.

Atendendo a essas premissas, surge a primeira questão de investigação que guiará todo o estudo: Estarão os reclusos, com mais de 65 anos e com regimes medicamentosos complexos, preparados para assumir a gestão do regime de medicamentos prescritos, no momento do seu regresso à liberdade?

Simultaneamente, tendo em conta o papel da enfermagem face à promoção do autocuidado, faz sentido colocar uma segunda questão: É possível capacitar os reclusos, com défice no autocuidado, para assumir a gestão autónoma do seu regime de medicamentos?

Assim, pretende-se, através de um estudo, com um recorte quasi-experimental, averiguar se uma população de reclusos idosos polimedicada, que cumpre pena judicial inferior a 6 meses, está capaz de assumir autonomamente a gestão do regime de medicamentos e, nos

casos em que se verifica déficit de autocuidado, se a intervenção dos enfermeiros é efetiva para a reconstituição ou melhoria da autonomia.

O documento encontra-se dividido em três capítulos centrais. No primeiro capítulo é realizada uma contextualização dos conceitos utilizados, tendo em conta a literatura existente (autocuidado; gestão do regime terapêutico; população envelhecida; contexto prisional; e intervenções de enfermagem). No segundo capítulo são abordadas todas as questões relacionadas com o processo de investigação (metodologia; análise e tratamento de dados). O terceiro capítulo está direcionado para os resultados obtidos (análise descritiva e estatística dos dados e discussão de resultados). No final é realizada uma síntese, relatando as principais limitações e conclusões do estudo, bem como das suas implicações para o quotidiano da prática de cuidados.

CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A investigação científica define-se como uma *“atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes, associada à procura da verdade, exige rigor, isenção, persistência e humildade”* (Martins, p. 62). Neste sentido, a investigação em enfermagem assenta igualmente nos mesmos princípios, cumprindo, assim, todos os princípios éticos nacionais e internacionais delineados para a profissão.

O desenvolvimento de competências no sentido de desenvolver a continuidade da profissão tem sido um dos maiores desafios dos investigadores na área de enfermagem, uma vez que os enfermeiros *“sentem cada vez mais a necessidade de desenvolver o seu conhecimento científico e a sua aplicação prática e nível dos cuidados que prestam”* (Martins, p. 63). Assim, a investigação desenvolve-se no sentido de melhorar os cuidados prestados adotando um pensamento crítico-reflexivo e alicerçando e consolidando conhecimentos a nível do saber e da ciência, contribuindo para o corpus de conhecimento da disciplina e, simultaneamente, dando um forte contributo para a visibilidade social da profissão. Neste sentido, no ano 2006, a Ordem do Enfermeiros definiu quatro eixos prioritários para a investigação em enfermagem:

1. Adequação cuidados gerais e especializados às necessidades do cidadão;
2. Educação para a saúde na aprendizagem de capacidades;
3. Estratégias inovadoras de inovação/liderança;
4. Formação em enfermagem no desenvolvimento de competências (Martins, 2008).

Como tal, a revisão da literatura é um método de investigação que nos permite saber o estado da arte em relação a um tema de forma a implementar intervenções baseadas na evidência, em contexto de prática clínica (Sousa, Marques-Vieria, Severino, & Antunes, 2017).

Assim, ao longo dos seguintes subcapítulos é realizada uma revisão, baseada na literatura existente, acerca dos conceitos centrais delineados para este estudo.

1. Autocuidado

O autocuidado é considerado um conceito central na saúde e na enfermagem, podendo assumir várias definições, por ser o meio através do qual as pessoas mantêm, restauram e melhoram a sua saúde e o seu bem-estar (Söderhamn, 2000), passando por ser, também, um comportamento deliberado e voluntário que pode ser aprendido, baseado em respostas humanas individuais, imediatas ou continuadas à situação de doença (Sidani, 2011). Na mesma linha de pensamento, Orem define autocuidado como “*a prática de atividades que o indivíduo inicia e desempenha em seu próprio benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar e recuperar da doença*” (Orem, 1980), isto é, fazer o necessário para se manter operacional e lidar com as suas necessidades individuais básicas e íntimas, bem como com as AVD’s (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2015).

Tendo em conta a evolução da enfermagem, enquanto ciência, Dorothea E. Orem desenvolveu a Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem, desenvolvida entre 1959 e 1985, baseando-se na enfermagem como sistema compensatório da ausência de capacidade de manutenção do autocuidado que, conseqüentemente, se interliga com a sustentação da vida e da saúde, com a recuperação da doença e, essencialmente, com a capacidade para lidar com os seus efeitos (Queirós, Vidinha, & Filho, 2014) (Almeida, 2009).

Como tal Orem considera a Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem, uma teoria geral constituída por três teorias inter-relacionadas (Queirós, Vidinha, & Filho, 2014):

1. a Teoria do Autocuidado, onde descreve a razão e de que forma as pessoas cuidam de si próprias;
2. a Teoria do Déficit de Autocuidado, pela descrição e explicação da razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem;
3. a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explana a manutenção e criação de relações para que se produza enfermagem.

O autocuidado, nos dias de hoje, apresenta bastante relevância, principalmente com o aumento gradual da esperança média de vida que, conseqüentemente, resulta no aumento significativo das doenças crónicas e morbilidade. Desta forma, o enfermeiro, assume um papel relevante na reconstrução da autonomia do indivíduo, adaptando-o à condição de

dependência, pela promoção da saúde, da qualidade de vida e da satisfação sentida por este. Consequentemente, com a sua intervenção, o enfermeiro aumenta no indivíduo a responsabilidade, o controlo, a independência e a autonomia sobre si próprio e sobre a sua saúde (Almeida, 2009).

Como tal, o perfil de autocuidado resulta do percurso biográfico da pessoa, estando ligado à sua história (passado) e percurso de vida, influenciando significativamente o presente e as perspetivas futuras em termos de realização do seu autocuidado. No idoso, principalmente, podemos verificar isto, pois o autocuidado, como ação, traduz-se na vida da pessoa, fazendo parte da sua identidade pessoal. Posto isto, entendemos que o idoso encara o autocuidado tendo em conta a sua personalidade e experiências de vida, nomeadamente, quando relacionadas com a saúde e o processo de envelhecer (Backman & Hentinen, 1999).

Nos dias de hoje, existem instrumentos disponíveis para avaliação do nível de autocuidado, tais como: “*Self-care of Home Dwelling Elderly – SCHDE*” (Zelevnik, 2007) com a respetiva tradução e validação do instrumento para português (Sequeira, 2011); Instrumento de avaliação sobre o Autocuidado no momento da alta (Duque, 2009); e, ainda, uma escala que surgiu de um estudo que permitiu “(...) *desenvolver um instrumento para testar o modelo de perfis do Autocuidado*” (Rasenen, Backman, & Kyngas, 2007).

O autocuidado pode, ainda, ser classificado, de acordo com a sua tipologia:

- Autocuidado responsável, quando as pessoas assumem a responsabilidade de todas as AVD's, bem como na procura de ações para cuidar da saúde e tratar da doença; estas procuram informação sobre sintomas e possibilidades de tratamento e adotam um estilo de vida saudável, demonstrando, por isso, uma experiência positiva relativa ao envelhecimento, esperando dos enfermeiros orientação para a manutenção de uma vida ativa;
- Autocuidado formalmente guiado, que consiste na observação constante no desempenho de tarefas diárias, isto é, as pessoas obedecem a instruções, sem questionamento acerca dos motivos das ações implementadas; normalmente associado a pessoas que atribuem aos enfermeiros o controlo da sua saúde;

- Autocuidado independente, baseado nos desejos da pessoa, que demonstram formas originais para a manutenção das suas AVD's, da saúde e da doença, gerindo-as de forma autónoma, não procurando orientação; normalmente não procuram ajuda, tentando solucionar o problema sozinhas; nunca referenciam sintomas ou queixas e, quando se comparam com os outros, assumem que são mais saudáveis; recusam, na maior parte dos casos, os conselhos dos enfermeiros, uma vez que para elas “casa” é sinónimo de segurança, independentemente de ficarem sozinhas, isoladas e com o autocuidado comprometido;

- Autocuidado de abandono, caracterizado pela impotência e falta de responsabilidade, associado a pessoas que se descaram de si próprias e da sua saúde e que, normalmente, nunca foram capazes de gerir a sua vida, ou outras razões (incapacidades); este tipo de autocuidado está intimamente ligado à tristeza interior que a pessoa sente (quadros depressivos) e é adotado por pessoas que sentem insegurança relativamente ao seu futuro, por medo da dor, declínio, perda de controlo e da morte; os indivíduos que apresentam este quadro, constituem um desafio para a enfermagem (Sequeira, 2011).

Existem, ainda, fatores intimamente relacionados com o autocuidado, tendo em conta a capacidade funcional da pessoa, da sua satisfação com a vida e com a autoestima. Como tal, estes podem ser cognitivos (pela capacidade de aprendizagem, solucionar problemas, memória, perceção do benefício da implementação de intervenções); psicológicos (intrínsecos, relacionados com a personalidade, autocontrolo, motivação e confiança); físicos (influenciados pela destreza, força e capacidades motoras e/ou funcionais); socioculturais (pelo suporte familiar e social existente, crenças e valores e recursos materiais disponíveis); e demográficos (relacionados com a idade, género, literacia, nível socioeconómico e estilo de vida) (Silva, 2019).

Assim, podemos perceber que os cuidados de enfermagem, quando centrados nas experiências de saúde, permitem desenvolver estratégias e implementar intervenções que possibilitam a sua manutenção, tendo em conta a perspetiva individual da pessoa e suas dimensões (biológica, psicológica, social, cultural e espiritual). Para tal, é necessária uma correta avaliação das necessidades, resultando num diagnóstico de enfermagem, que, pela

decisão conjunta do enfermeiro e da pessoa, permitirá planejar e desenvolver intervenções de forma a dar resposta às suas necessidades.

A perda de funcionalidade, associada ao envelhecimento, tornam-se um desafio para os enfermeiros tendo em conta os requisitos de saúde e satisfação autónoma da pessoa. Assim, quando os requisitos impostos pela pessoa não coincidem com a sua capacidade de resposta, surge o défice do autocuidado, pelo aumento da vulnerabilidade, passando a depender de terceiros para a execução das AVD's. A enfermagem surge, assim, como forma de intervenção, de maneira a dar resposta às necessidades sentidas que, de acordo com a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, pode compensar totalmente o autocuidado (pelo Sistema Totalmente Compensatório); pode assistir a pessoa apenas nas áreas em que este se encontra mais dependente (pelo Sistema Parcialmente Compensatório); ou, ainda, pode fornecer apenas apoio e/ou instrução de maneira a que a própria pessoa possa reconstruir e desenvolver estratégias para o autocuidado (pelo Sistema de Apoio-Educativo) (Almeida, 2017).

Em contexto prisional, funcionando este como forma de institucionalização de idosos em situação de reclusão, o enfermeiro não atua de forma diferente: na admissão dos indivíduos aplica estratégias para avaliação da funcionalidade e da sua condição geral de saúde e, ao longo da sua permanência na instituição, vai implementando intervenções e programas de capacitação tendo em conta as suas necessidades individuais. Desta forma, funciona como contributo para a manutenção ou recuperação das capacidades funcionais, com vista à melhoria da autonomia aquando do regresso a casa, após a saída em liberdade (Imagínario, 2018). Pela especificidade do contexto, pela quantidade de reclusos residentes, pela existência de forças de segurança intransigentes, o acompanhamento individual ao longo deste processo, torna-se difícil de estabelecer, como forma de intervenção. Por esta razão, os reclusos mais debilitados (quer por idade avançada quer por patologias graves associadas), ficam internados numa ala equiparada a uma enfermaria, com bastante proximidade do corpo clínico e, por isso, com maior vigilância e proximidade por parte de todos os profissionais de saúde.

Como tal, esta ala (enfermaria) possui reclusos internados, na maior parte dos casos, idosos (debilitados) e pessoas com patologias complexas (por exemplo, doentes oncológicos, hemodialisados, e, por vezes, indivíduos em fase aguda de perturbações do

foro psiquiátrico), que requerem e necessitam frequentemente de um acompanhamento mais alargado e mais próximo, adequado às suas respostas humanas. Assim, este espaço oferece a oportunidade ao enfermeiro de intervir de forma a capacitar os indivíduos, pelo desenvolvimento de estratégias, colmatando as suas necessidades individuais.

1.1. Gestão do Regime Terapêutico

Seguindo a linha de pensamento, tendo em conta os objetivos propostos para o presente estudo, a gestão do regime terapêutico é, também, uma área de interesse, por ser um dos principais problemas encarados pela população idosa, normalmente, portadoras de múltiplas comorbilidades associadas. Como tal, a OMS relaciona a autogestão do regime terapêutico com o autocuidado, por se tratar de um processo ativo, responsável e flexível que permite dar ao indivíduo as bases necessárias para que este atinja o melhor nível de saúde possível, através da parceria estabelecida com o enfermeiro (Organização Mundial da Saúde, 2003).

O comportamento de procura de saúde, para além da autogestão da medicação prescrita, está relacionado com a marcação e presença nas consultas de seguimento; com a alteração de hábitos de estilo de vida, incluindo a dieta e o exercício físico; e com a participação ativa no processo de tomada de decisão para a autogestão da doença e suas complicações, aumentando o *empowerment*. O enfermeiro deve, assim, adequar a sua intervenção, tendo em conta as necessidades individuais da pessoa, o contexto e a comunidade onde este se encontra inserido (Teixeira, 2017).

Como tal, a gestão do regime terapêutico e, consequente, adesão ao mesmo, pode ser dificultada por vários fatores, normalmente associados à polimedicação, representações individuais de doença, crenças, aceitação do diagnóstico, estratégias de *coping* e personalidade próprias, bem como pela relação terapêutica existente entre o indivíduo e o profissional de saúde (Joyce-Moniz & Barros, 2005). Desta forma, podemos perceber que no idoso com défice neste âmbito, a intervenção do enfermeiro pode ter implicações na prevenção de efeitos colaterais e/ou adversos, pelo uso racional do fármaco, e reduzindo o número de internamentos hospitalares, permitindo atuar, assim, na promoção

da adesão e no apoio à gestão do regime terapêutico (Serviço Nacional de Saúde, 2017) (Gonçalves O. , 2019).

Simultaneamente, para Pereira, o papel do enfermeiro, junto da população mais vulnerável, deve, portanto, ir de encontro à assistência e, se necessário, substituição do indivíduo neste âmbito do autocuidado, até ao desenvolvimento de planos de intervenção que promovam uma mudança positiva deste comportamento. Desta forma, a eficácia da intervenção depende diretamente da vontade e capacidade demonstradas pelo indivíduo de incorporar no seu quotidiano novas práticas, adequadas às exigências das suas comorbilidades. Como tal, a educação para a saúde permite ao indivíduo desempenhar um papel ativo no processo, pois o enfermeiro intervém no sentido da sua inclusão, motivação e capacitação. Para tal, é necessário adaptar o paradigma tradicional de educação para a saúde, avançando para uma educação para a autogestão, pela implementação de estratégias promotoras de mudanças de comportamento na gestão e adesão ao regime medicamentoso (Pereira, 2020).

Assim, torna-se possível humanizar o tempo em reclusão, pois este surge como uma oportunidade para intervir junto dos indivíduos mais vulneráveis, através da implementação de programas que os tornem mais independentes e autónomos aquando da saída em liberdade. Para tal, é necessário reconhecê-los como parceiros ativos em todo o processo de gestão do regime medicamentoso, compreendendo a existência de um acordo entre ambas as partes, baseada no respeito pelas crenças e desejos da pessoa (Cabral & Silva, 2010). Desta forma, este processo deve ser dinâmico, no qual o indivíduo deve adaptar o seu próprio comportamento, com vista à manutenção da sua qualidade de vida.

2. Envelhecimento populacional

O envelhecimento humano, segundo a Direção-Geral da Saúde, pode ser definido como o processo de mudança, progressivo, que engloba aspetos biológicos, psicológicos e sociais de cada pessoa, como ser unitário. Este inicia-se, portanto, ainda antes do

nascimento e desenvolve-se ao longo da vida. Assim, pode perceber-se que o processo de envelhecer vai colocando desafios à responsabilidade individual e coletiva, principalmente no âmbito da saúde, autonomia e independência (Direção-Geral da Saúde, 2006). Como tal, este não deve ser considerado somente pela área da saúde, mas pela fusão desta com intervenções de âmbito social, económico e ambiental (Sequeira, 2010).

O envelhecimento é, portanto, um fenómeno, que como conceito tem sofrido alterações ao longo dos anos pela própria evolução da sociedade, consoante as atitudes, crenças, cultura, conhecimentos e relações sociais próprias de cada época (Jacob, 2013) (Sequeira, 2010). Desta forma, este não deverá ser encarado como um problema, mas sim como uma parte natural e inevitável decorrente do ciclo de vida. Como tal, deve constituir uma oportunidade para a alteração de comportamentos e atitudes da população, em geral, através da capacitação realizada por profissionais de saúde, nesse âmbito. Esse processo de desenvolvimento de competências deve ser dinâmico para adequar as suas respostas aos desafios e realidades individuais, sociais e familiares decorrentes do processo de envelhecer, ajustando o ambiente de prática de cuidados às fragilidades que, na maior parte dos casos, decorrem da idade avançada (Direção-Geral da Saúde, 2006).

Estatisticamente, o envelhecimento demográfico é definido pelo aumento da proporção de pessoas idosas na população total, resultante da transição demográfica sofrida, pela passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo em que estes fenómenos atingem valores bastante baixos, isto é, o número de pessoas idosas cresce abruptamente comparado com a natalidade. Isto resulta numa inversão da pirâmide de idades, uma vez que esta deixou de ser triangular e a apresentar um estreitamento na base, pela baixa fecundidade, e um alargamento no topo pelo aumento da longevidade de vida (Instituto Nacional de Estatística, 2011), como podemos verificar na seguinte figura:

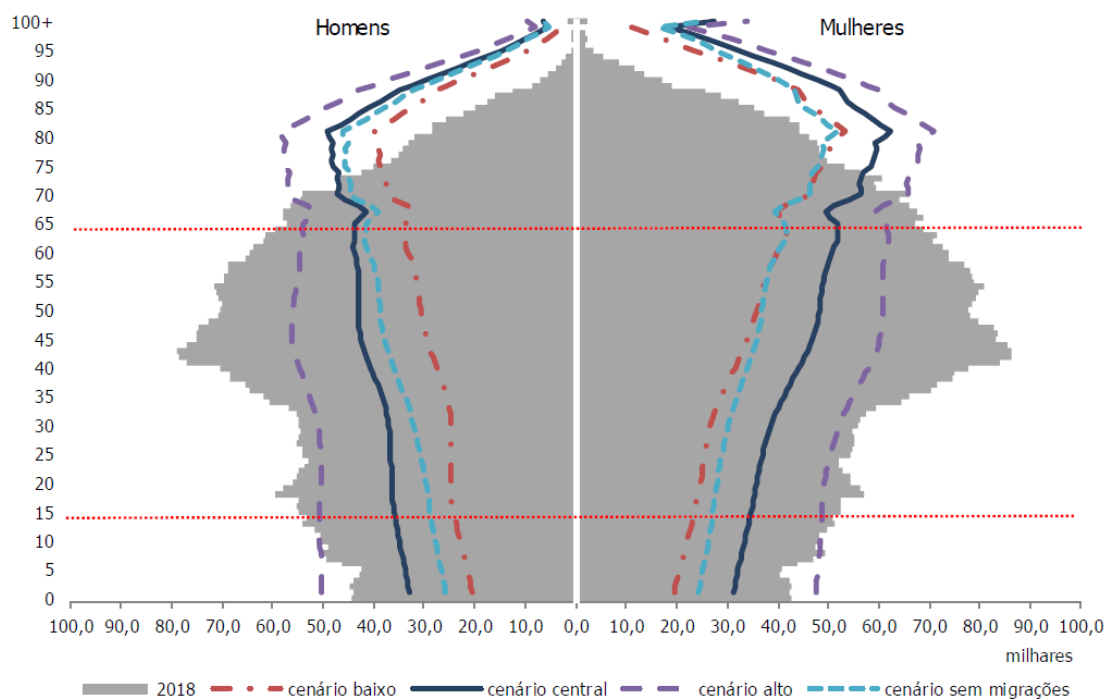


Figura 1 - Pirâmide etária, Portugal, 2018 (estimativas) e 2080 (projeções por cenários). Fonte: Instituto Nacional de Estatística (2020)

O aumento da esperança média de vida, é, nos dias de hoje, um dos indicadores de desenvolvimento humano mais significativo, principalmente em termos sociais. Como tal, é necessário avaliar se as sociedades da atualidade se encontram preparadas para responder aos desafios impostos pelo fenómeno de envelhecer, de maneira a garantir as condições necessárias, dando-lhes resposta, para que os idosos possam continuar a viver em plenitude, com consciência dos seus direitos e deveres enquanto cidadãos (Azevedo, et al., 2009).

O Instituto Nacional de Estatística, estima que Portugal, entre 2018 e 2080, terá cerca de 8,2 milhões de pessoas, sendo que o número de jovens diminuirá para cerca de 1 milhão, tendo em conta que existirá a diminuição do número de nascimentos associados à redução do número de mulheres em idade fértil. Deste modo, o número de idosos (com idade igual ou superior a 65 anos) duplicará, verificando-se a existência de 300 idosos por cada 100 jovens, em 2080. Simultaneamente, a população em idade ativa (entre os 15 e 64 anos) diminuirá para cerca de 4,2 milhões de pessoas, o que irá influenciar negativamente o

índice de sustentabilidade social face a esta diminuição (Instituto Nacional de Estatística, 2020) – figura 2.

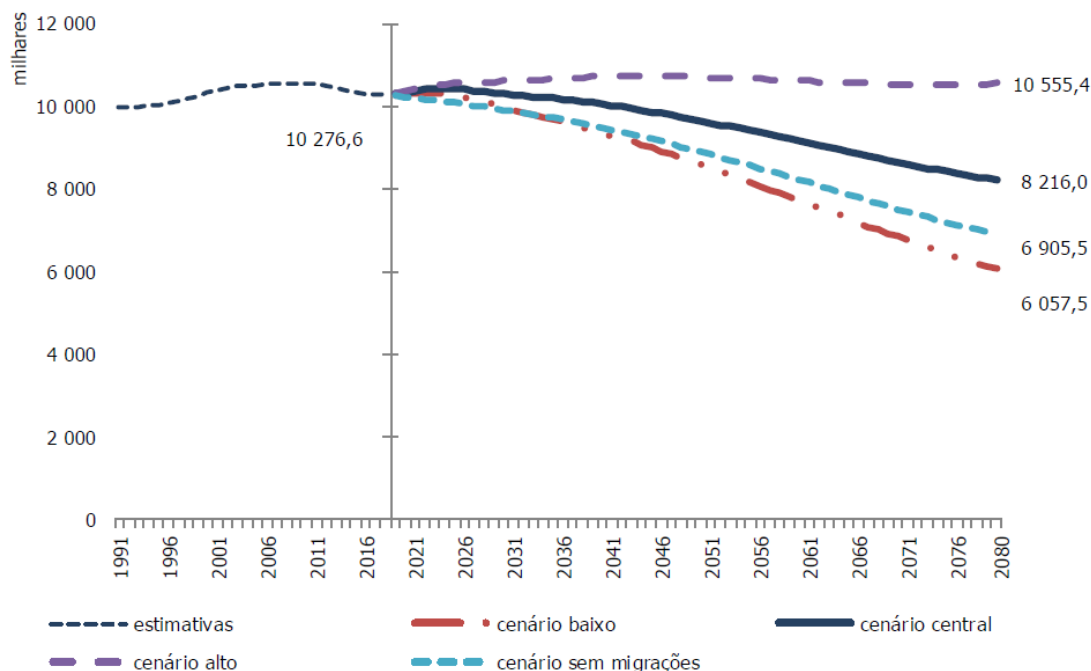


Figura 2 - População residente, Portugal, 1991-2080 (estimativas e projeções); Fonte: Instituto Nacional de Estatística (2020)

O envelhecimento individual é influenciado por mudanças complexas, não lineares, a nível biológico, normalmente associadas a danos moleculares e celulares que, consequentemente, levam a uma perda gradual das funções fisiológicas. Estas, por sua vez, resultam no aumento de doenças e no declínio geral das capacidades intrínsecas do indivíduo. Com o avançar da idade, vão ocorrendo, também, mudanças significativas, principalmente relacionadas com a mudança de papéis e posições sociais, mas também com a necessidade de lidar com a perda de relações próximas (Organização Mundial da Saúde, 2015) e com o processo de mudança biopsicossocial que a pessoa vivencia durante o ciclo de vida (Organização Mundial da Saúde, 2002).

Tendo em conta estes dados, a promoção do envelhecimento ativo torna-se um desafio para a saúde, uma vez que implica a atuação conjunta de equipas multidisciplinares e interdisciplinares. A OMS define envelhecimento ativo como um processo de otimização em saúde, que considera o desenvolvimento e manutenção de capacidades funcionais como aspetos centrais do fenómeno, permitindo a avaliação da interação de competências

intrínsecas (físicas e mentais) com o meio envolvente. Deste modo, o envelhecimento ativo, tendo em conta ao aumento da longevidade, permite que as pessoas vivam com melhores condições, potencializando o seu bem-estar e qualidade de vida (Organização Mundial da Saúde, 2015).

Assim, a promoção do envelhecimento ativo engloba fatores ambientais e pessoais, tais como as determinantes socioeconómicas, culturais, ambientais, o sistema de saúde, entre outras, estando a família e a comunidade intimamente relacionadas com a forma como este é vivenciado (Organização Mundial da Saúde, 2002) (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo, & Marques, 2013).

A qualidade de vida nas pessoas idosas é, portanto, definida como a perceção do indivíduo acerca do contexto cultural e valores onde se encontra inserido, bem como os seus objetivos, padrões e preocupações sobre as suas perspetivas futuras de vida (Organização Mundial da Saúde, 1997). Deste modo, Zaidi considera três componentes fulcrais deste conceito como o bem-estar financeiro, a saúde e o suporte social, sendo estes condicionados por transições inerentes ao percurso de vida, nomeadamente, reforma, divórcio, viuvez, problemas de saúde, migração e, também, reclusão (Zaidi, 2014).

Como tal, o enfermeiro deve atuar no sentido de identificar as necessidades do idoso, formulando diagnósticos e intervenções de enfermagem personalizadas, atuando na manutenção e melhoria do potencial do mesmo; promovendo programas dirigidos à adoção de estilos de vida saudáveis, autonomia e autocuidado; adotando medidas preventivas direcionadas aos grupos de risco; e detetando precocemente problemas do foro agudo ou crónico, encaminhando, se necessário, para ajuda especializada. Assim, o enfermeiro é visto como uma figura essencial deste processo, assumindo o papel de executor, conselheiro, terapeuta, supervisor e educador, sendo assertivo e flexível, respeitando o exercício do princípio da autonomia por parte do indivíduo (Carvalho, 2009). Portanto, manter o idoso independente funcionalmente e ativo é o primeiro passo para se atingir um envelhecimento saudável para que não haja dependência nas suas AVD's, mitigando fatores de riscos relacionados com a incapacidade funcional (Helena, Silva, & Gonçalves, 2020).

No contexto em estudo, existem cada vez mais reclusos com idade avançada, quer pela prevalência aumentada do crime associada a alterações, principalmente, do foro mental, quer pelo cumprimento total de penas de longa duração. Desta forma, o meio prisional, promove a institucionalização de reclusos, tornando-os dependentes dos cuidados da instituição continuamente, em especial, no que diz respeito à gestão do regime terapêutico, também ela, devido ao avançar da idade, progressivamente mais complexa.

Atualmente, as práticas criminais em idade avançada repercutem crimes do foro sexual, burlas, fogo posto e homicídios, sendo estas influenciadas por fatores como o baixo nível de escolaridade, condições socioeconómicas precárias, áreas residenciais degradadas, isolamento social e traços de personalidade associados a patologia do foro mental (Santos C. , 2013).

Enquanto se encontra em reclusão, simultaneamente, o indivíduo vivencia o processo normal de envelhecimento. Muitas vezes, este processo, para os reclusos, está associado ao cumprimento da pena, isto é, à contagem do tempo de forma regressiva, sendo o “*tempo-envelhecimento prisional*” associado à espera do momento da saída em liberdade. Deste modo, o envelhecimento prisional assume uma dupla dimensão temporal: tempo vivido e tempo institucional (cumprimento da pena e de uma rotina inerente à instituição) (Suelma, 2006).

Assim, tendo em conta estes aspetos, a pessoa idosa em reclusão é forçada a reconstruir vínculos, a reformular rotinas do quotidiano, adaptando-se à nova condição marcada pelo convívio com outros indivíduos com o quais não mantém laços ou relações à priori. Aliado a este facto, a deterioração do estado geral de saúde dos reclusos, também se deve às especificidades do contexto prisional, na medida em que se verificam alterações nas AVD's, aspeto que os torna mais vulneráveis a abusos por parte de outros. Para tal, quando privado de liberdade, a pessoa vê-se obrigada a desenvolver estratégias de sobrevivência, tais como: o isolamento, a submissão às normas da instituição e a adoção de comportamentos desadequados como forma de fuga às mesmas. Neste sentido, os reclusos mais velhos encontram-se expostos a um leque de fatores de *stress*, pelo facto de conviverem com as restantes faixas etárias da comunidade prisional (Santos C. , 2013).

Podemos perceber, então, que o enfermeiro é o profissional mais próximo da população reclusa, principalmente da mais envelhecida, por se encontrar mais fragilizada, por questões normalmente relacionadas com doenças crónicas, Acidente Vascular Cerebral (antigo ou recente), défices auditivos e visuais, deterioração cognitiva, desgaste físico/emocional, quedas, regimes complexos de medicação, abusos, fraca ou inexistente retaguarda familiar e perturbações mentais (Santos C. , 2013).

Em suma, a institucionalização de indivíduos, privados da liberdade, constitui, portanto, um indicador de exclusão social, não só devido ao carácter penal exercido sobre os mesmos, mas também pelo facto de afastá-los da sua vida social normal, que poderá repercutir-se no período de pós-reclusão. Neste sentido, deve-se considerar como principal preocupação a reintegração social destes indivíduos, aquando da saída em liberdade. Este processo deve ser desenvolvido por uma equipa multidisciplinar, onde o enfermeiro deve estar incluído, no sentido de dar resposta às necessidades das pessoas de idade avançada, capacitando-os para uma vida autónoma em sociedade. Em casos extremos, estes indivíduos devem ser referenciados a instituições que possam colmatar estas necessidades, previamente identificadas.

3. Enfermagem em contexto prisional

As prisões modernas europeias, até ao século XVII, tiveram como origem asilos, onde ficavam albergados trabalhadores rurais que, por não possuírem condições económicas nem sociais, trabalhavam arduamente em troca de bens alimentares. Estes locais também alojavam doentes, idosos ou pessoas com deficiência, a nível mental, quando estes não tinham de quem deles cuidasse. Com o início do século XVIII, começa a existir uma diferença gradual do conceito de asilo, quando equiparado a contextos hospitalares e contextos prisionais, pelas diferenças denotadas entre os mesmos (Giddens, 2000).

Em Portugal, nos estabelecimentos prisionais, todos os funcionários a exercer funções, incluindo os enfermeiros, regem-se pelo Ministério da Justiça (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Na maior parte dos casos, esta questão impõe barreiras na prestação direta dos

cuidados, uma vez que a saúde, na população em geral, é regulada pelo Ministério da Saúde.

A abolição da liberdade, como forma de punição para quem comete crime e cumpre pena, nos estabelecimentos prisionais, torna-se uma oportunidade para capacitar os reclusos acerca dos comportamentos adequados à vivência em sociedade (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Neste sentido, o contexto prisional funciona como forma de isolamento do recluso perante a sociedade, onde este fica institucionalizado, com o intuito de correção e reabilitação do mesmo para que, futuramente, possa ser reintegrado, de novo, na comunidade.

A reclusão, pela visão dos reclusos, é considerada uma condição de vida temporária, associada a relações sociais e dinâmicas particulares. No entanto, muitos destes, pelas suas histórias de vida, mantêm, dentro da prisão, relações familiares e/ou de vizinhança que advêm do crime. Desta forma, pela reincidência, o contexto prisional pode acabar por ser, também, um local de reencontros.

Posto isto, podemos perceber que todos os indivíduos em processo de reclusão passam por um processo de transição que, segundo Meleis, trata-se de *“uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro”* (Chick & Meleis, 1986). Assim, compreendamos que, apesar de esta mudança estar normalmente associada a um evento externo, a transição, por si própria, trata-se de um processo interno. Por isso, todo o enfermeiro deve atuar na valorização da experiência da pessoa, como ser unitário, e, tendo em conta a agravante do envelhecimento populacional nos estabelecimentos prisionais, deve desenvolver estratégias que capacitem a pessoa para o autocuidado, recuperação e adaptação à nova realidade experienciada (Oliveira, Sobrinho, & Cunha, 2016).

Assim, o enfermeiro é, na maior parte dos casos, o profissional mais próximo da pessoa que se encontra em fase de transição. Este, assume um papel importante pois é o profissional de saúde mais apto para preparar a pessoa para uma transição iminente e, consequentemente, facilitar o processo de aprendizagem de novas habilidades relacionadas com a saúde e com as experiências de doença, vivenciadas e/ou ainda por vivenciar (Meleis, 2000).

É de salientar, mais uma vez, a importância do papel do enfermeiro na implementação de projetos de capacitação, principalmente relacionado com o estudo desenvolvido. Por exemplo, aquando de saída precária dos reclusos, isto é, quando estes, por bom comportamento ou outros diversos fatores avaliados e definidos pelos técnicos de reinserção social, têm oportunidade de ir a casa durante uns dias (normalmente entre 4 a 8 dias), estes levam consigo a medicação contabilizada, preparada pelos enfermeiros. Como tal, na maior parte dos casos, recorrem junto dos mesmos no sentido de esclarecer dúvidas relacionadas com o regime medicamentoso, nomeadamente, pedindo para ser especificado o horário da toma de cada medicamento prescrito. Isto acontece, também, quando os mesmos saem em liberdade: sentem necessidade de, junto dos enfermeiros, recolher a informação necessária sobre as indicações terapêuticas e respetivos medicamentos, de forma a conseguirem, sozinhos e eficazmente, fazer essa gestão em casa.

Mais uma vez, podemos perceber que o processo de capacitação é de extrema importância e que requer tempo de ambas as partes envolvidas, neste contexto específico, recluso e enfermeiro. Isto, infelizmente, é algo que não acontece porque normalmente aquando dessa necessidade, são os utentes que nos procuram e o ensino e capacitação é realizado imediatamente antes da saída dos mesmos das instalações do E.P., contrariamente a outros contextos, como por exemplo, o hospitalar, onde o planeamento da alta é um processo continuado que se inicia no momento da admissão até ao momento da saída do utente da instituição (Ramos, 2015). Como tal, e sendo que os estabelecimentos prisionais funcionam como forma de institucionalização de pessoas abolidas da liberdade, na maior parte dos casos, com patologias associadas, os pressupostos deveriam ser iguais, independentemente da especificidade do contexto em estudo.

O planeamento adequado visa o aumento da qualidade de vida dos utentes, uma vez que ao longo do mesmo são detetadas as necessidades individuais de cada indivíduo, que com a implementação de intervenções podem ser colmatadas (Ramos, 2015). No entanto, para tal é necessário haver interesse e investimento nesta área em específico.

Entende-se, por isso que, quando o regresso a casa é planeado com a devida antecedência e com a devida organização temporal e espacial, a probabilidade de assegurar as necessidades específicas de cada indivíduo e capacitá-lo, neste âmbito, em termos de

conhecimento e habilidade para a autogestão do regime terapêutico, resulta em benefício para o próprio pela diminuição dos riscos associados a patologias já existentes, permitindo, assim, que seja assegurada a continuação dos cuidados fora do E.P..

Segundo Palma, em contexto prisional, a abordagem de determinados temas com a população reclusa é quase impossível, pois estes demonstram dificuldade em evocar algumas vivências, por implicar um método de reviver todos os momentos passados até ao processo de reclusão, e em certos casos, quando sentem que, por alguma razão, expõem as suas próprias debilidades, fazem confissões ou tocam em temas delicados, todo este processo pode acabar por ser perigoso. Desta forma, entende-se que a relação de ajuda é uma ferramenta fundamental para ultrapassar todos os problemas e medos sentidos e que este deve ser um processo gradual, com início e fim (Palma, 2003).

Neste contexto específico, as normas de segurança e controlo são bastante intransigentes e, por essa razão, muitas das vezes os objetivos dos cuidados de saúde colidem com os cuidados próprios associados à reclusão.

Por ser um contexto de grande especificidade, as condições estruturais dos estabelecimentos prisionais têm como base a necessidade constante de medidas de segurança que, por sua vez, têm implicações significativas na prestação de cuidados de enfermagem (Gonçalves N. , 2014). Estas relacionam-se, principalmente, com a distorção do recluso como cliente, visto que, o acesso do mesmo aos cuidados de saúde depende da interposição dos guardas prisionais da instituição.

Desta forma, um dos principais desafios vivenciados diariamente pelos enfermeiros inseridos neste contexto passa pelo exercício da autodeterminação plena do recluso, relativamente aos cuidados de saúde, que, por sua vez, depende diretamente da necessidade constante de parceria com os guardas prisionais (Gonçalves N. , 2014). Assim, é sempre necessário conjugar as necessidades de segurança e as necessidades de saúde, sendo que ambas deveriam ser consideradas prioritárias.

Porém, as necessidades de saúde dos reclusos têm sofrido mudanças significativas ao longo das últimas décadas e, por isso, nos dias de hoje, a comunidade prisional apresenta graves problemas de saúde, tendencialmente relacionados com a toxicodependência, o

alcooolismo, doenças infetocontagiosas e, principalmente, doenças do foro mental e psiquiátrico.

Tendo em conta esta linha de pensamento, existem, ainda, problemas relacionados com o próprio ambiente onde os reclusos coabitam, que afetam significativamente o estado geral das comunidades prisionais. Como fatores influenciadores podemos considerar a sobrelotação das prisões, as poucas e limitadas condições de higiene existentes, o uso de drogas e injetáveis de forma insegura, a prática de tatuagens, as relações sexuais desprotegidas, consentidas ou não, a violência e, também, os próprios desequilíbrios a nível mental, decorrentes do próprio contexto de reclusão (Ordem dos Enfermeiros, 2012) (Organização Mundial da Saúde, 2014) (Administração Regional de Saúde do Norte, 2007).

À luz da teoria de Jean Watson, qualquer enfermeiro deve cuidar, através do envolvimento pessoal, social, moral e espiritual, permitindo o comprometimento consigo próprio e com os outros (Watson, 2004). Com isto, em contexto prisional, ao longo de todo o processo de cuidar, o enfermeiro compromete-se a participar no projeto de saúde de determinado recluso, num momento definido, mas, também, a criar uma perspetiva futura positiva para o mesmo relativamente à sua própria saúde.

Assim, para Watson o cuidado deve honrar sempre as experiências e vivências do *eu* e do *outro*, isto é, do enfermeiro e da pessoa recetora de cuidados, de maneira a preservar a humanidade da relação terapêutica, estabelecida e/ou a estabelecer (Favero, Meier, Lacerda, Mazza, & Kalinowski, 2009). Neste sentido, torna-se possível salvaguardar a dignidade humana do recluso, respeitando-o na sua totalidade e unicidade, principalmente quando este se encontra fragilizado e mais vulnerável.

Para Tavares, cuidar em contexto prisional exige ao enfermeiro competências na área pessoal, forense, formação e reinserção social (Tavares, 2009). Na mesma linha de pensamento, a OMS apela para a necessidade de formação contínua dos profissionais de saúde, com uma perspetiva direcionada para a prestação de cuidados de saúde a pessoas em situação de reclusão (Organização Mundial da Saúde, 2014).

Para Martins, a comunicação foi referenciada como ponto-chave e de extrema relevância, no entanto, muitas das vezes, esta encontra-se limitada ou pela falta de confiança por parte do recluso ou pela presença constante de guardas prisionais (Martins, 2013). Em concordância, White, Jordens e Kerrige, a relação profissional, tendo em conta os princípios éticos da mesma, é, muitas vezes, comprometida pelas próprias estruturas físicas do E.P. e pelas práticas restritivas de circulação dos reclusos no mesmo, tendo em conta o controle exercido pelas forças de segurança (White, Jordens, & Kerridge, 2015).

Na mesma linha de pensamento, para vários autores, a comunicação e a confiança influenciam positivamente a relação de ajuda estabelecida entre o profissional de saúde e o recluso, onde a ajuda humanitária acaba por ser o objetivo central do processo de cuidar, através da compreensão e respeito pelo outro (Powell, Harris, Condon, & Kemple, 2010) (Santos, et al., 2013). No entanto, esta, por vezes, é difícil de estabelecer, apesar de funcionar como um instrumento de extrema importância e essencial para os enfermeiros poderem cuidar dos utentes institucionalizados em estabelecimentos prisionais. Corroborando com isto, Parada é da opinião de que todos os profissionais desta área têm de possuir uma componente social que favoreça a sua forma de comunicar (Parada, 2013).

Posto isto, segundo Béltran e Saraiva são necessários alguns requisitos por parte do enfermeiro para desenvolver uma correta e eficaz relação de ajuda com o recluso, tais como o autoconhecimento, a empatia (capacidade de se colocar no lugar do outro, compreendendo-o), o respeito, a observação, a escuta ativa, o reforço positivo e a capacidade de identificação das necessidades expressas verbal ou não verbalmente. No entanto, para uma relação terapêutica saudável é necessário manter um certo afastamento, que promova a congruência e a autenticidade do enfermeiro para com ele próprio (Béltran, 2007) (Saraiva, 2008). Assim, o enfermeiro, através da comunicação, tem a responsabilidade de gerir as emoções sentidas pelos reclusos, pois estas não dependem das circunstâncias das experiências vivenciadas, mas sim da avaliação e atribuição de significados às mesmas.

Por outro lado, vários estudos apontam para a importância do toque enquanto meio facilitador da interação terapêutica, pelos benefícios associados à segurança, compreensão, sinceridade, respeito, apoio, preocupação, tranquilização, encorajamento, ajuda e envolvimento, permitindo cuidar a pessoa de forma íntegra. Normalmente, a

utilização do toque é intencional, por parte dos enfermeiros, na prestação de cuidados ao utente (Roxo, 2008). No entanto, pela especificidade do contexto e restrições impostas, torna-se difícil gerir e implementar este tipo de intervenção.

No cuidar transpessoal o enfermeiro é reconhecido como participante no processo de transição por estabelecer uma relação direta com a pessoa e com os sentimentos por ela vivenciados. Assim, para a pessoa, a consciência da existência desta dualidade, da relação terapêutica, permite-lhe reconhecer as suas capacidades e potencialidades, impulsionando o autocuidado e favorecendo o autocontrole (Watson, 2004).

A situação de doença em contexto prisional pode ocorrer, na maior parte dos casos, como fuga à reclusão ou como forma de expressão do sofrimento físico e/ou emocional (Filipe, 2000). Desta forma, o enfermeiro, enquanto profissional de saúde com presença marcada nos estabelecimentos prisionais, assume um papel importante na prevenção da doença, promoção da saúde e capacitação da população em reclusão. Neste sentido, a sua atuação incide, positivamente, na prevenção de situações de risco; na promoção de comportamentos e hábitos de vida saudáveis; na reintegração social dos reclusos; na prevenção e tratamento de doenças (com maior prevalência neste contexto específico) e na capacidade para apaziguar situações de tensão em meio prisional (quer entre reclusos, quer entre estes e os guardas prisionais) (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Neste sentido, consegue perceber-se que existe priorização, por parte do enfermeiro inserido neste contexto, na área de promoção da saúde, no sentido em que a saúde é um direito fundamental de todas as pessoas, assumindo-se, este, como um elemento essencial para o desenvolvimento das mesmas. Assim, a prioridade encontra-se centrada no desenvolvimento de capacidades individuais de controlo sobre a própria saúde, bem como na promoção de ambientes mais propícios para a manutenção da mesma.

Infelizmente, não existe, ainda, grande intervenção do enfermeiro na reintegração social do recluso, por este não ter grande oportunidade em participar neste tipo de processo (Ordem dos Enfermeiros, 2012), existindo técnicos que assumem esse papel. Desta forma, consegue inferir-se que, apesar das equipas responsáveis por todo o processo de reintegração social serem constituídas por técnicos de várias áreas, o enfermeiro seria um elemento-chave na capacitação do recluso e na sua reintegração na sociedade, por ser o

profissional de saúde mais presente e com maior proximidade na criação de relações de confiança.

Tendo em conta esta linha de pensamento, o enfermeiro teria, assim, grande potencial na sua atuação nos projetos de reintegração social por possibilitar e facilitar a continuidade dos cuidados de saúde, após a reclusão, nomeadamente na área da toxicodependência e patologias do foro infetocontagioso e psiquiátrico.

É de salientar, ainda, que a dignidade que o enfermeiro dedica à pessoa cuidada começa em si próprio, sendo que a sensibilidade por si mesmo favorece o autoconhecimento e autorrealização quanto à profissão (Watson, 2004), promovendo o desenvolvimento da mesma e a melhoria dos cuidados prestados.

Por fim, tendo em conta a perspetiva de Foucault, a prisão, pelo sentido direto da palavra, não deve ser caracterizada, apenas, como local onde se cumpre um “castigo”, mas sim vista como uma instituição que possibilita o controlo e/ou modificação de comportamentos menos propícios a uma vida íntegra e saudável da comunidade nela inserida (Benelli, 2004).

CAPÍTULO II: MATERIAL E MÉTODOS

Ao longo deste capítulo será abordado todo o processo metodológico implementado que possibilitou a realização do estudo.

1. Tipo de Estudo

Optou-se por um estudo quasi-experimental. Inicialmente adaptou-se o algoritmo desenvolvido por Pereira e Almeida (Pereira, 2020), para avaliação de défices de autocuidado na gestão do regime medicamentoso, por forma a ser capaz de mensurar a existência desse fenómeno, dentro de um E.P. Posteriormente, tendo em conta os défices de autocuidado evidenciados, desenvolveu-se um processo de capacitação e empoderamento dos indivíduos - todo o processo de diagnóstico e capacitação foi realizado por uma enfermeira. Finalmente, uma semana após o processo de promoção do autocuidado, foi novamente aplicado o algoritmo inicial, no sentido de mensurar possíveis ganhos em conhecimento e capacidade, atribuíveis à intervenção prévia dos enfermeiros; os resultados foram obtidos através da comparação entre os dois momentos avaliativos. Na figura 3 pode ser consultado o desenho esquemático do estudo.

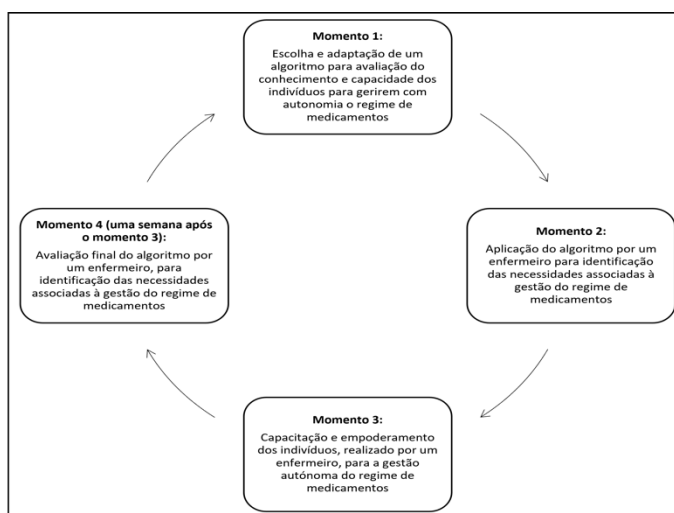


Figura 3 - Desenho do Estudo; (Simões, 2021)

2. População/Amostra

Uma população-alvo deve possuir elementos/sujeitos com características comuns. Desta forma, a amostragem é caracterizada pelo processo utilizado para selecionar um grupo de pessoas, mais restrito, que permita obter informações acerca do fenómeno em estudo. Assim, pretende-se que a população total seja representada por um subconjunto realista da mesma, denominado de amostra (Fortin M.-F. , 1999, p. 202).

Para a seleção da amostra foi utilizado um método de amostragem não probabilística denominado como amostragem intencional, acidental ou de conveniência (Fortin, 2009).

Desta forma, a população-alvo foi constituída por indivíduos reclusos, do género masculino, de um estabelecimento prisional da região norte.

Tendo em conta a pertinência do estudo e os objetivos para ele delineados, definiram-se critérios de inclusão para a seleção dos indivíduos candidatos à avaliação:

1. ter idade igual ou superior a 65 anos;
2. ter prescrito, no mínimo, 5 medicamentos;
3. estar previsto sair em liberdade, no mínimo, no prazo de seis meses.

O procedimento de avaliação inicial foi aplicado a todos os indivíduos que cumpriram os critérios supramencionados. Desta forma, todos os indivíduos que evidenciaram défices no autocuidado ao nível da gestão do regime medicamentoso, puderam ser englobados no processo de capacitação.

No entanto, com o iniciar das entrevistas foi ficando claro que existia um conjunto de indivíduos cuja capacidade cognitiva não permitia reter a informação partilhada pela enfermeira ou até mesmo compreender a sua intenção no processo de avaliação inicial, pelo que tiveram de ser excluídos da amostra. Desta forma, todos os indivíduos que apresentaram deficiência ao nível da gestão do regime medicamentoso, mas que apresentaram aptidão cognitiva, puderam ser englobados num processo de capacitação, antes do seu regresso à liberdade.

Paralelamente, o E.P. aloja, também, reclusos preventivos, isto é, com cumprimento de pena enquanto aguardam julgamento para condenação final; em outros casos, eles podem

também ser transferidos temporariamente para irem a julgamento/consultas de seguimento em cidades mais longínquas, ficando assim, alojados em E.P. mais próximos destas. Como tal, ao longo da colheita de dados e intervenção com os reclusos incluídos na amostra, foi salvaguardado que os mesmos estariam de permanência no E.P. em estudo, de forma a fazer a colheita de dados, realizar ensinios nas áreas com mais fragilidade e, por fim, passada uma semana, poder novamente reavaliar os conhecimentos e as capacidades dos mesmos.

No E.P., no momento da recolha de dados (setembro de 2021) encontravam-se em reclusão 35 indivíduos com 65 ou mais anos de idade, tendo sido excluídos 3 por estarem, possivelmente, a desenvolver um quadro demencial e não terem, por isso, competência para participar no estudo. Após a análise da folha de terapêutica de todos os participantes, foram excluídos 10 por não terem prescritos, no mínimo, 5 fármacos. Assim, a amostra final deste estudo foi constituída por 22 participantes.

3. Instrumento de recolha de dados

Todo o processo de colheita de dados deve ser realizado de forma sistemática, tendo em conta a finalidade do estudo e a informação desejada a ser obtida através da utilização de um instrumento para o efeito. Segundo Fortin, num estudo de carácter descritivo deverá ser utilizado um instrumento de colheita de dados estruturado, recorrendo a questionários ou a entrevistas estruturadas ou semiestruturadas (Fortin M.-F. , 1999).

O instrumento de recolha de dados deve, por isso, permitir explorar as variáveis que se pretendem estudar. As variáveis são representativas dos conceitos utilizados que determinam o âmbito de uma investigação, sendo o termo utilizado para a aplicação de medidas. Como tal, estas, segundo Fortin são definidas como “*qualidades, propriedades ou características de objetos, pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação*” (Fortin M.-F. , 1999).

Assim, para avaliar a capacidade dos indivíduos face ao autocuidado, no que concerne à gestão do regime terapêutico, foi aplicado o algoritmo desenvolvido por Pereira e Almeida (Pereira, 2020), para avaliar o autocuidado de pessoas idosas face à gestão do

regime de medicamentos, embora neste estudo tenha sido adaptado para ficar circunscrito às etapas de avaliação básica, ou seja, às dimensões do conhecimento sobre os fármacos e capacidade para preparar a toma diária de medicamentos (Anexo I).

Este algoritmo tem a particularidade de, em função das necessidades evidenciadas, orientar os enfermeiros para o tipo de intervenções a realizar, pelo que, olhando para um dos objetivos do estudo – verificar se a intervenção dos enfermeiros é efetiva para a reconstituição ou melhoria da autonomia – a sua utilização foi uma mais-valia.

Assim distinguem-se duas dimensões em estudo que se operacionalizam em 10 variáveis, definidas na tabela 1, que constituem o instrumento de recolha de dados adaptado (Apêndice I).

Tabela 1 - Variáveis em Estudo

Dimensão	Variável	Operacionalização da variável
Conhecimento	Indicações terapêuticas	Sabe – Se conhece todos os fármacos do regime prescrito; Não sabe – Se não conhece pelo menos um dos fármacos
	Horário das tomas	Sabe – Se conhece o horário de todos os fármacos; Não sabe – Se não conhece pelo menos um dos horários
	Dose do fármaco	Sabe – Se refere corretamente todas as doses; Não sabe – Se erra na dose de algum fármaco;
	Como tomar	Sabe – Se refere corretamente o procedimento; Não sabe – Se erra no procedimento;
	Cuidados a ter	Sabe – Se refere os principais cuidados a ter; Não sabe – Se não conhece os principais cuidados a ter;
Capacidade	Selecionar os medicamentos	Sabe – Se seleciona corretamente todos os fármacos; Não sabe – Se se esquece de algum fármaco;
	Manipular o fármaco	Sabe – Se não tem dificuldades em manipular; Não sabe – Se evidencia alguma dificuldade ao manipular;
	Preparar a dose correta	Sabe – Se prepara a dose correta; Não sabe – Se não prepara a dose correta;
	Tomar o fármaco	Sabe – Se demonstra como se toma o fármaco;

		Não sabe – Se não sabe como tomar o fármaco;
	Avaliar o prazo de validade	Sabe – Se consegue realizar a tarefa; Não sabe – Se não consegue realizar a tarefa;

4. Procedimentos de recolha de dados

Após a autorização da Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, organismo integrado no Ministério da Justiça, deu-se início ao processo de recolha dos dados. Para tal foi solicitada uma listagem dos indivíduos que cumpriam com os critérios de inclusão definidos para a seleção da amostra.

De seguida, os mesmos foram convidados a participar no estudo presencial e formalmente esclarecidos acerca de todos os pormenores da investigação. Para tal, as entrevistas foram concebidas em local próprio, dentro do E.P., que permitiu a criação e estabelecimento de uma relação terapêutica promotora da concretização dos objetivos a atingir.

Tal como foi referido anteriormente, foram avaliadas, apenas, as dimensões do conhecimento e capacidade para preparar a toma diária de medicamentos, com auxílio de um instrumento de recolha de dados adaptado, a todos os reclusos que, após terem sido devidamente esclarecidos e assinarem o documento de consentimento livre e esclarecido (Apêndice III), aceitaram participar no estudo.

Após a avaliação inicial, foram convidados a participar no processo de capacitação para a gestão do regime de medicamentos, os indivíduos que evidenciaram défices de autocuidado. Nesta fase foi necessário implementar intervenções no sentido de promover o aumento do conhecimento que os reclusos detêm acerca do seu regime terapêutico e, também, a aquisição de habilidades para a gestão do mesmo (tendo em conta o tipo de medicamento e horário da toma, segundo prescrição médica).

Após o processo de capacitação, o instrumento de avaliação foi novamente aplicado, uma semana após, no sentido de perceber a evolução face ao *status* inicial. Por essa razão, um dos critérios de inclusão na amostra foi baseado no tempo de pena a cumprir (mínimo de seis meses), para otimizar o período de intervenção.

Acresce dizer que a utilização do algoritmo utilizado na recolha de dados foi autorizada pelos autores (Anexo II).

5. Procedimentos Legais e Éticos

O Conselho Internacional de Enfermeiros, baseado nos princípios gerais da investigação em Enfermagem, afirma que “*os enfermeiros têm a obrigação de salvaguardar os direitos humanos em todo o tempo e em todas as situações*” (Nunes, 2020, p. 11). Assim, deve ser assegurada a prestação de cuidados adequada, tendo em conta os recursos disponíveis de acordo com os princípios éticos.

Desta forma, são seis os princípios éticos que devem estar salvaguardados ao longo de todo o processo de investigação: beneficência; avaliação da maleficência, no sentido de prever e avaliar possíveis riscos; fidelidade, pelo estabelecimento de uma relação de confiança mútua entre o participante e o investigador; justiça, baseado na equidade e igualdade; veracidade, associado ao consentimento livre e esclarecido; e, por fim, a confidencialidade, garantindo o anonimato (Nunes, 2020, pp. 11-12).

Como tal, o estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica (Anexo III) e pela Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (Anexo IV), organismo integrado no Ministério da Justiça, onde está englobado o E.P.

Não se previu que, em momento algum, a participação no estudo pudesse causar algum dano ou acarretar riscos para os participantes. Caso fosse identificada alguma necessidade em saúde, a mesma seria comunicada de imediato à equipa de saúde do E.P.

A participação no estudo, foi de carácter voluntário e, por isso, careceu de autorização prévia através da assinatura do consentimento livre e esclarecido por parte dos participantes. Como tal, foram previamente informados sobre os principais objetivos e finalidade do estudo (Apêndice II), bem como poderiam desistir de participar no estudo, em qualquer instante do mesmo.

As potenciais vantagens para os participantes deste projeto, para além da sua capacitação para poderem gerir autonomamente o seu regime de medicamentos, estão intimamente

relacionadas com os contributos possíveis para o avanço do conhecimento na disciplina de enfermagem, neste contexto com diversas especificidades, melhorando a prestação dos cuidados, a promoção da saúde e bem-estar das pessoas, consignando-se, assim, o princípio da beneficência (Fortin, 1999).

A informação recolhida foi codificada de forma a preservar a confidencialidade dos dados e dos participantes, sendo posteriormente destruída após o término do estudo. É de realçar, que não foi recolhida qualquer informação sensível que permitisse identificar os participantes.

Os dados recolhidos foram tratados com total precisão, centrada na veracidade dos mesmos, independentemente dos resultados obtidos. A exposição pública dos resultados foi efetuada salvaguardando a identidade dos indivíduos e instituições envolvidas.

6. Processamento dos Dados

Os dados recolhidos foram codificados e tratados recorrendo à ferramenta informática *Statistical Package for the Social Science 26* (SPSS).

Uma vez que a amostra foi constituída por apenas 22 participantes, utilizaram-se testes estatísticos não paramétricos. Para a análise descritiva das variáveis utilizaram-se as principais medidas de tendência central; para comparar o desenvolvimento de competências entre o ponto inicial e o estado após a intervenção de enfermagem, utilizou-se o teste de *McNemar*.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

A presente análise descritiva dos dados obtidos no âmbito deste estudo é resultante de entrevistas realizadas em dois momentos distintos, sendo que a primeira serviu apenas para avaliar a existência de défices nos parâmetros em avaliação e a segunda, realizada uma semana após a implementação de intervenções de enfermagem, para perceber se estes foram colmatados e, assim, avaliar os ganhos em saúde obtidos.

- **Competência para assumir autonomamente a gestão do regime terapêutico**

A primeira questão de investigação do estudo indagava se os reclusos, com, ou mais de, 65 anos e com regimes medicamentosos complexos, estariam preparados para assumir a gestão do regime de medicamentos prescritos, no momento do seu regresso à liberdade. Para isso, tal como já foi descrito, aplicou-se um algoritmo para testar os conhecimentos e capacidades das pessoas em reclusão num E. P.

Conhecimento para assumir a gestão do regime terapêutico:

Na tabela 2 podem ser consultados os principais resultados associados ao domínio do conhecimento.

Tabela 2 - Resultados obtidos sobre o conhecimento para a gestão do regime terapêutico (inicial)

Conhecimento necessário para assumir a autonomia na gestão do regime de medicamentos	Conhecimento demonstrado		Conhecimento não demonstrado	
	n	%	n	%
Indicações terapêuticas	2	9,1	20	90,9
Horário das tomas	11	50	11	50
Dose do fármaco	1	4,5	21	95,5
Como tomar o fármaco	17	77,3	5	22,7
Cuidados a ter com o fármaco	21	95,5	1	4,5

Constata-se que não há domínio do conhecimento acerca das indicações terapêuticas, dose e cuidados a ter com o fármaco, que permitam afirmar que os indivíduos estão capazes de assumir autonomamente a gestão do regime de medicamentos. Por outro lado, pode observar-se a existência de algum conhecimento relacionado com a forma como tomar o fármaco, bem como os cuidados a ter com o mesmo. Relativamente aos horários

das tomas, metade dos participantes possuem conhecimento sobre esse âmbito, havendo défice na restante metade.

Capacidade para assumir a gestão do regime terapêutico:

Na tabela 3 podem verificar-se os principais resultados associados ao domínio da capacidade.

Tabela 3 - Resultados obtidos sobre a capacidade para a gestão do regime terapêutico (inicial)

Capacidade de desempenho para assumir autonomamente a gestão do regime	Capacidade demonstrada		Capacidade não demonstrada	
	n	%	n	%
Selecionar os medicamentos	14	63,6	8	36,4
Manipular o fármaco	21	95,5	1	4,5
Preparar a dose correta	1	4,5	21	95,5
Tomar o fármaco	22	100	0	0
Avaliar o prazo de validade	18	81,8	4	18,2

Comprova-se que há domínio da capacidade sobre como seleccionar os medicamentos, manipulá-los, fazer a sua toma e avaliar o seu prazo de validade. Simultaneamente, podemos perceber que a grande maioria não é capaz de preparar a dose correta do fármaco, facto que poderá acarretar graves problemas aquando do regresso à liberdade.

- **Ganhos em Saúde associados à intervenção de Enfermagem**

A segunda questão de investigação do estudo indagava se os enfermeiros seriam capazes de capacitar os reclusos, com défice no autocuidado, para assumir a gestão autónoma do seu regime de medicamentos. Para isso, tal como já foi descrito, aplicou-se, novamente, o algoritmo inicial para testar os conhecimentos e capacidades das pessoas em reclusão num E. P., uma semana após ter sido dado como concluído o processo de capacitação dos indivíduos.

Conhecimento para assumir a gestão do regime terapêutico:

Na tabela 4 podem ser consultados os principais resultados associados ao domínio do conhecimento.

Tabela 4 - Resultados obtidos sobre o conhecimento para a gestão do regime terapêutico (final)

Conhecimento necessário para assumir a autonomia na gestão do regime de medicamentos	Conhecimento demonstrado		Conhecimento não demonstrado	
	n	%	n	%
Indicações terapêuticas	17	77,3	5	22,7
Horário das tomas	19	86,4	3	13,6
Dose do fármaco	4	18,2	18	81,8
Como tomar o fármaco	22	100	0	0
Cuidados a ter com o fármaco	21	95,5	1	4,5

Constata-se que neste segundo momento a grande maioria já tinha conhecimento acerca das indicações terapêuticas, e do horário das tomas, verificando-se, ainda, o domínio total acerca de como deveriam ser tomados os fármacos; simultaneamente, mantém-se uma grande lacuna de conhecimentos relativa à dose. Em termos de conhecimento sobre os cuidados a ter com o fármaco, não se verificou nenhuma evolução.

Sendo objetivo deste estudo a mensuração de possíveis ganhos em conhecimento atribuíveis à intervenção dos enfermeiros, aplicou-se o teste *McNemar* para averiguar a existência de diferenças estatísticas significativas entre os dois momentos (tabela 5).

Tabela 5 - Comparação dos resultados obtidos sobre o conhecimento para a gestão do regime terapêutico e níveis de significância

Conhecimento necessário para assumir a autonomia na gestão do regime de medicamentos	Conhecimento demonstrado (inicial)		Conhecimento demonstrado (final)		Teste de McNemar
	n	%	n	%	p
Indicações terapêuticas	2	9,1	17	77,3	<0,001
Horário das tomas	11	50	19	86,4	0,008
Dose do fármaco	1	4,5	4	18,2	0,250
Como tomar o fármaco	17	77,3	22	100	0,630
Cuidados a ter com o fármaco	21	95,5	21	95,5	1,000

Como tal, estatisticamente, podemos verificar que houve uma evolução significativa em termos de aquisição de conhecimento sobre as indicações terapêuticas e o horário das tomas (por $p < 0,05$), embora a tabela permita constatar, também, essa evolução ao nível dos domínios da dose e de como tomar o fármaco.

Capacidade para assumir a gestão do regime terapêutico:

Na seguinte tabela 6 são observáveis os principais resultados associados ao domínio da capacidade.

Tabela 6 - Resultados obtidos sobre a capacidade para a gestão do regime terapêutico (final)

Capacidade de desempenho para assumir autonomamente a gestão do regime	Capacidade demonstrada		Capacidade não demonstrada	
	n	%	n	%
Selecionar os medicamentos	21	95,5	1	4,5
Manipular o fármaco	21	95,5	1	4,5
Preparar a dose correta	4	18,2	18	81,8
Tomar o fármaco	22	100	0	0
Avaliar o prazo de validade	22	100	0	0

No segundo momento, é visível que os indivíduos estão já capazes de selecionar, manipular e tomar os fármacos sem ajuda, bem como avaliar o seu prazo de validade. No entanto, ao nível da preparação da dose correta observam-se ainda muitos erros, que poderão comprometer todo o processo de gestão do regime medicamentoso após o regresso à liberdade.

Tendo em conta o objetivo deste estudo, ou seja, mensurar possíveis ganhos no domínio da capacidade para gerir autonomamente o regime, após a intervenção dos enfermeiros, foi aplicado o teste *McNemar* para averiguar a existência de diferenças estatísticas significativas entre os dois momentos (tabela 7).

Tabela 7 - Comparação dos resultados obtidos sobre a capacidade para a gestão do regime terapêutico e níveis de significância

Capacidade de desempenho para assumir autonomamente a gestão do regime	Capacidade demonstrada (inicial)		Capacidade demonstrada (final)		Teste de McNemar <i>p</i>
	n	%	n	%	
Selecionar os medicamentos	14	63,6	21	95,5	0,016
Manipular o fármaco	21	95,5	21	95,5	1,000
Preparar a dose correta	1	4,5	4	18,2	0,250
Tomar o fármaco	22	100	22	100	1,000
Avaliar o prazo de validade	18	81,8	22	100	0,125

Desta forma, após a análise estatística dos resultados, pôde constatar-se que houve uma evolução significativa em termos de capacidade, apenas ao nível da seleção dos

medicamentos (por $p < 0,05$), embora a consulta da tabela permita dizer que essa evolução também aconteceu ao nível da preparação da dose correta e avaliação dos prazos de validade. O teste de *McNemar*, relativamente aos parâmetros “tomar o fármaco” e “manipular o fármaco”, não apresenta significância, por não existir evolução, entre os dois momentos.

1. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Para Fortin, a discussão de resultados deve incluir a apresentação dos mesmos, na atribuição de um significado, por parte do investigador, aos dados obtidos. Como tal, o investigador faz uma interpretação dos resultados, segundo o contexto em estudo, referindo as implicações dos mesmos para projetos de investigação futuros. Por essa razão, *“discute os principais resultados da investigação em função do problema de investigação, das questões ou hipóteses e estabelece comparações entre os resultados do seu estudo e dos outros trabalhos de investigação”* (Fortin M.-F. , 1999). É neste subcapítulo que, por essa razão, são dadas respostas às questões de investigação que conduziram todo o estudo, pela aplicação do teste de *McNemar*, teste não paramétrico, com escala nominal, que nos permite avaliar mudanças significativas “antes” e “depois”, onde cada indivíduo é utilizado como seu próprio controlo, através de uma intervenção de enfermagem (Firmino, 2015).

Assim, numa primeira fase e de forma a responder à primeira questão de investigação, foi aplicado um algoritmo onde foram avaliados conhecimentos e capacidades, de forma a perceber se a população reclusa com 65 anos de idade, ou mais, e com regimes medicamentosos complexos, estariam preparados para assumir a gestão do regime terapêutico, no momento do regresso a casa, isto é, da saída em liberdade.

Relativamente ao conhecimento demonstrado, a maior parte dos reclusos, incluídos na amostra, demonstram-se capazes nos domínios: “como tomar o fármaco”, pela obrigatoriedade no E.P. da realização da toma assistida; e “cuidados a ter com o fármaco”, pois antes do processo de reclusão, já o faziam em casa, quer para si próprios, quer para os companheiros ou, no passado, para os filhos e/ou pessoas deles dependentes.

Por outro lado, os indivíduos não demonstraram conhecimento nos domínios: “indicações terapêuticas”, pois a tendência é aceitar a prescrição farmacológica sem questionamento sobre o que o médico prescreve e respetiva justificação para tal (sendo que, este aspeto vai de encontro à literatura encontrada, relacionando-se com a tipologia do autocuidado formalmente guiado (Sequeira, 2011)); “dose do fármaco”, pois na maior parte dos casos a medicação é imediatamente descapsulada, antes de cada toma, de forma a facilitar o processo de toma assistida, sendo que, na geralmente, não é possível, pela fisionomia do comprimido, perceber qual a dose prescrita e não existe sentido de procura de ajuda prévia para este esclarecimento; e “horário das tomas”, que, consequentemente, por não saberem as indicações terapêuticas, não associam o nome do fármaco ao horário da toma para ele estabelecido.

Relativamente à capacidade demonstrada, a maior parte dos indivíduos mostraram-se capazes nos domínios: “selecionar os medicamentos”, por se tratar de um procedimento diário, decoram facilmente a quantidade e forma/cor dos comprimidos de acordo com cada toma; “manipular o fármaco”, conseguindo, sem dificuldade, retirá-lo da caixa respetiva e do invólucro (apesar de, na maior parte das tomas, a medicação já estar descapsulada); “tomar o fármaco”, também por ser um procedimento diário, sabem que têm de trazer água consigo para facilitar a toma assistida no momento da entrega da medicação; e “avaliar o prazo de validade”, pois sabem onde e como o podem fazer e mesmo não tendo estes acesso às caixas dos fármacos, sabem que em alguns invólucros é possível fazer esta avaliação. É necessário frisar que, aquando da mudança de fornecedor e/ou laboratório farmacêutico, os domínios de “selecionar os medicamentos” e “tomar o fármaco” podem ficar comprometidos, pela inexistência de conhecimento prévio acerca desta mudança.

Em termos de capacidade não demonstrada, apenas se denotou maior dificuldade no domínio “preparar a dose correta”, uma vez que, a ausência de conhecimento verificada anteriormente, interfere diretamente com este fenómeno.

Numa segunda fase e, tendo em conta a segunda questão de investigação formulada, foi avaliada a capacidade dos enfermeiros em capacitar os reclusos, que apresentaram défice no autocuidado, para assumir autonomamente a gestão do seu regime terapêutico, no primeiro momento de avaliação. Para tal, foi aplicado novamente o algoritmo utilizado,

de forma a testar conhecimentos e capacidades, uma semana após a conclusão da intervenção no sentido da capacitação dos indivíduos.

Assim, em termos de conhecimentos, a maior parte dos indivíduos demonstrou conhecimento nos domínios: “indicações terapêuticas”, pela verbalização do nome e justificação pela qual fariam determinado fármaco; “horário das tomas”, pela capacidade de atribuir o nome de cada um dos fármacos prescritos ao horário estipulado; “como tomar o fármaco”, em que todos os indivíduos incluídos no processo demonstraram conhecimento neste âmbito; e “cuidados a ter com o fármaco”, que apesar de não existir evolução em comparação com o primeiro momento, quase todos os indivíduos relatam sem dificuldade de que forma podem conservar a medicação.

No entanto, em termos de conhecimento não demonstrado, este encontra-se relacionado com o domínio “dose do fármaco”, talvez pelo regime medicamentoso complexo que os indivíduos possuem e pela necessidade de assimilar nomes e doses correspondentes, sendo que a medicação na maior parte dos casos é-lhes entregue descapsulada.

Por outro lado, em termos de capacidade, a maior parte dos indivíduos demonstrou-se capaz nos domínios: “selecionar os medicamentos”, pois o conhecimento adquirido acerca das indicações terapêuticas facilitou este procedimento, embora a seleção dos comprimidos e separação por tomas fosse ainda influenciada pela noção presente acerca da forma e cor destes; “manipular o fármaco”, demonstrando capacidade em retirar o blister da caixa e retirar o comprimido do invólucro; “tomar o fármaco” e “avaliar o prazo de validade”, demonstrando-se, todos os indivíduos da amostra, capazes de realizar o procedimento sem qualquer dificuldade.

É, também, nesta fase que se faz a comparação entre os dois momentos (inicial e final), de forma a perceber os ganhos obtidos, pela intervenção de enfermagem, detalhadamente em cada domínio avaliado. Para tal, pelo uso do teste de *McNemar*, pudemos ver com clareza os principais ganhos, pelo grau de significância obtido.

Embora pela observação dos resultados se possam verificar melhorias em grande parte dos domínios, estatisticamente, pela comparação do conhecimento existente antes da intervenção e após a mesma, constatamos que houve uma evolução significativa relacionado com as indicações terapêuticas e horário das tomas (por $p < 0,05$).

Em termos de capacidade, embora todos os domínios sofressem de uma evolução positiva após a intervenção, apenas se denotou uma evolução significativa ao nível da seleção dos medicamentos. Relativamente aos domínios “tomar o fármaco” e “manipular o fármaco”, o teste de *McNemar* não apresenta significância, pela inexistência de evolução entre os dois momentos de avaliação.

Embora os dados estatísticos obtidos reflitam pouca evolução nos domínios avaliados, em termos de significância, os mesmos vão de encontro à bibliografia consultada onde é realçada a importância do enfermeiro em todo o processo de capacitação. Por serem os profissionais mais próximos da comunidade prisional, têm a oportunidade de avaliar as necessidades das pessoas, desenvolver estratégias e dar respostas individuais aos problemas identificados. Como tal, entendemos que o enfermeiro deve, segundo o Artigo 101.º - Do dever para com a comunidade -, do Código Deontológico, conhecer as necessidades da população alvo de cuidados, orientando a procura de soluções para os problemas de saúde, previamente identificados (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Tendo em conta o paradigma demográfico que o país atravessa, uma das preocupações centrais dos profissionais de saúde passa pela promoção de um envelhecimento ativo que, englobando vários fatores, se traduz num processo de otimização em saúde, que considera o desenvolvimento e manutenção de capacidades funcionais como aspetos centrais do fenómeno, favorecendo a avaliação da interação de competências intrínsecas (físicas e mentais) com o meio envolvente (Organização Mundial da Saúde, 2015).

Como tal, sendo a gestão eficiente do regime terapêutico a problemática em estudo, podemos inferir que, de acordo com os resultados obtidos, esta pode ser influenciada por regimes medicamentosos complexos, pela forma como a pessoa encara a transição saúde-doença, crenças e ideais, idade e personalidades próprias, bem como pela relação terapêutica existente entre o indivíduo e o profissional de saúde, tal como se previu na bibliografia consultada (Joyce-Moniz & Barros, 2005). Assim, direcionando esta perspetiva para a população envelhecida, percebemos, também, o papel determinante que o enfermeiro assume na promoção do uso racional dos fármacos prescritos, prevenindo assim futuras complicações relacionadas com as comorbilidades presentes e promovendo a gestão e, consequente, adesão ao regime terapêutico (Serviço Nacional de Saúde, 2017) (Gonçalves O. , 2019).

Assim, apesar de o exercício da profissão de enfermagem representar, todos os dias, um desafio para a prática, exigindo uma constante reflexão crítica por parte dos enfermeiros e acerca das intervenções que prescrevem, de maneira a melhorar o processo de tomada de decisão inerente às mesmas. Desta forma, reúnem-se todas as condições para existir uma visão holística da pessoa cuidada. Assim, à luz do Artigo 102.º - Dos valores humanos -, também, do Código Deontológico, todos os enfermeiros deverão prestar cuidados sem qualquer prejuízo pela situação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa do recluso (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Assim, o cumprimento de normas éticas e deontológicas representa um dos maiores paradigmas da prática, uma vez que surgem dilemas e conflitos morais por se tratar de uma comunidade de pessoas em reclusão, verificando-se a estigmatização dos mesmos pelo historial de vida que os colocaram na presente situação.

CONCLUSÕES

O presente estudo propôs-se inicialmente a avaliar as capacidades dos indivíduos para a gestão do regime terapêutico: avaliando o conhecimento sobre os medicamentos prescritos e as capacidades para a preparação da medicação, de acordo com a prescrição médica; e posteriormente a testar se a intervenção de enfermagem face ao fenómeno em estudo seria, potencialmente, efetiva para melhorar o autocuidado face à gestão do regime medicamentoso. Tendo em conta o trabalho elaborado e os resultados nele apresentados, consideramos que os objetivos anteriormente mencionados foram atingidos.

Assim, ao longo deste trabalho, face às conclusões retiradas, podemos perceber que o enfermeiro poderá ter, neste contexto específico, um papel determinante na assistência e intervenção junto das pessoas, mobilizando competências que poderão fortalecer e ser determinantes para o futuro destas. A gestão do regime terapêutico, acarreta a necessidade de existência de conhecimento e capacidade por parte do indivíduo, podendo, na população em geral, mas mais especificamente na amostra do estudo, tornar-se num processo de adaptação complexo e causador de *stress*. Neste sentido, o enfermeiro constituiu-se como um fator facilitador na promoção da realização saudável da transição saúde-doença, detetando precocemente possíveis défices existentes no âmbito do autocuidado, intervindo junto da pessoa de forma a potenciar o aumento de conhecimentos e capacidades, facilitando, assim, a gestão do regime medicamentoso aquando da saída em liberdade.

Os resultados deste estudo permitem constatar que é evidente a presença de uma relação positiva entre a capacitação do indivíduo e a intervenção de enfermagem. Observou-se melhorias significativas, tendo em conta o pouco tempo de intervenção, em termos da gestão do regime terapêutico, relativamente ao conhecimento e capacidade para o mesmo.

Generalizando, podemos entender que os resultados obtidos vão de encontro à bibliografia consultada, no que toca à relevância do papel do enfermeiro, enquadrado numa equipa multidisciplinar, como mediador e/ou parceiro de cuidados, potenciando a humanização dos mesmos, a reorientação para o estilo de vida pretendido e, tendo em conta o aumento da longevidade, a manutenção ou melhoria da qualidade de vida da pessoa.

Sendo a amostra constituída apenas por 22 indivíduos, limitada pela institucionalização de reclusos com a faixa etária pretendida para o presente estudo, no momento da recolha de dados, considera-se que, futuramente, será necessário obter uma maior representatividade da realidade populacional do contexto. Como tal, é realçada a importância de estudos deste foro por parte dos profissionais de saúde e investigadores de instituições de saúde, uma vez que são estas que nos permitem ter um acesso privilegiado a este tipo de população. Como tal, entendemos que as principais limitações durante o processo de investigação se prenderam com a população acessível no momento da recolha de dados que, apesar de ser uma dificuldade que não se pôde contornar, não nos permite ter uma maior capacidade de generalização. Por outro lado, apesar da colheita de dados ter permitido a partilha de experiências de vida, tendo em conta a problemática em estudo, este sendo de abordagem quantitativa, não permite a exploração de narrativas e dos sentimentos dos participantes.

Como sugestão para investigações futuras, apontamos para a realização de mais estudos nesta área de tão grande especificidade que, em Portugal, ainda é tão pouco explorada. Simultaneamente, a realização de estudos de foro qualitativo talvez nos permita compreender integralmente a comunidade em reclusão, de forma a relacionar todas as variáveis envolvidas em todo este processo, em termos de saúde, permitindo, assim, dar uma melhor resposta às necessidades individuais da pessoa.

Na perspetiva do presente trabalho, conseguimos prever que um programa de capacitação para a autogestão do regime terapêutico em idosos, como também na restante comunidade prisional, poderá ser um fator facilitador da sua reintegração na sociedade, aquando do regresso em liberdade, pelo empoderamento da pessoa sobre a sua própria saúde.

Como tal, existe, ainda, pouca investigação em enfermagem neste tipo de contexto, sendo, por isso, necessário fomentar a reflexão dos profissionais nele inserido e, consequentemente, promover a procura de soluções para os vários problemas inerentes à vivência da reclusão. Desta forma, tendo em conta os aspetos anteriormente referidos, torna-se necessário aumentar a produção do *corpus* de conhecimento, com o intuito de salvaguardar e promover o *empowerment* dos enfermeiros.

Em suma, a elaboração da presente dissertação favoreceu um aumento do conhecimento existente acerca da problemática estudada, tendo, assim, consciência que este trabalho representa uma mais-valia para futuras produções científicas, essencialmente, relacionadas com a gestão do regime terapêutico na população mais envelhecida, uma tendência que tem vindo a aumentar em contextos específicos e em situações complexas (como o processo de reclusão em estabelecimentos prisionais). Assim, este percurso formativo proporcionou uma grande oportunidade de crescimento pessoal e profissional, essencialmente justificado pelo alcance dos objetivos inicialmente propostos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde do Norte. (setembro de 2007). O VIH/Sida em meio prisional. Departamento de Saúde Pública. Norte.
- Afonso, P. (maio de 2020). O Impacto da Pandemia COVID-19 na Saúde Mental. *Cartas ao Editor, Acta Medica Portuguesa*, 33(5), 351-358.
- Almeida, A. (novembro de 2009). A reconstrução da autonomia face ao autocuidado após um evento gerador de dependência - estudo exploratório em contexto domiciliar. Porto: Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde.
- Almeida, A. (fevereiro de 2017). Funcionalidade e vulnerabilidade em pessoas idosas: Implicações para os Cuidados de Enfermagem. Porto: Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde.
- Assembleia da República. (2005). *VII Revisão Constitucional*. Obtido em outubro de 2021, de Constituição da República Portuguesa: <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>
- Azevedo, J., Baptista, I., Vieira, I., Azevedo, A., Magalhães, P., Dias, S., & Martins, F. (2009). Porto Solidário – Diagnóstico Social do Porto. (U. C. Portuguesa, Ed.) Porto: Fundação Porto Social.
- Backman, K., & Hentinen, M. (3 de setembro de 1999). Factors associated with the self-care of homedwelling elderly. *Scandinavian Journal of Advanced Nursing*, 30, 195-202.
- Béltran, C. R. (2007). Comunicación y Continuidad de Cuidados. El sistema de las tres "C". *Temperamentvm*, 6.
- Benelli, S. J. (dezembro de 2004). A Instituição total como agência de produção de subjetividade na sociedade disciplinar. *Estudos de Psicologia (Campinas)*.
- Cabral, M. V., & Silva, P. A. (2010). A adesão à terapêutica em Portugal : atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas, os hábitos de saúde e o consumo de medicamentos. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Cabral, M., Ferreira, P., Silva, P., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

- Carvalho, E. (fevereiro de 2009). Cuidados de Enfermagem na Terceira Idade. Porto: Hospital São João.
- Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transitions: A nursing concern. Em P. Chinn, *Nursing research methodology* (pp. 237-257).
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIFE)*. Lusodidacta.
- Diário da República. (11 de abril de 2011). *Decreto-Lei n.º 51/2011*. Ministério da Justiça.
- Diário da República. (2015). *Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*.
- Direção-Geral da Saúde. (2006). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. 5-6.
- Duque, H. (2009). O doente dependente no autocuidado - estudo sobre a avaliação e ação profissional dos enfermeiros. Porto: Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde.
- Favero, L., Meier, M. J., Lacerda, M. R., Mazza, V. d., & Kalinowski, L. C. (2009). Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira. *Ata Paulista de Enfermagem*.
- Filipe, M. H. (2000). Cuidar na Prisão: Um Estudo Fenomenológico. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Firmino, M. J. (2015). Teste de hipóteses: uma abordagem não paramétrica. 96. Lisboa: Universidade de Lisboa - Faculdade de Ciências: Departamento de Estatística e Investigação Operacional.
- Fortin, M.-F. (1999). O Processo de Investigação. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Fortin, M.-F. (1999). O processo de Investigação: Da conceção à realização. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Fortin, M.-F. (março de 2009). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Lusodidacta.
- Giddens, A. (2000). *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gonçalves, N. (2014). Cuidar entre as grades: vivências dos enfermeiros.
- Gonçalves, O. (janeiro de 2019). Promoção da autogestão do regime terapêutico em pessoa com doença cardiovascular: construção de um procedimento de

- enfermagem. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo - Escola Superior de Saúde.
- Helena, D. S., Silva, P., & Gonçalves, A. (1 de janeiro de 2020). Capacidade funcional e atividades de vida diária no envelhecimento. *1.ª*, 204-218. editora científica.
- Imaginário, C. (16 de julho de 2018). Perfil de Autocuidado de Idosos Institucionalizados em Equipamentos Residenciais para Pessoas Idosas no Distrito de Vila Real . Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). Censos 2011 - resultados definitivos. Portugal.
- Instituto Nacional de Estatística. (31 de março de 2020). Projeções de população residente 2018-2080. 1-21. Portugal.
- Jacob, L. (2013). Envelhecimento e Economia Social: Perspetivas Atuais. *Envelhecimento da população*. Viseu.
- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2005). Psicologia da doença para cuidados de saúde: Desenvolvimento e intervenção. Porto: Edições ASA.
- Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *12(2)*, pp. 62-67.
- Martins, J. (2013). A prática da Saúde em contexto Prisional: Relação entre Profissionais de Saúde e Reclusos. Universidade Fernando Pessoa.
- Meleis, A. I. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*.
- Nunes, L. (junho de 2020). Aspetos Éticos na Investigação em Enfermagem.
- Oliveira, A. d., Sobrinho, N. d., & Cunha, B. A. (2016). Manuseio da dor crônica em pacientes oncológicos pela equipe de enfermagem. *Revista Dor*.
- Ordem dos Enfermeiros. (novembro de 2012). Condições do exercício profissional de Enfermagem em Estabelecimentos Prisionais. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico*. Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (1980). Em D. E. Orem, S. G. Taylor, & K. M. Renpenning, *Nursing : concepts of practice* (p. 231). St. Louis : Mosby.
- Organização Mundial da Saúde. (1997). Programme on mental health.
- Organização Mundial da Saúde. (2002). Active Ageing: a policy framework. Geneva.

- Organização Mundial da Saúde. (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva. Obtido em novembro de 2021, de World Health Organization: http://www.who.int/chronic_conditions/adherence/en/
- Organização Mundial da Saúde. (2014). *Prisons and Health*.
- Organização Mundial da Saúde. (2015). Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health. Geneva.
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *Resumo: Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Organização Mundial da Saúde.
- Palma, A. d. (2003). Sobrepenas: os excessos na execução penal. Curitiba.
- Parada, A. F. (2013). Enfermagem nos Estabelecimentos Prisionais. Universidade Fernando Pessoa.
- Pereira, A. (2020). *Doentes Crónicos Complexos Utilizadores Frequentes do Serviço de Urgência*. Porto: Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde.
- Pereira, A. (2020). *Doentes Crónicos Complexos Utilizadores Frequentes do Serviço de Urgência*. Porto.
- Powell, J., Harris, F., Condon, L., & Kemple, T. (junho de 2010). Nursing care of prisoners: staff views and experiences. *Journal of advanced nursing*.
- Provedor da Justiça. (2003). As nossas Prisões. Lisboa: Provedoria de Justiça.
- Provedor de Justiça. (2008). *Relatórios Sociais*. Lisboa: Provedoria de Justiça.
- Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (nov./dez. de 2014). *Revista de Enfermagem Referência, Série IV - n.º 3*, 157-164.
- Ramos, S. A. (2015). A influência do planeamento da alta hospitalar no número de dias de internamento do doente. Lisboa.
- Rasenen, P., Backman, K., & Kyngas, H. (2007). Development of an instrument to test the middle-range theory for the self-care of home dwelling elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21, n.º 3, 397-405.
- Roxo, J. R. (2008). O Toque na prática clínica. *Referência*, 77-89.
- Söderhamn, O. (2000). Self-care Activity as a Structure: A Phenomenological Approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 7, 183-189.
- Santana, I., Duro, D., Lemos, R., Costa, V., Pereira, M., Simões, M. R., & Freitas, S. (2016). Mini-Mental State Examination: Avaliação dos Novos Dados Normativos

- no Rastreio e Diagnóstico do Défice Cognitivo. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 242.
- Santos, C. (dezembro de 2013). Envelhecimento em contexto prisional. Porto, Portugal: Instituto Superior de Serviço Social do Porto.
- Santos, F. S., Valente, G., Carmo, L. S., Santos, M., Santos, I., & Penha, M. (2013). Nursing care in prison by Waldow: between the profesional and the affectionate. *Enfermería Global: Revista Electrónica trimestral de enfermería*, 290-315.
- Saraiva, D. M. (fevereiro de 2008). *Nursing*, 230, 14-20.
- Sequeira, C. (2010). Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa: Lidel-edições técnicas, lda.
- Sequeira, E. (maio de 2011). Os perfis de autocuidado dos clientes dependentes: estudo exploratório numa Unidade de Saúde Familiar. Porto: Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde.
- Sequeira, E. (maio de 2011). Os Perfis de Autocuidado dos clientes dependentes: estudo exploratório numa Unidade de Saúde Familiar. 25-26. Porto: Universidade Católica Portuguesa.
- Serviço Nacional de Saúde. (10 de julho de 2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. *Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º 12427/2016)*.
- Sidani, S. (2011). Self-care. Em D. Doran, *Nursing outcomes : the state of the science* . Sudbury, Mass. : Jones & Bartlett Learning.
- Silva, E. (2019). A pessoa dependente no autocuidado com potencial para melhorar: construção de um instrumento de avaliação. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Silvestre, H., & Araújo, J. (2011). Metodologia para a Investigação Social. 1ª, 1-172. Escolar Editora.
- Sousa, L. M., Marques-Vieria, C. M., Severino, S. S., & Antunes, A. V. (2017). A metodologia de revisão integrativa da literatura em Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*.
- Suelma, I. (jul./dez. de 2006). À espera da liberdade: um estudo sobre o envelhecimento prisional. *Revista de Sociologia Jurídica*, 3.

- Tavares, J. (2009). A enfermagem no sistema prisional. *Boletim Informativo da Secção Regional Norte da Ordem dos Enfermeiros*.
- Teixeira, G. (setembro de 2017). Melhor Informação Mais Saúde: Adesão ao Regime Terapêutico. Santarém: Instituto Politécnico de Santarém - Escola Superior de Saúde de Santarém.
- Watson, J. (2004). Enfermagem Pós-Moderna e Futura - Um Novo Paradigma da Enfermagem. Lusodidacta.
- White, K. L., Jordens, C. F., & Kerridge, I. (setembro de 2015). Contextualising professional ethics: the impact of the prison context on the practices and norms of health care practitioners.
- Zaidi, A. (2014). Life cycle transitions and vulnerabilities in old age: a review. Nova Iorque.
- Zelevnik, D. (2007). Self-Care of the home dwelling elderly people living in Slovenia. University of Oulu.

APÊNDICES

Apêndice I – Instrumento de Recolha de Dados (adaptado)

Conhecimento acerca do Regime de Medicamentos

Na entrevista inicial/final, deverá averiguar as 5 dimensões do conhecimento do indivíduo sobre o regime de medicamentos para todos os fármacos individualmente.

Fármacos prescritos	Indicações terapêuticas do fármaco				Em que horário deve tomar o fármaco				Qual a dose do fármaco?			
	Antes da intervenção		Após a intervenção		Antes da intervenção		Após a intervenção		Antes da intervenção		Após a intervenção	
	Sabe	Não sabe	Sabe	Não sabe	Sabe	Não sabe	Sabe	Não sabe	Sabe	Não sabe	Sabe	Não sabe
1-												
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												

Fármacos prescritos	Sabe como deve tomar o fármaco?				Sabe que cuidados deve ter?			
	Antes da intervenção		Após a intervenção		Antes da intervenção		Após a intervenção	
	Sabe	Não sabe	Sabe	Não sabe	Sabe	Não sabe	Sabe	Não sabe
1-								
2-								
3-								
4-								
5-								
6-								
7-								
8-								
9-								
10-								
11-								
12-								
13-								

Capacidade para gerir o Regime de Medicamentos

Na entrevista inicial/final, deverá proporcionar ao indivíduo o conjunto de fármacos que compõem o seu regime medicamentoso, pedindo-lhe para que prepare a medicação para todas as tomas de um dia, explicitando como deverá tomar os respetivos fármacos.

Fármacos prescritos	Escolher os fármacos				Retirar das embalagens				Preparar a dose correta			
	Antes da intervenção		Após a intervenção		Antes da intervenção		Após a intervenção		Antes da intervenção		Após a intervenção	
	Sabe	Não sabe	Sabe	Não sabe	Sabe	Não sabe	Sabe	Não sabe	Sabe	Não sabe	Sabe	Não sabe
1-												
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												

Fármacos prescritos	Descreve como deve tomar				Realiza o teste de diagnóstico				Identifica o prazo de validade			
	Antes da intervenção		Após a intervenção		Antes da intervenção		Após a intervenção		Antes da intervenção		Após a intervenção	
	Sabe	Não sabe	Sabe	Não sabe	Sabe	Não sabe	Sabe	Não sabe	Sabe	Não sabe	Sabe	Não sabe
1-												
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												

Apêndice II – Consentimento Livre e Esclarecido (informação)



Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em estudo de investigação

Leia, por favor, com atenção a seguinte informação. Em caso de dúvida, não hesite em questionar qualquer ponto. Se concorda com o propósito do estudo e participação no mesmo, queira assinar este documento.

Eu, Ana Rita Sepúlveda Borges Simões, investigadora da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, sob a orientação do Doutor Armando Almeida, sou responsável pelo estudo de investigação “Capacitação da população reclusa envelhecida para a gestão do regime terapêutico, antes do regresso à liberdade”.

Ao participar no presente estudo, autoriza que os seus dados sejam analisados, juntamente com os de outras pessoas, para efeitos de identificação de problemas sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Garanto-lhe, desde já, a confidencialidade dos mesmos.

Enquadramento:

Este estudo insere-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Avançada, da Universidade Católica Portuguesa, Porto, e será implementado no Estabelecimento Prisional do Porto, Custódias.

Objetivo do estudo:

O estudo terá como ponto de partida os seguintes objetivos:

1. Identificar necessidades individuais, no âmbito do autocuidado – gestão do regime medicamentoso, na população idosa em reclusão;
2. Desenvolver uma intervenção de enfermagem centrada na capacitação do indivíduo para que o mesmo possa readquirir/melhorar o autocuidado na gestão do regime de medicamentos, preparando assim, eficazmente, o seu regresso à liberdade.

Vantagens, para a população em geral, do estudo:

Este estudo possibilitará a identificação de problemas no âmbito da gestão do regime medicamentoso, passível de melhoria através de uma intervenção de enfermagem, de forma a capacitar a pessoa para que esteja apta aquando da saída em liberdade.

O que envolve este estudo?

Ao participar neste estudo irá responder a algumas perguntas acerca do seu regime de medicamentos e irá ser pedido para que prepare toda a medicação para um período diário, por forma a identificar se o conhecimento e as habilidades que detém são suficientes para assumir essa gestão no período pós reclusão. Desta forma, serão identificados os problemas existentes nesse âmbito que, por serem sensíveis aos cuidados de enfermagem, poderão carecer de intervenção. Para tal, ao aceitar participar neste estudo, estará a autorizar o investigador a consultar o seu processo clínico (folha de terapêutica), sob a supervisão de um profissional do Estabelecimento Prisional do Porto e com a autorização prévia da Comissão de Ética.

Quem pode participar neste estudo?

Foi-lhe pedida a sua participação no estudo por se encontrar institucionalizado, a cumprir pena, no Estabelecimento Prisional do Porto, ter 65 ou mais anos de idade e ter, ainda, no mínimo, 6 meses de pena judicial a cumprir.

Existem riscos associados ao participar neste estudo?

O estudo consiste na aplicação de instrumentos de recolha de dados, em dois momentos (antes e após intervenção), pelo que não existem riscos associados ao preenchimento dos mesmos.

Existem benefícios, pela participação?

Ao participar no estudo poderá ter benefício direto, caso não esteja totalmente capaz de assumir a gestão autónoma do regime de medicamentos. Assim, poderá esclarecer, junto da enfermeira, as implicações para a saúde relacionadas com o regime de medicamentos que tem prescrito, ou seja, os dados recolhidos irão direccionar o processo de melhoria de conhecimentos e habilidades, estruturado pela enfermeira, para que possa readquirir a autonomia desejada. Para além disso, a sua participação poderá ser um contributo, individual, para a promoção da autonomia na comunidade em reclusão, aquando da saída em liberdade.

Quem terá acesso à informação transmitida?

Todos os dados fornecidos para a concretização do estudo são confidenciais e apenas utilizados no âmbito do mesmo, não sendo, por isso, identificado em qualquer fase de divulgação dos resultados. Nenhum instrumento terá o seu nome, pelo que será identificado através de um código, atribuído no momento da entrevista, de maneira a que os dados sejam sempre trabalhados, garantindo a confidencialidade dos mesmos. Não esquecendo que será sempre o senhor a decidir se quer participar ou não.

Existem custos associados?

Não existem custos associados à participação do estudo, sendo apenas necessário despende algum tempo da sua parte para a aplicação de instrumentos de recolha de dados/avaliação.

Quais são os meus direitos?

A participação no estudo é de carácter voluntário, pelo que é livre de recusar ou abandonar o estudo, em qualquer momento em que o desejar. Queríamos frisar que, ao não participar no estudo, não sofrerá qualquer consequência em termos dos cuidados de saúde que atualmente recebe no estabelecimento prisional.

A quem posso recorrer em caso de dúvidas?

Em caso de qualquer dúvida ou necessidade de algum esclarecimento adicional, poderá contactar a equipa de saúde do Estabelecimento Prisional, que entrará em contacto com a investigadora.

Agradecemos, desde já, a sua colaboração. Está previsto o término do estudo para setembro de 2021, sendo que, a partir dessa altura poderá solicitar a consulta dos resultados obtidos junto da enfermeira que desenvolveu a investigação.

Ana Rita Sepúlveda Borges Simões

Enfermeira (95840) e estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Avançada na Universidade Católica Portuguesa - Porto

Apêndice III – Declaração de Consentimento Livre e Esclarecido



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO

Declaração de Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro ter compreendido este documento, bem como todas as informações verbais/escritas que me foram fornecidas pelo/a investigador/a (que abaixo assina).

Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer momento, recusar participar no estudo, isento de qualquer consequência.

Como tal, aceito participar no presente estudo de investigação, permitindo, voluntariamente, a utilização dos dados por mim fornecidos, confiando que os mesmos apenas serão utilizados neste âmbito com a garantia de confidencialidade e anonimato fornecidas pelo/a investigador/a.

(Assinatura do Participante)

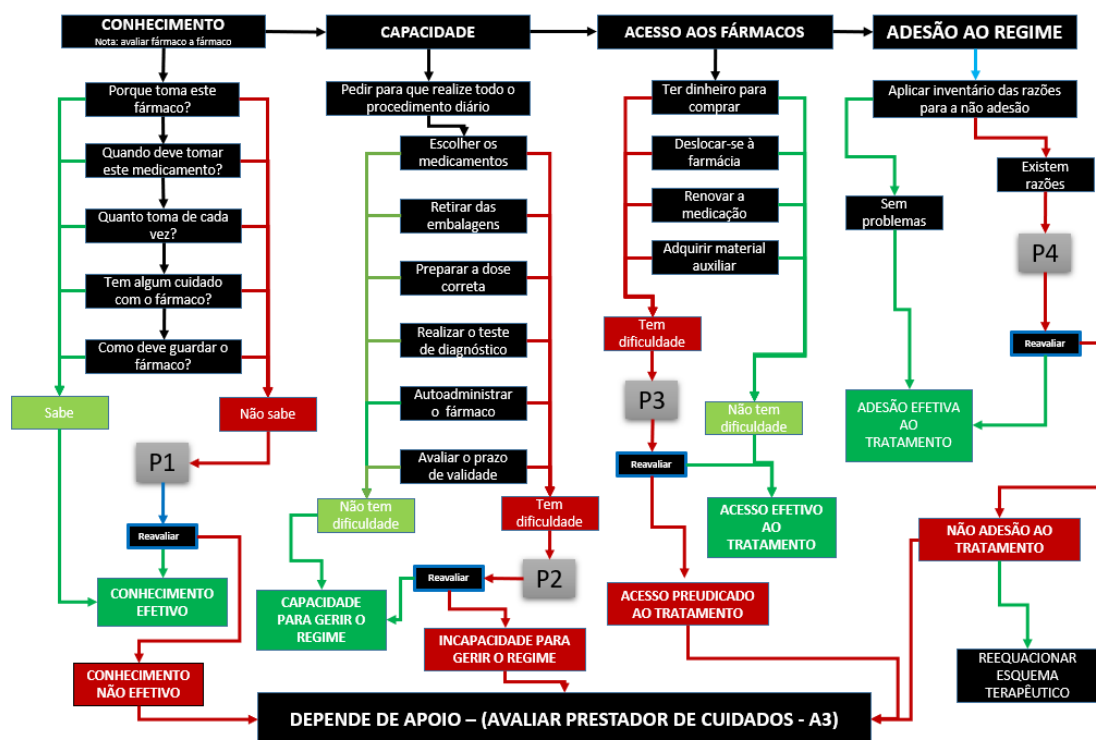
(Data)

(Assinatura do Investigador)

(Data)

ANEXOS

Anexo I – Algoritmo para a gestão do regime terapêutico (Pereira, 2020)



Anexo II – Comprovativo de autorização do Algoritmo de Pereira pelos autores (Pereira, 2020)



Miguel Pereira <miguelfpereira@gmail.com>
seg, 14/12/2020 00:54
Para: Você
Cc: Armando Almeida



Bom dia

Autorizo a utilização do instrumento nde recolha de dados para o referido projeto de investigação.

Com os melhores cumprimentos

A domingo, 13/12/2020, 22:43, Rita Simões <ritaa.simoes.02@hotmail.com> escreveu:

Boa noite,

O meu nome é Ana Rita Sepúlveda Borges Simões, estudante do mestrado em Enfermagem Avançada, pela Universidade Católica Portuguesa e, por isso, encontro-me a desenvolver um projeto de investigação para a realização de um estudo no âmbito da gestão do regime terapêutico numa população de reclusos.

Como tal, serve o presente e-mail para pedir autorização para utilização do instrumento de recolha de dados criado no âmbito do seu estudo "*Diagnóstico de Situação e Projeto de Investigação Comunitária - Doentes Crónicos Complexos utilizadores frequentes do serviço de urgência*".

Grata pela atenção.

Fico a aguardar resposta.

Com os melhores cumprimentos,
Ana Rita Simões

Anexo III – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa



Exmo. Sr. Diretor Geral
Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais

CC Diretor do Estabelecimento Prisional do Porto – Custóias

V Ref.:
N Ref.: MEA 118/2021 Data: 2021-06-04
ASSUNTO: Pedido para realização de estudo no âmbito de mestrado

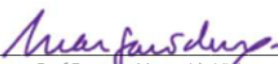
Exmo. Senhor Diretor Geral

A Universidade Católica Portuguesa (UCP) através do seu Instituto de Ciências da Saúde no porto, leciona o Curso de Mestrado em Enfermagem Avançada com o propósito de formar enfermeiros com uma visão integradora e capacidade transformadora, capazes de investigar e fazer evoluir a prática de cuidados, tendo por foco a capacitação das pessoas face aos desafios de saúde. O curso engloba uma componente de dissertação, onde os estudantes devem desenvolver uma investigação que permita demonstrar as diversas competências adquiridas no seu percurso académico.

É nesse contexto que solicitamos a vossa autorização para que a estudante da UCP e enfermeira da vossa instituição, Ana Rita Sepúlveda Borges Simões, desenvolva um estudo no Estabelecimento Prisional do Porto - Custóias, intitulado "Capacitação da população reclusa envelhecida para a gestão do regime terapêutico, antes do regresso à liberdade".

O projeto do estudo, que enviamos em anexo, com parecer positivo da Comissão de Ética da UCP, também em anexo, foi aprovado pelo Conselho Científico e será orientado pelo Doutor Armando Manuel Gonçalves de Almeida, Professor Auxiliar no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, que será responsável pela supervisão das atividades previstas no projeto e cumprimento dos preceitos éticos inerentes ao processo investigativo.

Agradecendo desde já toda a colaboração dispensada com o compromisso de envio de resultados. Apresentamos os nossos melhores cumprimentos


Prof Doutora Margarida Vieira
Diretora Adjunta do ICS para o Porto

Assinado por : Margarida Maria da Silva Vieira
Num. de Identificação: BI03726947
Data: 2021.06.04 14:54:03+01'00'

ANEXOS

- Projeto do estudo
- Parecer da CES da UCP

Parecer sobre o projeto nº 150

Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa
Mandato 2019/2023

Projeto de Investigação Na reunião do dia 27 de maio de 2021, a CES-UCP esteve reunida e apreciou do ponto de vista ético os elementos submetidos pela investigadora principal. Após apreciação, redige o seguinte parecer.
Título: <i>Formação da população idosa reclusa para a gestão do regime terapêutico, antes do regresso à liberdade.</i> Mestrado em Enfermagem Avançada. Instituto de Ciências da Saúde, UCP, Porto
Investigador Principal: Ana Rita Sepúlveda Borges Simões Orientador: Armando Almeida
Estudo clínico com intervenção, com desenho quase-experimental. Projeto não financiado; não submetido a qualquer Comissão de Ética. Documentos - Projeto de investigação, bem elaborado, e formulário. - Indicação do algoritmo de avaliação e autorização para seu uso. - Cronograma de atividades: maio de 2021 a setembro de 2021 - <i>Curriculum vitae</i> da investigadora e sinopse curricular do orientador. - Parecer positivo do orientador e do Conselho Científico. - Modelo de declaração de consentimento informado e livre a apresentar aos participantes, com esclarecimento bem explícito. - Pedido de autorização à entidade responsável, o estabelecimento prisional, a apresentar só depois de aprovação no Comissão de Ética. - Avaliação de impacto sobre proteção de dados. - Condições de confidencialidade dos dados obtidos no estudo. - Declaração da inexistência de conflito de interesses. - Pedido e autorização de utilização do instrumento de avaliação. - Termo de responsabilidade no cumprimento da legislação aplicável nos códigos deontológicos, nas boas práticas e na declarações e diretrizes existentes. Fundamento. Há cada vez mais reclusos de idade avançada em estabelecimentos prisionais, com múltiplas comorbilidades e regimes de medicação complexos. Tendo em conta que, durante o período de cumprimento da pena, não interferem na gestão do seu próprio regime de medicação, apenas decidem se aderem ou não à mesma, uma vez que toda a medicação é preparada e administrada por profissionais de saúde, fica a dúvida se, depois do regresso à liberdade, poderão assumir este autocuidado em. A investigadora exerce funções num estabelecimento prisional. A reinserção dos indivíduos face ao autocuidado a nível da gestão do regime medicamentoso, é a preocupação que motiva a realização do estudo. Objetivo Pretende-se avaliar o fenómeno, para posteriormente desenvolver intervenções focadas na capacitação dos indivíduos, criando condições para o seu regresso à liberdade. Como tal, foram definidos os seguintes objetivos: 1) Avaliar as capacidades dos indivíduos para a gestão do regime terapêutico: a) avaliar o conhecimento sobre os medicamentos prescritos; b) avaliar as capacidades para a preparação da medicação de acordo com a prescrição médica; 2) Identificar e implementar estratégias que promovam a autogestão do regime terapêutico. 3) Apostar no desenvolvimento, tornando as pessoas menos vulneráveis, promovendo a sua reinserção social e capacitando-as para o regresso a casa.

Participantes

Detidos no estabelecimento prisional de Custóias, com a combinação cumulativa dos seguintes critérios: 1) Indivíduos com mais de 65 anos; 2) que tenham prescrito, pelo menos, 5 medicamentos; 3) cuja libertação esteja prevista para um prazo mínimo de seis meses. São pessoas vulneráveis: idosas e reclusas. A escolha justifica-se porque são imprescindíveis para o estudo.

Procedimentos

Aplicação de um algoritmo de avaliação, desenvolvido por Miguel Pereira, em 2020, e autorizado pelo mesmo. Trata-se do “algoritmo para a gestão do regime de medicamentos”.

Os indivíduos que apresentem défices na gestão independente, serão convidados a participar num processo de formação. O mesmo instrumento de avaliação será novamente aplicado depois, de forma a perceber os ganhos em saúde obtidos.

Não existem riscos associados ao estudo. O único incómodo poderá ser o tempo que o recluso terá de despendar para as entrevistas com o investigador. O potencial benefício é capacitar quem não o está, para a gestão autónoma e eficaz do regime terapêutico.

Confidencialidade e proteção de dados

Sobre a confidencialidade dos dados pessoais, refere-se que não será recolhida informação sensível, passível da identificação da pessoa. Os dados recolhidos servirão para a realização de testes de aprendizagem e capacidades; são apenas de caráter técnico para atestar se os participantes conseguem ou não preparar a medicação adequadamente de forma autónoma, antes e após o procedimento; serão codificados e de acesso exclusivo à investigadora, não se prevendo riscos para os direitos e liberdades dos participantes. Depois do término do estudo, serão eliminados.

Da avaliação de impacto sobre a proteção de dados, refere-se que se dispensa, pois não serão tratados dados pessoais que permitam identificar os indivíduos, traçar qualquer perfil ou definir quaisquer decisões automatizadas que afetem os participantes.

Estiveram presentes na reunião nº 29 da CES-UCP

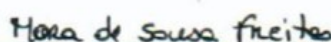
Presidente: Doutora Mara de Sousa Freitas
Doutor Jerónimo Santos Trigo
Doutor Pedro Garcia Marques
Dr. Eugénio Fonseca
Mestre António Faria Vaz
Doutora Ana Mineiro Zaky
Doutora Marta Brites
Mestre Ivone Gaspar

Conclusão

Ouvido o Relator, e o plenário da reunião de 27 de maio de 2021, realizada por videoconferência, esta CES delibera, por unanimidade, emitir **Parecer Favorável**. A propósito da escolha de “pessoas vulneráveis”, não basta a imprescindibilidade, mas a mais valia para os próprios.

Esta CES solicita à Investigadora Principal que, aquando da conclusão do estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados obtidos e respetivas conclusões, via eletrónica, para o correio eletrónico da CES UCP.

Presidente,



Mara de Sousa Freitas
27/05/2021

Anexo IV – Autorização por parte da Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP)



REPÚBLICA
PORTUGUESA

JUSTIÇA

Exmo(a) Senhor(a)

Enf.ª Ana Rita Sepúlveda Borges Simões

Enf.anarita.simoes@hotmail.com

V/ referência	N/ referência	Ofício N.º	Data
		120/CCCRE	10.09.2021

Assunto: Investigação académica para Mestrado em Enfermagem Avançada na Universidade Católica do Porto

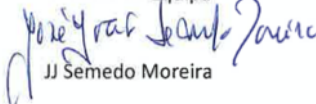
Tenho a honra de informar V. Exa que, por despacho do Sr. Diretor-Geral, Dr. Rómulo Mateus, datado de 10/09/2021 está autorizada, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Avançada na Universidade Católica do Porto, a realizar a investigação académica no Estabelecimento Prisional do Porto.

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;
- o desenvolvimento do estudo esteja sempre dependente da disponibilidade dos reclusos 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.

Com os melhores cumprimentos,

O Chefe de Equipa


JJ Semedo Moreira

ML/2021

Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais
Centro de Competências de Comunicação e Relações Externas
Travessa da Cruz do Torel, n.º 1 – 1150-122 Lisboa – Tel. 218812200 – Fax. 218853896 – E-mail: dsopre@dgrsp.mj.pt
Apartado 21207 – 1131-001 Lisboa