

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

KELI DIAS FELTRIN
IARA PEREIRA FERNANDES

AVALIAÇÃO COGNITIVA E AS ALTERAÇÕES DE SAÚDE EM UMA
UNIDADE PRISIONAL DE SANTA CATARINA

CRICIÚMA
2022

**KELI DIAS FELTRIN
IARA PEREIRA FERNANDES**

**AVALIAÇÃO COGNITIVA E AS ALTERAÇÕES DE SAÚDE EM UMA
UNIDADE PRISIONAL DE SANTA CATARINA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
para obtenção do grau de enfermeiro, no curso
de enfermagem da Universidade do Extremo Sul
Catarinense – UNESC.

Orientadora: Prof.^a Ms. Susane Raquel Périco
Pavei

**CRICIÚMA
2022**

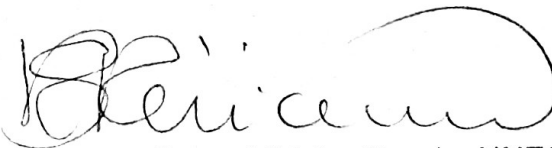
**KELI DIAS FELTRIN
IARA PEREIRA FERNANDES**

**AVALIAÇÃO COGNITIVA E AS ALTERAÇÕES DE SAÚDE EM UMA
UNIDADE PRISIONAL DE SANTA CATARINA**

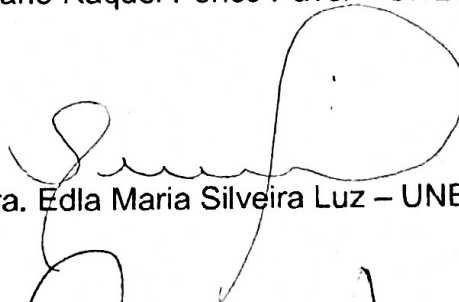
Trabalho de Conclusão de Curso aprovado
pela Banca Examinadora para obtenção do
Grau de enfermagem, no Curso de
enfermagem da Universidade do Extremo Sul
Catarinense, UNESC, com Linha de Pesquisa
em saúde mental

Criciúma, 31 de outubro de 2022.

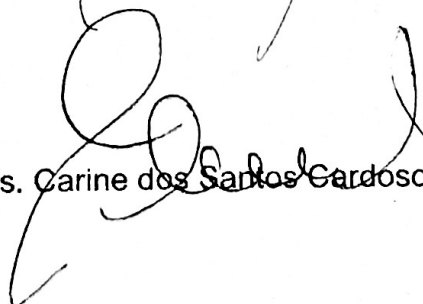
BANCA EXAMINADORA



Profª. Ms. Susane Raquel Périco Pavei – UNESC – Orientadora



Prof. Dra. Edla Maria Silveira Luz – UNESC



Prof. Ms. Carine dos Santos Cardoso – UNESC

AGRADECIMENTOS - ACADÊMICA IARA PEREIRA FERNANDES

A Deus, em primeiro lugar, que sempre me conduziu com as devidas lições de amor, fraternidade e compaixão, hoje e sempre.

Agradeço ao meu esposo Claiton pela dedicação oferecida, pelos momentos de companheirismo e pela compreensão aos momentos de ausência em nosso lar e família.

Aos meus filhos, que foram compreensivos com a minha ausência e me deram forças para continuar a alcançar o meu objetivo. Minha família, amores incondicionais de minha vida, por quem estou a frente e enfrentando tudo!

Meus agradecimentos as minhas amigas, em especial, a minha dupla Keli Feltrin, pela amizade e por aprendermos com respeito juntas a arte de cuidar de nossos pacientes.

A minha orientadora, pela constante ajuda e orientação na conclusão deste trabalho, e que contribuiu de fundamental importância na minha formação.

Aos meus professores, em especial, ao professor Diogo Domingui, que com seus ensinamentos contribuiu para que este trabalho fosse concretizado.

Ao diretor do presídio e ao chefe de segurança por disponibilizar o espaço e ambiente para a realização dessa pesquisa e conclusão deste trabalho.

E por fim, a todos que, de alguma forma, contribuíram nesse processo de transformação da vida acadêmica para a profissional.

Muito obrigada!

AGRADECIMENTOS - ACADÊMICA KELI DIAS FELTRIN

Agradeço, primeiramente, a Deus pelo dom da vida, por nos ter dado saúde e força para superar as dificuldades. Obrigada por colocar pessoas em meu caminho e que me deram forças para seguir, lutar e evoluir como pessoa e como profissional.

Agradeço ao meu amigo, companheiro e esposo Paulo, que, de forma especial e carinhosa, me incentivou e, com palavras de força e coragem, me apoiou nas horas mais difíceis de desânimo e cansaço.

Aos meus filhos amados, que foram compreensivos com toda a minha ausência nas horas que me esperavam para um carinho de mãe e, mesmo assim, me deram forças para continuar.

Agradeço também a minha família, especialmente, aos meus pais, que sempre me apoiaram e estiveram ao meu lado, entendendo a ausência, oferecendo apoio, compreendendo e estimulando para o término em todos os momentos.

Meus agradecimentos as minhas amigas, companheiras que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida com certeza.

A minha orientadora, por buscar e entender a busca dessa pesquisa. Por ouvir e ajudar nos momentos difíceis, estando sempre com uma palavra acolhedora com incentivo, por me ajudar a ver e crescer como pessoa e profissional.

À enfermeira da Instituição Prisional, por nos dar disponibilidade e oferecer o apoio necessário para que fosse possível a aplicação das escalas com acessos aos pesquisados.

Aos meus professores, em especial, o professor Diogo Domingui, que com seu conhecimento metodológico, contribuiu para que este trabalho chegasse ao final de forma clara e objetiva.

Ao diretor do presídio e ao chefe de segurança, que souberam nos direcionar aos reclusos de forma organizada e segura e por ter confiado em mim e colaborado para a conclusão deste trabalho.

E por fim, a todos os pacientes, acompanhantes e profissionais da saúde, que diretamente ou indiretamente fizeram parte da nossa formação.

Muito obrigada!

“A melhor maneira de humanizarmos é alcançando por meio do contato com outro a capacidade de não o julgar, compreendendo que do outro lado existe um mundo particular, peculiar, à parte, íntimo e intransferível para o meu, o seu e o nosso julgamento.”

Warlison Santos

RESUMO

Em 2003, foi criada a Portaria Interministerial n.º 1.777, que instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, o qual foi implementado por meio de participação dos Ministérios da Saúde e da Justiça em conjunto com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Nos últimos anos, o crescimento da população prisional no Brasil vem gerando inúmeros debates, principalmente, focados em melhorar as condições de vida no sistema carcerário. Assim, a presente pesquisa teve como objetivo geral avaliar a cognição e as alterações de saúde dentro de uma Unidade Prisional em Santa Catarina, verificando a importância da ressocialização na qualidade de vida das pessoas oriundas dessa população. A Unidade Prisional possui uma população muito flexível, alojando, aproximadamente, 1.000 reclusos do sexo masculino, com uma equipe multiprofissional de saúde, na qual acolhe desde as mais simples até as mais complexas diversidades de queixas, com uma ampla variedade nas deficiências físicas, psicológicas e mentais. Para a obtenção dos dados, foi realizada uma pesquisa quantitativa, exploratória e de campo, com 30 reclusos entre 18 e 30 anos de idade, conforme critérios de inclusão, aplicando três instrumentos para avaliação cognitiva, bem como as alterações de saúde, incluindo a escala de Assist 2.0, escala de BIS-11, exame cognitivo de Addenbrooke e a consulta de enfermagem com o questionário sociodemográfico. Para as análises estatísticas, foi utilizado o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences, sendo considerado um nível de significância de 5 % ($p < 0,05$).

Palavras-chave: Saúde mental. Cognição. Escala de Assist 2.0. Exame cognitivo de Addenbrooke. Escala de BIS-11.

ABSTRACT

In 2003, the Interministerial Ordinance No. 1,777 was created, which instituted the National Health Plan in the Penitentiary System, which was implemented through the participation of the Ministries of Health and Justice together with the National Council of Secretaries of Health, the National Council of Municipal Health Secretaries and the National Council for Criminal and Penitentiary Policy. In recent years, the growth of the prison population in Brazil has generated numerous debates, mainly focused on improving living conditions in the prison system. Thus, the present research had the general objective of evaluating cognition and health changes within a Prison Unit in Santa Catarina, verifying the importance of resocialization in the quality of life of people from this population. The Prison Unit has a very flexible population, housing, approximately, 1,000 male inmates, with a multiprofessional health team, in which it welcomes from the simplest to the most complex diversities of complaints, with a wide variety of physical, psychological and and mental. To obtain the data, a quantitative, exploratory and field research was carried out, with 30 inmates between 18 and 30 years of age, according to inclusion criteria, applying three instruments for cognitive assessment, as well as health changes, including the Assist 2.0 scale, BIS-11 scale, Addenbrooke's cognitive exam and the nursing consultation with the sociodemographic questionnaire. For statistical analyses, the statistical program Statistical Package for the Social Sciences was used, considering a significance level of 5 % ($p < 0.05$).

Keywords: Mental health. Cognitin. Assist 2.0 scale. Addenbrooke cognitive exam. BIS-11 scale.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Tipo de visitas recebidas pelos indivíduos abordados na pesquisa.....	36
Figura 02 – Existência de familiares em situação de reclusão nos indivíduos abordados na pesquisa.....	37
Figura 03 – Grau de parentesco dos indivíduos abordados na pesquisa em relação aos familiares com histórico de reclusão.....	38
Figura 04 – Tipos de crimes cometidos pelos indivíduos abordados na pesquisa..	39
Figura 05 – Taxa de realização de atividade física pelos indivíduos abordados na pesquisa.....	41
Figura 06 – Momentos de lazer realizados pelos indivíduos abordados na pesquisa.....	42
Figura 07 – Escala de BIS-11 de acordo com as respostas dos indivíduos abordados na pesquisa.....	43
Figura 08 – Escala de Assist de acordo com as respostas dos indivíduos abordados na pesquisa.....	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Perfil sociodemográfico dos indivíduos abordados na pesquisa.....	34
Tabela 02 – Perfil sociodemográfico em relação à reclusão dos indivíduos abordados na pesquisa.....	40
Tabela 03 – Exame Cognitivo de Addenbrooke de acordo com as respostas dos indivíduos abordados na pesquisa.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE-R	Addenbrooke's Cognitive Examination - Revised
BAAR	Bacilo Álcool-Ácido Resistente
BIS	Barratt Impulsiveness Scale
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
EJA	Educação de Jovens e Adultos
EPIs	Equipamentos de Proteção Individual
EUA	Estados Unidos da América
HCTP	Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
HIV	Vírus Da Imunodeficiência Humana
ISTs	Infecção sexualmente transmissível
NDE	Núcleo Docente Estruturante
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAMDHA	Programa de Atenção Municipal às DST/HIV/AIDS
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integrada à Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
PPD	Derivado Proteico Purificado
SC	Santa Catarina
SISP	Sistema Integrado de Segurança Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo De Consentimento Livre e Esclarecido
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 JUSTIFICATIVA.....	15
2 OBJETIVO.....	16
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1 SISTEMA PRISIONAL.....	17
3.2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE SISTEMA PRISIONAL – PNAISP.....	18
3.3 O PAPEL DO ENFERMEIRO EM INSTITUIÇÃO PRISIONAL.....	18
3.4 SAÚDE MENTAL.....	20
3.4.1 Instrumento de avaliação cognitiva e de saúde.....	21
3.4.1.1 Escala de Assist.....	21
3.4.1.2 Exame cognitivo de Addenbrooke.....	22
3.4.1.3 Escala de Bis-11.....	22
4 MÉTODOS.....	25
4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	25
4.2 TIPO DE ESTUDO.....	25
4.3 LOCAL DO ESTUDO.....	26
4.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	26
4.4.1 Critério de inclusão.....	27
4.4.2 Critério de exclusão.....	27
4.5 VARIÁVEIS.....	27
4.5.1 Dependentes.....	27
4.5.2 Independentes.....	28
4.6 PROCEDIMENTO COLETA DE DADOS.....	28
4.6.1 Instrumento de coleta de dados.....	29
4.6.2 Exame Cognitivo de Addenbrooke.....	30
4.6.3 Escala de BIS 11.....	30
4.6.4 Escala de Assist 2.0.....	31
4.6.5 Desfecho Primário.....	31
4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	31

4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	32
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	34
5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES.....	34
5.1.1 Situação laboral dos participantes.....	35
5.1.2 Tipo de visita dos participantes.....	35
5.1.3 Antecedente familiar de reclusão dos participantes.....	36
5.1.4 Tipo de crime dos participantes.....	38
5.1.5 Perfil sociodemográfico – Reclusão dos participantes.....	38
5.1.6 Atividade física dos participantes.....	41
5.1.6 Momento de lazer dos participantes.....	41
5.2 ANÁLISE DA ESCALA DE BIS DOS PARTICIPANTES.....	42
5.3 ANÁLISE DA ESCALA DE ASSIST DOS PARTICIPANTES.....	44
6.4 ANÁLISE DO EXAME COGNITIVO DE ADDENBROOKE DOS PARTICIPANTES.....	45
6 CONCLUSÃO.....	47
REFERÊNCIAS.....	47
APÊNDICES.....	54
APÊNDICE A – CARTA DE ACEITE.....	55
APÊNDICE B – CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA AVALIAÇÃO SOCIODEMOGRAFICO.....	56
APÊNDICE C – TCLE-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	57
ANEXOS.....	60
ANEXO A – ESCALA DE ASSIST 2.0.....	61
ANEXO B – ESCALA DE IMPULSIVIDADE DE BARRATT – BIS 11.....	65
ANEXO C – EXAME COGNITIVO DE ADDENBROOKE.....	66

1 INTRODUÇÃO

De acordo com o Colegiado Superior de Segurança Pública e Perícia Oficial, os crimes cometidos em Santa Catarina de 2019 até o ano atual tiveram uma queda. Comparando o mês de janeiro de 2022 e os dados de janeiro do ano anterior, a taxa de homicídios sofreu uma redução de 3,49 %, alcançando o melhor resultado para o período desde o início da série histórica em 2008 (CSSPPO, 2022).

Segundo o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), a população prisional brasileira atingiu o número de 820.689 em junho de 2021. Desses, 673.614 estão em celas físicas e 141.002 presos em prisão domiciliar (SISDEPEN, 2021). O estado de Santa Catarina vem sendo considerado modelo para o país em ressocialização de presos, sendo que em abril de 2019, o DEPEN, através de nota técnica, recomendou o modelo de atividade laboral e a sistemática do Fundo Rotativo de Santa Catarina como prática a ser adotada em todos os estados (GOVERNO DE SANTA CATARINA, 2019).

Em 2019, 8,8 mil presos em Santa Catarina estavam envolvidos em atividades relacionadas à educação, incluindo o Educação de Jovens e Adultos, Ensino Fundamental e Médio e o Projeto Despertar pela Leitura, com 186 matriculados em curso de nível superior (GOVERNO DE SANTA CATARINA, 2019).

“O trabalho e a educação são estratégias de segurança em nossas unidades prisionais. Está comprovado cientificamente que as atividades laborais e educacionais tornam as unidades mais seguras.” (LIMA, 2019).

Em 2003, foi criada a Portaria Interministerial n.º 1.777, que instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, desenvolvido para incluir a população penitenciária no Sistema Único de Saúde (SUS), visando com que essas pessoas possam ter o direito à cidadania, efetivando-se na perspectiva dos direitos humanos (BRASIL, 2003). O acesso dessa população a ações e serviços de saúde é legalmente definido pela Constituição Federal de 1988, pela Lei n.º 8.080 de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde, pela Lei n.º 8.142 de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, e pela Lei de Execução Penal n.º 7.210 de 1984 (BRASIL, 2003).

O modelo de atendimento em saúde mental no Brasil, atualmente, é de atenção com base comunitária e territorial, que tem como objetivo diminuir as

internações e atendimentos na atenção terciária, priorizando os serviços de atenção primária. Para nortear assuntos a respeito do atendimento em saúde mental, foi lançado o material do Ministério da Saúde: “O SUS de A à Z”, que teve o objetivo de esclarecer à população brasileira alguns conceitos sobre a política de saúde (LIMA; SICILIANI; DREHMER, 2012).

“A desinstitucionalização da assistência psiquiátrica, a defesa dos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais, o combate ao estigma, o cuidado à saúde mental por meio de dispositivos extra-hospitalares e sua inclusão na atenção básica são algumas das diretrizes da política de saúde mental do SUS.” (BRASIL, 2005).

A partir da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) foram definidos os serviços e as equipes multiprofissionais de atenção básica, visto as características de cada unidade prisional. O enfermeiro que faz parte dessa equipe deve possuir como atribuição o olhar qualificado sobre as questões de confinamento e vulnerabilidade, com o intuito de não apenas observar o estado de saúde desses indivíduos, mas também os aspectos biopsicossociais (CARVALHO, 2018).

A atuação do enfermeiro é de caráter preventivo, onde realiza-se coleta de exames laboratoriais e campanhas educativas sobre as doenças de maior ocorrência nos presídios. É de competência do enfermeiro o planejamento da assistência e a execução de políticas de vacinação, bem como o controle de sua periodicidade; o planejamento de políticas de prevenção e controle da promoção à saúde, no âmbito de sua competência; realização de consultas de enfermagem e solicitação de exames complementares; prescrição de medicamentos dentro das disposições legais da profissão e demais normas complementares, podendo realizar também palestras periódicas a fim de abordar questões relacionadas a doenças, sinais e sintomas, possíveis complicações e formas de prevenção (COFEN, 2011).

As práticas sociais são vistas como um cuidado em saúde, uma vez que possuem múltiplas dimensões, como a relação interpessoal e a organização com foco no cuidado em saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2021). Com o passar dos tempos, o processo de saúde-doença vem sofrendo mudanças, sendo que as alterações de saúde estão em ascensão, assim como a mortalidade no Brasil (MALTA *et al.*, 2009). É possível avaliar o problema de saúde de uma população através de seu comportamento, e seguindo essa linha de raciocínio, podemos dizer o quão importante é conhecer o seu

público-alvo, para que se possa promover uma assistência de qualidade (CÂMARA *et al.*, 2012).

1.1 JUSTIFICATIVA

As condições de confinamento em que se encontram as pessoas privadas de liberdade são determinantes para o bem-estar físico e psíquico, sendo que essas pessoas trazem com elas problemas de saúde e vícios, bem como transtornos mentais. Estando ciente dessa condição, pode-se dizer que a saúde mental dos presos pode ser afetada gradualmente pela precariedade das condições de vida dentro das unidades prisionais (BATISTA; ARAÚJO; NASCIMENTO, 2019).

As mudanças no convívio das pessoas geram mudanças de comportamento, sejam elas benéficas ou não. A busca por essas mudanças vem sendo exercida pela existência dos acolhimentos, de pesquisas, de falas, relatórios e debates em relação a saúde mental dentro de instituições prisionais em todo o mundo, o qual não seria diferente em nossa região. As novas políticas públicas vêm buscando e têm-se apontado, justamente, a importância da multiprofissionalidade e de ações intersetoriais referentes. Nesse sentido, a saúde vem sendo pensada não apenas a partir do setor saúde, mas também a partir de outros setores da sociedade, como, por exemplo, o da segurança pública (MINAYO, 2006).

No Brasil, estudos de avaliação da saúde mental têm sido realizados buscando, sobretudo, investigar a prevalência de transtornos mentais na população em geral (COELHO, 2012). Assim, fica evidente a necessidade de mais estudos sobre a saúde mental dos reclusos, a fim de minimizar as consequências do confinamento, para que essa pessoa consiga voltar para a sociedade de uma forma mais saudável e menos agressiva, sendo que somente através de pesquisas é possível desenvolver políticas públicas que irão suprir as necessidades e aplicar os tratamentos adequados.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a cognição e as alterações de saúde em reclusos na faixa etária de 18 a 30 anos de idade em uma Unidade Prisional de um município do extremo sul de Santa Catarina.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil sociodemográfico de reclusos em uma Unidade Prisional de um município no extremo sul catarinense.
- Avaliar as alterações cognitivas e de saúde em reclusos de uma Unidade Prisional de um município no extremo sul catarinense.
- Avaliar o impacto do confinamento em uma instituição prisional de um município no extremo sul catarinense.
- Identificar as contribuições das ações oferecidas aos reclusos pelo profissional enfermeiro.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 SISTEMA PRISIONAL

O sistema prisional no Brasil tem sido objeto de preocupação e atenção nos debates mais recentes nos temas de direitos humanos, segurança pública, política criminal e alocação, tendo como objetivo principal a ressocialização, visto que o presidiário voltará um dia para a sociedade. Assim, a ideia central é fazer com que o preso/reeducando agregue novos valores morais, causando uma mudança comportamental (NASCIMENTO; FERREIRA JÚNIOR, 2021).

A população penitenciária brasileira é composta, predominantemente, por adultos jovens, caracterizados por homens brancos, solteiros e com menos de 30 anos de idade. São, em sua grande maioria, pobres e condenados pelos crimes de furto e roubo. Poucos, entre eles, foram alfabetizados e possuíam profissão definida anteriormente à prisão, cursando com uma situação de exclusão social anterior ao seu ingresso no Sistema Prisional. Mais da metade é reincidente na prática de crimes e comumente associam os seus atos delituosos à situação de desemprego e pobreza em que se encontram (BRASIL, 2005a).

No Brasil, a distribuição dos reclusos por estado e região é feita de forma irregular e muitas vezes desproporcional. Os estados de São Paulo, Minas Gerias, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul juntos contabilizam cerca de 65 % da população carcerária nacional. O custo médio mensal de um preso para o Estado também varia muito de uma unidade federativa para outra, retratando realidades diferenciadas de confinamento e assistência à essa população (BRASIL, 2005a).

O sistema prisional brasileiro objetiva a ressocialização e a punição da criminalidade. Diante disso, o Estado assume a responsabilidade de combater os crimes, mantendo o criminoso longe da sociedade, para que ele deixe de ser um risco para a população em geral (MACHADO; GUIMARÃES, 2014).

"O que oferecemos é respeito e a garantia da dignidade humana. Com o trabalho, ainda quando preso, o detento pode ajudar a melhorar a condição econômica da família e encontrar inspiração para se tornar uma pessoa melhor. É bom para todo mundo", afirma LIMA, 2019.

3.2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL – PNAISP

A Portaria Interministerial n.º 1.777, de 09 de setembro de 2003, que instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, foi formulada com a participação de diversas áreas técnicas dos Ministérios da Saúde e da Justiça e com a participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (BRASIL, 2005a).

A PNAISP surgiu após dez anos de aplicação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), reconhecendo que o seu sistema estava fragmentado, sendo necessário implementar novas ações no modelo de assistência à população carcerária (BRASIL, 2021).

Sabendo que as condições de vida e de saúde afetam o modo como as pessoas se comportam e a sua capacidade de se relacionarem na sociedade, as condições de confinamento em que se encontram as pessoas privadas de liberdade são determinantes para o bem-estar físico e psíquico (BRASIL, 2005b).

Em pesquisa realizada com a população prisional de Santa Catarina, verifica-se que os sintomas de depressão são transtornos mentais específicos que estão diretamente ligados ao ambiente em que vivem; à superlotação; às celas escuras, com pouca ventilação e odor fétido; à má alimentação; ao sedentarismo; à convivência com pessoas violentas e agressivas; o confinamento em “solitárias”, em que o espaço físico é mínimo; a restrição à luz solar e aos contatos humanos (DAMAS; OLIVEIRA, 2013).

O estresse é considerado um problema de saúde mental que se encontra associado a diversos outros transtornos físicos e mentais, sendo uma resposta orgânica não específica para situações estressoras ao organismo. Dessa forma, verifica-se que o ambiente prisional é estressante e, quando relacionado a sintomas depressivos, o risco de suicídio aumenta significativamente (CONSTANTINO; ASSIS; PINTO, 2016).

3.3 O PAPEL DO ENFERMEIRO EM INSTITUIÇÃO PRISIONAL

Segundo Santos (2015), a enfermagem é parte constituinte de uma equipe multidisciplinar, tendo a capacidade de executar a prevenção, manutenção e

reabilitação da saúde. Em ambiente carcerário, a equipe de enfermagem é responsável por promover educação em saúde, realizar procedimentos, administração e prescrição de medicamentos, além da consulta de enfermagem que é restrita ao profissional enfermeiro.

Os enfermeiros atuam em emergências, na elaboração de campanhas, principalmente de promoção à saúde, no fornecimento de orientações sobre patologias, realização de consultas, regulação de atendimentos especializados, de cirurgias e demais procedimentos invasivos (SILVA; SOUSA; ARAÚJO, 2017).

No ano de 2019, foram registrados mais de 08 mil atendimentos médicos, 27 mil atendimentos de enfermagem e 5,7 mil atendimentos odontológicos, sendo relevante destacar, ainda, que foram realizados mais de 1,8 mil atendimentos psicológicos e 3,3 mil atendimentos sociais (CIASC, 2022).

Há diversas evidências de dificuldades na vivência profissional dentro dessas unidades, resultando, assim, em um trabalho insatisfatório, normalmente relacionado à deficiência de recursos materiais, exposição aos riscos psicossociais e desgaste emocional dos trabalhadores. Contudo, os profissionais de enfermagem vivenciam uma variedade de sentimentos, onde descreve-se o medo, a pressão e a desconfiança, que contribuem para o acúmulo e sensação de pouca segurança (JASKOWIAK, 2015).

“A presença do enfermeiro e da equipe de saúde dentro dessas unidades se faz de grande importância; trata-se de um profissional considerado eixo fundamental para a promoção, manutenção e recuperação da saúde durante a privação de liberdade.” (SOARES *et al.*, 2020).

Segundo Santana e Reis (2019), a assistência através de um programa de saúde voltada para essa população é deficitária, pois não existe uma educação continuada pensando que esses profissionais necessitam de reciclagem e capacitações periódicas, uma vez que atendem uma grande demanda.

Segundo o COFEN (2011), são atribuições exclusivas do profissional enfermeiro o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem; consultoria, auditoria e emissão de pareceres; consulta de enfermagem; prescrição da assistência de enfermagem; cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida; e cuidados de

enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

3.4 SAÚDE MENTAL

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar as suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade, não sendo caracterizada apenas pela ausência de doenças mentais. O desenvolvimento da política de saúde mental no Brasil esteve estreitamente associado à criação do SUS, à descentralização da administração da saúde no país, à conscientização e capacitação de profissionais e mudanças sociais e culturais (ALMEIDA, 2019).

O processo de desinstitucionalização foi muito significativo, e com o fechamento dos hospitais psiquiátricos, houve a necessidade da implantação de novos modelos de saúde, sendo fundamental a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e residências de longa permanência para prestar um atendimento de qualidade e de forma integral à população alvo (ALMEIDA, 2019).

A saúde mental no sistema prisional no Brasil nos faz refletir sobre os modelos de atenção à saúde, resgatando os princípios do SUS, como a substituição das atuais modalidades de medida de segurança, como as alas de tratamento psiquiátrico em presídios e/ou hospitais de custódia e o tratamento psiquiátrico, por medidas terapêuticas de bases comunitárias, de modo a evitar o tratamento em meio fechado e garantir o retorno à liberdade (BRASIL, 2014).

Os indivíduos que possuem transtornos de saúde mental, muitas vezes, acabam sendo alocados em celas individuais por consequência de comportamentos desencadeados pela sua condição, trazendo um impacto negativo para o indivíduo. Segundo Remch (2021), os presos com doença mental têm de 1,3 a 1,6 mais chances de ir para a cela disciplinar do que os demais presos.

Um estudo realizado em Washington demonstrou que a permanência em cela disciplinar desencadeia sentimentos de desumanização e perda de identidade, sendo que as pessoas encarceradas com transtornos de saúde mental acabam em um ciclo de descompensação, e somado com a moradia restritiva, observa-se o agravamento da sua saúde mental e dos seus comportamentos. Assim, prejudica-se

não apenas a saúde mental, mas também a saúde física dessa população, gerando altas taxas de automutilação e ideação suicida (REMCH, 2021).

Dessa forma, se faz necessário a inclusão de programas nos presídios e penitenciárias, além de treinamento obrigatório dos profissionais envolvidos sobre saúde mental e intervenção em crises, para que nesses espaços haja uma redução no comportamento autolesivo e nas ideações suicidas.

3.4.1 Instrumento de avaliação cognitiva e de saúde

3.4.1.1 Escala de Assist

A escala de Assist (ANEXO A), consiste em um questionário estruturado contendo oito questões sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos) (HENRIQUE *et al.*, 2004).

A estrutura da escala de Assist permite que ela seja aplicada com rapidez, e seja de fácil interpretação, possibilitando a sua aplicação por uma variedade de profissionais da área da saúde, além de permitir a avaliação de um leque de substâncias ao mesmo tempo (HENRIQUE *et al.*, 2004).

Esse instrumento visa ser utilizado em ações de prevenção do abuso de substâncias psicoativas, sendo possível detectar as pessoas que possuem potencial risco de dependência, além de facilitar o levantamento de pessoas que tenham atingido um alto nível de dependência, necessitando de tratamento (HENRIQUE *et al.*, 2004).

É muito importante a utilização de instrumentos padronizados, facilitando a conclusão de diagnósticos, visto que existe uma dificuldade na avaliação dos limites do que pode ser considerado abusivo ou não. A aplicação da escala de Assist permite a realização de intervenções ou encaminhamentos de forma ágil, promovendo qualidade de vida aos usuários de substâncias psicoativas (HENRIQUE *et al.*, 2004).

3.4.1.2 Exame Cognitivo de Addenbrooke

O Exame Cognitivo de Addenbrooke (ACE-R) (ANEXO C) possibilita a realização de um breve rastreio cognitivo, podendo auxiliar na detecção de algumas condições clínicas, incluindo o declínio cognitivo ligeiro, doença de Alzheimer, demência frontotemporal, demência vascular, doença de Huntington, doença de Parkinson, afasia, acidentes vasculares cerebrais e diagnóstico diferencial entre depressão e doença de Alzheimer. O ACE-R avalia cinco domínios do funcionamento neurocognitivo: Atenção e Orientação (18 pontos), Memória (26 pontos), Fluência Verbal (14 pontos), Linguagem (26 pontos) e Viso-espacial (16 pontos) (FIRMINO *et al.*, 2018).

Cada um desses domínios pode ser avaliado individualmente. Além disso, Mathuranath (2011) desenvolveram uma razão $(V+L) / (O+M)$, chamado de razão VLOM, após observar que pacientes com doença de Alzheimer apresentaram melhor desempenho em domínios como fluência (V) e linguagem (L) quando comparados aos pacientes com demência frontotemporal. Esses achados são semelhantes aos perfis neuropsicológicos de ambas as doenças observados em outros estudos. No entanto, pacientes com demência frontotemporal apresentaram melhor desempenho em tarefas de orientação (O) e memória episódica (M), em comparação com pacientes com doença de Alzheimer. Assim, esse exame é um instrumento com elevada sensibilidade e especificidade para detectar demência em estágio leve (MIRANDA, 2018).

O tempo de aplicação pode variar de 15 a 20 minutos e permite que a sua avaliação seja individual, observando um domínio por vez. Para facilitar e padronizar a pontuação desse exame, foi desenvolvido um guia de instrução, demonstrando exemplos de respostas e explicações de como aplicar e corrigir o teste (CARVALHO; CARMELLI, 2007).

3.4.1.3 Escala de BIS-11

A escala de BIS-11 (ANEXO B), é um instrumento de excelência na interpretação dos mecanismos psicológicos associados ao conceito de impulso, ajudando a complementar o conhecimento teórico existente em relação às principais

consequências sociais e comportamentais na impulsividade, como os padrões de base genético-biológicas (BRITO-COSTA; ALMEIDA; LOPES, 2019).

A Escala de Impulsividade de Barratt é uma escala de autorresposta de 30 itens, estilo Likert de 04 pontos (que varia entre 01, que representa nunca ou raramente, e 04, que representa quase sempre ou sempre), remetendo a manifestações da impulsividade. A sua mensuração varia entre 30 e 120 pontos, sendo que quanto maior a mensuração, maior a presença de comportamentos impulsivos. A escala apresenta resultados globais, permitindo resultados parciais referentes aos fatores de 1ª e de 2ª ordem, e ainda, compõe-se por itens de cotação invertida, apresentando uma consistência interna ($\alpha = 0.82$) na versão original (PATTON; STANFORD; BARRATT, 1995).

Ernst Barratt foi o criador da escala de BIS, sendo um dos modelos mais influentes utilizado para explicar o comportamento impulsivo, tendo 03 classificações, incluindo a motora, relacionada com a inibição de respostas incoerentes com o contexto; atencional, onde a impulsividade está relacionada à tomada de decisão rápida; e falta de planejamento, que engloba comportamentos orientados para o presente. A avaliação é realizada a partir de autorrelato com objetivo de classificar as dimensões da impulsividade (MALLOY-DINIZ *et al.*, 2010).

Originalmente, a escala de Barratt foi desenvolvida para avaliar a impulsividade como traço de personalidade unidimensional, porém, a versão 11 apresentou três fatores, que seriam a motora, cognitiva ou atencional e não planejamento (PATTON; STANFORD; BARRATT, 1995). O fator 1, impulsividade atencional, foi definido como falta de foco na tarefa em andamento e composto por dois fatores de primeira ordem, que seriam a atenção e a instabilidade cognitiva; o fator 2, impulsividade motora, foi definida como uma ação sem inibição de respostas prepotentes ou contínuas, e inclui dois fatores, que seriam a perseverança e a representação; o fator 3, impulsividade por não planejamento, foi definida como uma orientação para o presente, e não para o futuro, e incluiu o autocontrole e a complexidade cognitiva (PATTON; STANFORD; BARRATT, 1995).

A escala pode detectar diversos tipos de transtornos com manifestações de impulsividade de forma intensa, gerando prejuízos para o indivíduo e aqueles que o cercam. As manifestações de impulsividade podem ocorrer tanto nos transtornos do controle do impulso (jogo patológico, piromania, cleptomania, tricotilomania e oniomania) quanto em transtornos de personalidade (personalidade antissocial,

personalidade borderline e personalidade explosiva intermitente), assim como em outros casos (dependência e abuso de substâncias, transtorno afetivo bipolar, transtorno de conduta e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade).

4 MÉTODOS

4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

O uso da metodologia perfaz um importante instrumento de caracterização de uma pesquisa, dando-lhe a correta forma mediante a qual se empregam métodos e técnicas que são adotados para a obtenção do conhecimento acerca do objeto de estudo (RIBEIRO *et al.*, 2013).

A abordagem da presente pesquisa foi quantitativa, e de acordo com Gil (2002), as pesquisas instigam o desenvolvimento de novas ideias, sendo mais flexíveis em seu planejamento, considerando um leque de informações.

A pesquisa quantitativa busca a coleta de dados através de números, por meio da aplicação de instrumentos que serão realizados em um grupo-alvo específico, permitindo que após a análise dos dados seja possível concluir um pensamento com maior acerto sobre os padrões seguidos por esse público (FERREIRA, 2015).

4.2 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de uma pesquisa exploratória e de campo, tendo como objetivo compreender e conhecer a variável de estudo, sendo aplicado na fase de planejamento da pesquisa, para que fosse possível a obtenção de respostas, possibilitando a verdadeira característica da realidade, eliminando, assim, as predisposições não fundadas.

Gil (2002), considera que a pesquisa exploratória tem como objetivo principal desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores.

A pesquisa exploratória permite que o pesquisador consiga perceber a realidade como ela é, realizando o refinamento dos dados da pesquisa e o desenvolvimento e análise das hipóteses, minimizando o viés do pesquisador. Desse modo, a pesquisa se torna mais compatível com a realidade (PIOVESAN; TEMPORINI, 1995).

Segundo Mattar (2001), os métodos utilizados pela pesquisa exploratória são amplos e versáteis. Os métodos empregados compreendem os levantamentos

em fontes secundárias, levantamentos de experiências, estudos de casos selecionados e observação informal (OLIVEIRA, 2011).

4.3 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em uma Unidade Prisional de Santa Catarina, localizada na Rua Odonel Bianchi, n. 330, no bairro Santa Augusta, em Criciúma/SC. A unidade comporta, aproximadamente, 1.000 reclusos do sexo masculino, sendo que a pesquisa foi autorizada pelo atual diretor da unidade mediante a apresentação do projeto, com assinatura e carimbo da carta de aceite (APÊNDICE A).

A unidade prisional é uma instituição estadual que atua em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e por uma universidade local, que colabora com atividades desenvolvidas por professores e alunos pelo projeto de pesquisa e extensão. Ainda possui um quadro multiprofissional na área da saúde (01 médico clínico geral, 02 dentistas, 04 psicólogos, 04 enfermeiros, 04 técnicos de enfermagem, 02 farmacêuticas, 02 técnicas de saúde bucal, 01 estagiária de odontologia, 01 auxiliar administrativa e 03 assistentes sociais). Toda a parte de material e medicação permanente e de consumo são mediadas pelo estado e pela Secretaria Municipal de Saúde, e os exames complementares, consultas especializadas, exames de média, baixa e alta complexidade são realizadas de acordo com as responsabilidades do SUS.

4.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

De acordo com o cálculo da amostragem, a pesquisa foi realizada com 30 reclusos do sexo masculino, na faixa etária de 18 a 30 anos de idade, que ingressaram na unidade prisional entre 01 de abril de 2022 a 01 de julho de 2022.

Para o cálculo da amostragem, foi realizada a pesquisa em sistema SISP (Sistema Integrado de Segurança Pública), onde obteve-se o resultado de 400 reclusos caracterizados conforme descrito acima, demonstrando um grau de confiança de 90 % e margem de erro de 15 %, resultando, assim, em uma amostra de 30 reclusos pesquisados.

A equação utilizada para calcular o tamanho da amostra para a frequência em uma população foi: $n = [EDFF * Np (1-p)] / [(d^2/Z^2 1-\alpha/2 * (N-1) + p*(1-p)]$.

4.4.1 Critério de inclusão

- Ter entre 18 e 30 anos;
- Possuir disponibilidade para realização da pesquisa;
- Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C);
- Saber ler e escrever;
- Estar recluso por mais de 30 dias;
- Ter a capacidade preservada para estar respondendo o questionário.

4.4.2 Critério de exclusão

Os participantes foram automaticamente excluídos da pesquisa quando não estavam inseridos nos critérios de inclusão ou quando quisessem interromper a pesquisa.

4.5 VARIÁVEIS

Esta seção ressalta as variáveis consideradas no processo de análise do trabalho, que tem como proposta a Avaliação Cognitiva e as Alterações de Saúde em uma Unidade Prisional de Santa Catarina.

4.5.1 Dependentes

As variáveis dependentes incluíram os fatores da amostragem com as alterações comportamentais, alterações de saúde, alterações na cognição, subsequente ao confinamento em que se encontram as pessoas privadas de liberdade.

4.5.2 Independentes

Como variáveis independentes dos reclusos pesquisados, deve-se levar em consideração a idade, cor, estado civil, escolaridade, situação laboral, lazer, visita, tempo de reclusão e uso de medicação.

4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

O procedimento para coleta de dados iniciou assim que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNESC, sob o número 5.551.880. Após esse processo, a Unidade Prisional de Criciúma/SC foi comunicada, para que assim a pesquisadora pudesse adentrar na instituição e realizar o estudo com toda segurança. Neste primeiro momento, foi realizado uma reunião com a gestão da Unidade Prisional, a fim de agendar os horários de visita da pesquisadora, e, assim, não atrapalhar a organização e as atividades rotineiras do local.

Estando dentro da Unidade Prisional, os reclusos que se enquadraram nos critérios da pesquisa foram submetidos ao TCLE. Após assinarem, foi iniciado o estudo conforme pré-estabelecido com a gestão, onde se aplicou os instrumentos dentro das datas determinadas, seguindo os seguintes momentos:

- 1º Momento: elaboração do projeto de TCC;
- 2º Momento: conhecimento do local onde foi realizada a pesquisa;
- 3º Momento: envio ao Núcleo Docente Estruturante para aceitação prévia do tema;
- 4º Momento: solicitação da carta de aceite à instituição;
- 5º Momento: envio do projeto para aceite no comitê de ética;
- 6º Momento: elaboração do TCC;
- 7º Momento: realização da pesquisa;
- 8º Momento: análise dos dados;
- 9º Momento: apresentação.

4.6.1 Instrumento de coleta de dados

A aplicação do instrumento da consulta de enfermagem realizada pelas pesquisadoras, na qual as nortearam para a coleta de dados, foi adaptada e

fundamentada na teoria de enfermagem de Elizabeth Hidelgard Peplau, que tem foco principal no estudo das relações interpessoais. A teoria pode ser aplicada à prática assistencial de enfermagem, atendendo os preceitos da reforma psiquiátrica. Além disso, aborda a Teoria de Peplau dentro da assistência à saúde mental, a fim de promover a inclusão social e o resgate da cidadania as pessoas, reinserindo essas pessoas em suas famílias e sociedade através da atuação do enfermeiro (CARDOSO; OLIVEIRA; LOYOLA, 2006).

Essa teoria de enfermagem é baseada em um relacionamento interpessoal, interdisciplinar, comunitário e vinculado à família, pressupondo que o crescimento e o desenvolvimento humano e as ações relacionadas são influenciadas tanto pelo paciente como pelo enfermeiro. O paciente é visto como um todo, abordando o biológico, psicológico, espiritual e sociológico. Mesmo que Peplau não descreva explicitamente sobre como deve ser a abordagem do enfermeiro, ela identifica quatro fases sequenciais nas relações interpessoais, incluindo a orientação, identificação, exploração e resolução (CARDOSO; OLIVEIRA; LOYOLA, 2006).

A fase de orientação é o início da relação interpessoal, e ocorre quando o paciente/família percebe a necessidade de ajuda. Tanto o enfermeiro quanto o paciente trazem as suas bagagens anteriores (cultura, valores, ideias preconcebidas, entre outros), que devem ser levadas em consideração, onde ambos têm papel igualmente importante na interação interpessoal. Existe, nessa fase, todo o aspecto educativo da relação (SANTOS; NÓBREGA, 1994).

Na fase de identificação, o paciente reage seletivamente ao enfermeiro, e ambos precisam esclarecer as percepções e expectativas mútuas. No final dessa fase, o paciente começa a lidar com o problema, o que diminui a sensação de impotência e desesperança do enfermeiro, criando uma atitude de otimismo (SANTOS; NÓBREGA, 1994).

Na fase de exploração, o paciente começa a sentir-se parte integrante do ambiente provedor de cuidados e pode necessitar do enfermeiro como uma forma de conseguir atenção, sendo importante para o enfermeiro saber usar os princípios das técnicas de entrevista. O paciente poderá apresentar um conflito entre dependência-independência e o enfermeiro precisa oferecer uma atmosfera sem ameaças, utilizando adequadamente a comunicação para esclarecer, escutar, aceitar e interpretar corretamente. Assim, o enfermeiro ajuda o paciente na exploração de todos os caminhos da saúde (SANTOS; NÓBREGA, 1994).

A fase de solução é a última do processo interpessoal. Presume-se que as necessidades do paciente já foram satisfeitas através dos esforços cooperativos do enfermeiro e do paciente, ocorrendo a dissolução do elo da relação terapêutica (SANTOS; NÓBREGA, 1994).

Seguindo a linha de pensamento de Peplau, a principal forma de cuidado do enfermeiro é o potencial terapêutico do relacionamento de pessoa-para-pessoa, com foco no desenvolvimento das relações entre o paciente e o enfermeiro, os quais têm como base o interacionismo, a fenomenologia, o existencialismo filosófico e o humanismo (SANTOS; NÓBREGA, 1994).

Esse processo visa diminuir os vieses da pesquisa e com isso obter, da melhor forma possível, os dados durante o estudo (APÊNDICE B).

4.6.2 Exame Cognitivo De Addenbrooke

A versão revisada do exame cognitivo de Addenbrooke (ACE-R) é um instrumento com elevada sensibilidade e especificidade para detectar demência em estágio leve, consistindo em um teste de avaliação cognitiva breve. É composta por cinco itens que visam avaliar os quatro domínios cognitivos principais (orientação, memória, linguagem e função viso-espacial), com pontuação máxima de 30 pontos e um tempo de realização de quinze minutos (MIRANDA, 2018).

4.6.3 Escala de BIS 11

A escala BIS-11 é uma escala de autopreenchimento composta por 30 itens relacionados às manifestações da impulsividade, tendo como base o modelo teórico proposto por Ernst Barratt. O probando deve analisar cada um dos itens, considerando o seu próprio comportamento, e classificá-los de acordo com uma escala do tipo Likert de quatro pontos, a saber: 1 = raramente ou nunca; 2 = de vez em quando; 3 = com frequência; 4 = quase sempre/sempre. A pontuação da escala varia de 30 a 120 pontos, e altos escores indicam a presença de comportamentos impulsivos. Além de um escore global, a BIS-11 permite o cálculo de escores parciais referentes a três subdomínios da impulsividade, sendo eles a impulsividade motora (itens 2, 3, 4, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 25 e 30*), atencional (itens 6, 5, 9*, 11, 20*, 24, 26, 28) e por não

planejamento (itens 1*, 7*, 8*, 10*, 12*, 13*, 14, 15*, 18, 27, 29*) (MALLOY-DINIZ *et al.*, 2010).

4.6.4 Escala de Assist 2.0

As questões da escala de Assist 2.0 abordam a frequência de uso, na vida e nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas malsucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via injetável. Cada resposta corresponde a um escore, que varia de 0 a 4, sendo que a soma total pode variar de 0 a 20 pontos. Considera-se a faixa de escore de 0 a 3 como indicativa de uso ocasional, de 4 a 15 como indicativa de abuso e acima de 16 como sugestiva de dependência (HENRIQUE *et al.*, 2004).

A versão em português utilizada foi previamente submetida ao processo de tradução e retrotradução, tendo por base a versão final do instrumento, em inglês, desenvolvida na fase I do projeto multicêntrico (HENRIQUE *et al.*, 2004).

4.6.5 Desfecho Primário

As alterações cognitivas e as alterações de saúde em uma Unidade Prisional de Santa Catarina estão diretamente ligadas ao estilo de vida que os participantes possuíam antes de adentrar no sistema prisional, agravando-se com o confinamento em um determinado período, no qual não existe qualquer tipo de planejamento de ressocialização dos indivíduos. Assim, esse estudo tem como objetivo avaliar as alterações cognitivas e as alterações em saúde, servindo como base para estudos futuros.

4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise dos dados quantitativos, ocorreu a sua tabulação inicialmente no software Excel. Os dados foram analisados através do programa estatístico SPSS, versão 17. As variáveis foram descritas através de frequências, médias e desvios padrões. O teste qui-quadrado de Pearson foi empregado para testar a associação entre as variáveis categóricas. As variáveis ordinais foram

comparadas pelo teste de tendência linear do qui-quadrado. Na comparação das variáveis dicotômicas com uma variável quantitativa foi utilizado o teste t de Student. Os resultados foram considerados significativos quando $p < 0,05$ (5 %). Para os testes cognitivos, foi calculado a pontuação do Exame Cognitivo de Addenbrooke, Escala de BIS 11 e a Escala de Assist 2.0.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Assim que foi aprovado, iniciou-se a pesquisa, seguindo os princípios éticos estabelecidos na resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Tais princípios têm como função assegurar os direitos da comunidade científica perante os participantes da pesquisa e o estado. Segundo a referida resolução, devem ser seguidos princípios bioéticos, como a autonomia; a não maleficência; a beneficência e a justiça.

Todos os princípios citados foram cuidadosamente seguidos neste estudo. Além dos pontos já referidos, foi realizada a pesquisa com participantes que assinarem o TCLE.

Por fim, este estudo seguiu rígidos padrões de ética no que diz respeito a não divulgação de nenhum dado pessoal dos participantes. Segundo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, os participantes devem ser esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que essa possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

A resolução incorpora referenciais da bioética, como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade (BRASIL, 2012). As resoluções n. 466/2012 e n. 510/2016 visam assegurar os direitos e deveres que dizem respeito a comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e do estado. Dentre os aspectos éticos, o consentimento livre e esclarecido prevê a anuência do sujeito da pesquisa após a explicação completa sobre a sua natureza, seus objetivos, métodos, benefícios previstos e potenciais riscos que possam acarretar, formulada em termo de consentimento, autorizando a sua participação na pesquisa.

Aspectos éticos do estudo, como a confidencialidade, a privacidade, o anonimato e a proteção de imagem, devem ser assegurados aos participantes no decorrer de todo o processo de pesquisa. A pesquisa em seres humanos deverá sempre tratá-lo com dignidade, respeito e defendê-lo em sua vulnerabilidade. Na presente pesquisa foi utilizado um termo de consentimento livre e esclarecido, informando aos participantes da pesquisa os objetivos, métodos, direito de desistir e sigilo em relação à pesquisa.

Existe um risco mínimo para a aplicação dos instrumentos, ou seja, desconfortos durante a realização da pesquisa, pois as perguntas da entrevista estão centradas em seus comportamentos e mudanças comportamentais e/ou desistência da participação da pesquisa quando lerem perguntas conflituosas.

Como benefícios, foram adotados todos os cuidados para enfrentamento da pandemia Covid-19, utilizando os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), como álcool gel, máscaras, luvas e distanciamento, para a aplicação dos instrumentos avaliativos; não aglomeração de reclusos no mesmo horário para preservação do sigilo; aplicação do instrumento individual, preservando a sua participação; não havendo risco com resíduos biológicos e resguardo de todo conteúdo encontrado.

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a aprovação da pesquisa, iniciou-se a coleta de dados, que teve como objetivo avaliar a cognição e as alterações de saúde com 30 reclusos na faixa etária de 18 a 30 anos de idade em uma Unidade Prisional de Santa Catarina.

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES

Dentre os presos incluídos no estudo, a maior parte contempla uma faixa etária média de 26 anos de idade, totalizando 20 % dos pesquisados. Entretanto, a amostra é composta por uma faixa etária que varia entre os 18 anos até os 30 anos de idade, sendo constituída por 66,7 % solteiros e 33,3 % ensino médio incompleto, conforme os dados contemplados na Tabela 01.

Tabela 01 – Perfil sociodemográfico dos indivíduos abordados na pesquisa.

Variáveis	N	%	p
Idade			0,328
21	1	3,3	
22	3	10,0	
23	2	6,7	
25	3	10,0	
26	6	20,0	
27	3	10,0	
28	4	13,3	
Estado Civil			0,023
Solteiro	20	66,7	
Casado	5	16,7	
Separado	1	3,3	
União estável	1	3,3	
Escolaridade			0,487
Inferior ao 4º ano	2	6,7	
Completo a 4ª série	2	6,7	
Ensino médio incompleto	10	33,3	
Ensino médio completo	7	23,3	
Ensino superior	1	3,3	
Ensino fundamental completo	4	13,3	

Fonte: autoras da pesquisa (2022).

Segundo o perfil sociodemográfico analisado por Fovet *et al.* (2020), 49,7 % eram pessoas entre 18 e 19 anos, 50,3 % possuíam nível de escolaridade secundário e 43,7 % solteiros. Em pesquisa de Santos e Saccol (2015), 88,89 % possuíam ensino fundamental incompleto e 33,33 % eram separados.

Carvalho (2006) demonstrou, através dos seus estudos, que 45,4 % dos presos eram solteiros e 70,4 % com primeiro grau incompleto. Saffi (2009) afirma que 65 % dos presos eram jovens de até 30 anos, 58 % tinham entre 5º e 8º série do ensino fundamental, 46,51 % solteiros e 34,88% não possui filhos.

5.1.1 Situação laboral dos participantes

Em relação a situação laboral, 80 % dos reclusos estão desempregados no momento e 56,7 % trabalhavam em período integral antes da reclusão. Existem poucos estudos evidenciando a situação laboral de reclusos, fazendo-se necessário mais pesquisas abordando esse tema, sabendo de seus benefícios para a saúde mental. Conforme pesquisa realizada por Fovet *et al.* (2020), 71,5 % da população carcerária eram desempregados.

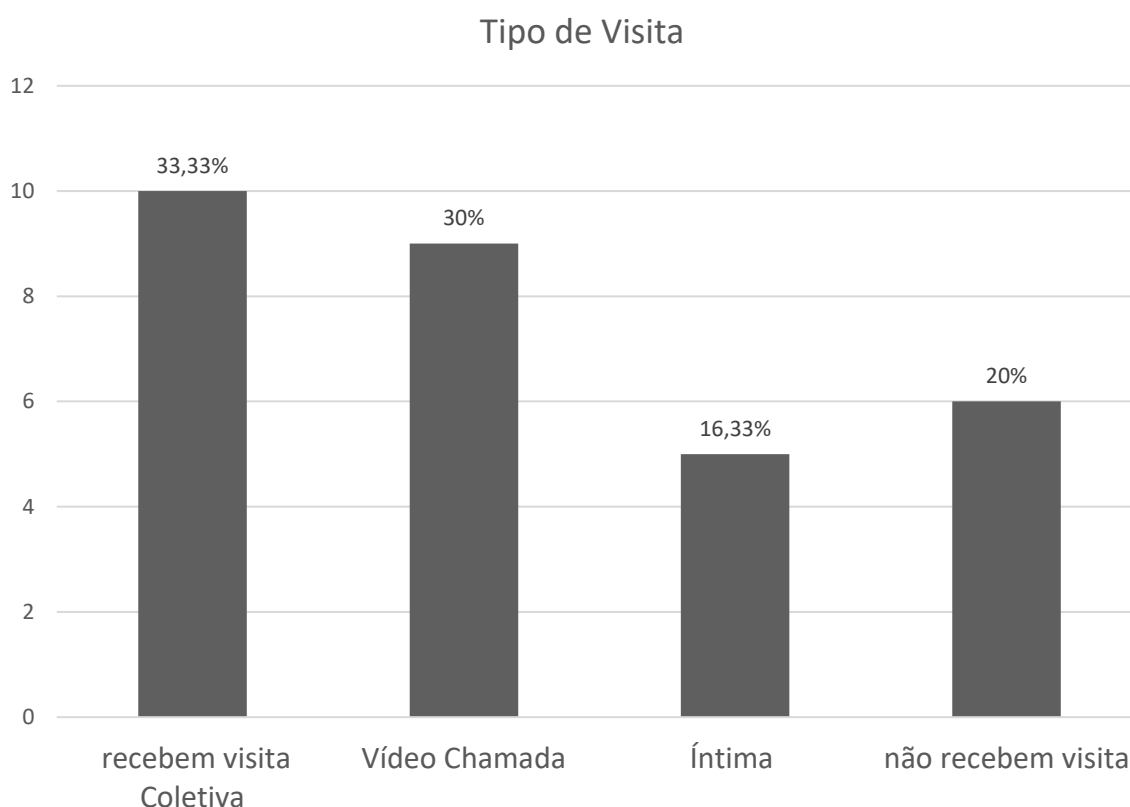
Tendo em vista que Santa Catarina é modelo em situação laboral, os números analisados demonstram que a maioria dos reclusos não exerce atividade laboral no momento. O trabalho ajuda na manutenção física e psicológica das pessoas, sendo um fator importante na ressocialização e introdução na sociedade.

5.1.2 Tipo de visita dos participantes

Conforme a Figura 01, o tipo de visita com maior adesão foi a visita coletiva (33,33 %), que compreende familiares ou companheiros que tenham vínculo comprovado e que não tenham impedimentos para isso, seguido por vídeo chamada (30 %), que são realizadas por meio de videoconferência, permitindo o contato visual e sonoro entre reeducandos e visitantes. Essa ferramenta pode ser usufruída pelo familiar que estiver cadastrado no rol de visitas dos reeducandos, sendo que essa modalidade foi implementada com o início da pandemia em 2019 e mantida até hoje, facilitando o contato com familiares que moram em cidades distantes. Além disso, 16,66 % recebem visita íntima, sendo um direito que o preso possui a manter encontros íntimos de maneira regular com seu cônjuge, cuja justificativa legal reside

sobre a sua importância no estreitamento das relações familiares; e 20 % não recebe nenhum tipo de visita, por vontade própria ou por abandono da família. De acordo com Carvalho (2006), 26,9 % dos reclusos recebiam visita íntima em seu estudo.

Figura 01 – Tipo de visitas recebidas pelos indivíduos abordados na pesquisa.



Fonte: autoras da pesquisa (2022).

5.1.3 Antecedente familiar de reclusão dos participantes

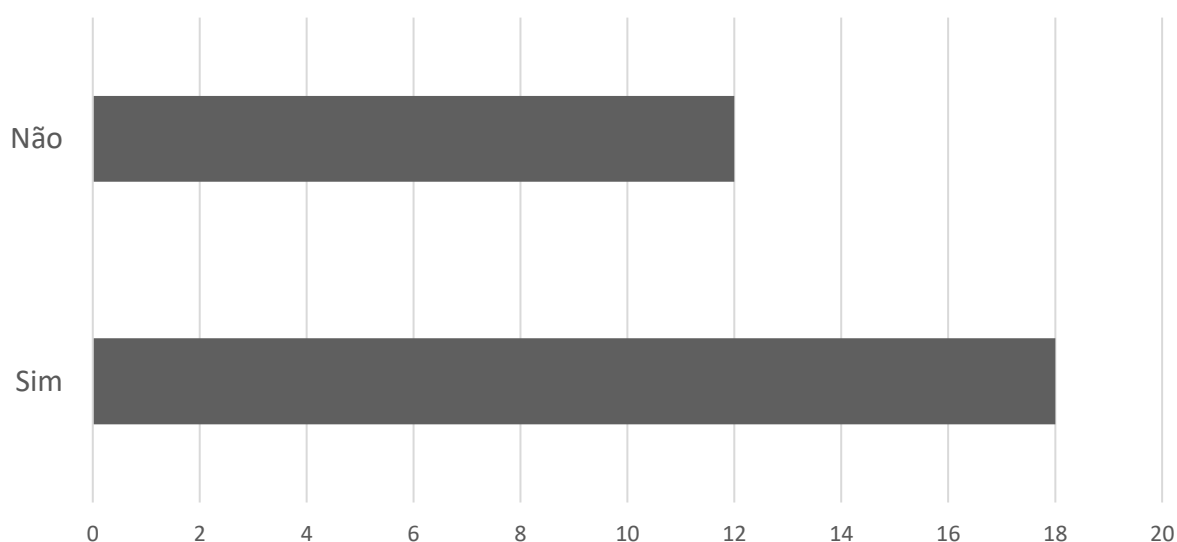
A taxa crescente de encarceramento tem impacto negativo sobre a população concomitante crescente de crianças e jovens parentes de detentos. A taxa de encarceramento nos Estados Unidos mais do que quadruplicou desde a década de 1970 e levou os Estados Unidos da América a ter a maior taxa de encarceramento e a maior população carcerária do mundo, com aumentos desproporcionais encontrados entre grupos raciais e étnicos minoritários (FLEMING; NURIUS, 2019). Segundo Saffi (2009), 40 % dos presos possuem ao menos um familiar que já teve passagem pelo sistema prisional.

Essa expansão no encarceramento é particularmente devastadora para os mais de 02 milhões de crianças e parentes jovens de membros da família dos encarcerados, sendo que as crianças estão mais propensas a experimentar maiores riscos ao longo da vida, incluindo a maior probabilidade de problemas de saúde comportamental, como deficiência de saúde mental e abuso de substâncias (FLEMING; NURIUS, 2019).

Um número expressivo de crianças tem pais, cuidadores e família com histórico de encarceramento nos Estados Unidos, criando o potencial para uma população cada vez maior com risco elevado de curso de vida (FLEMING; NURIUS, 2019).

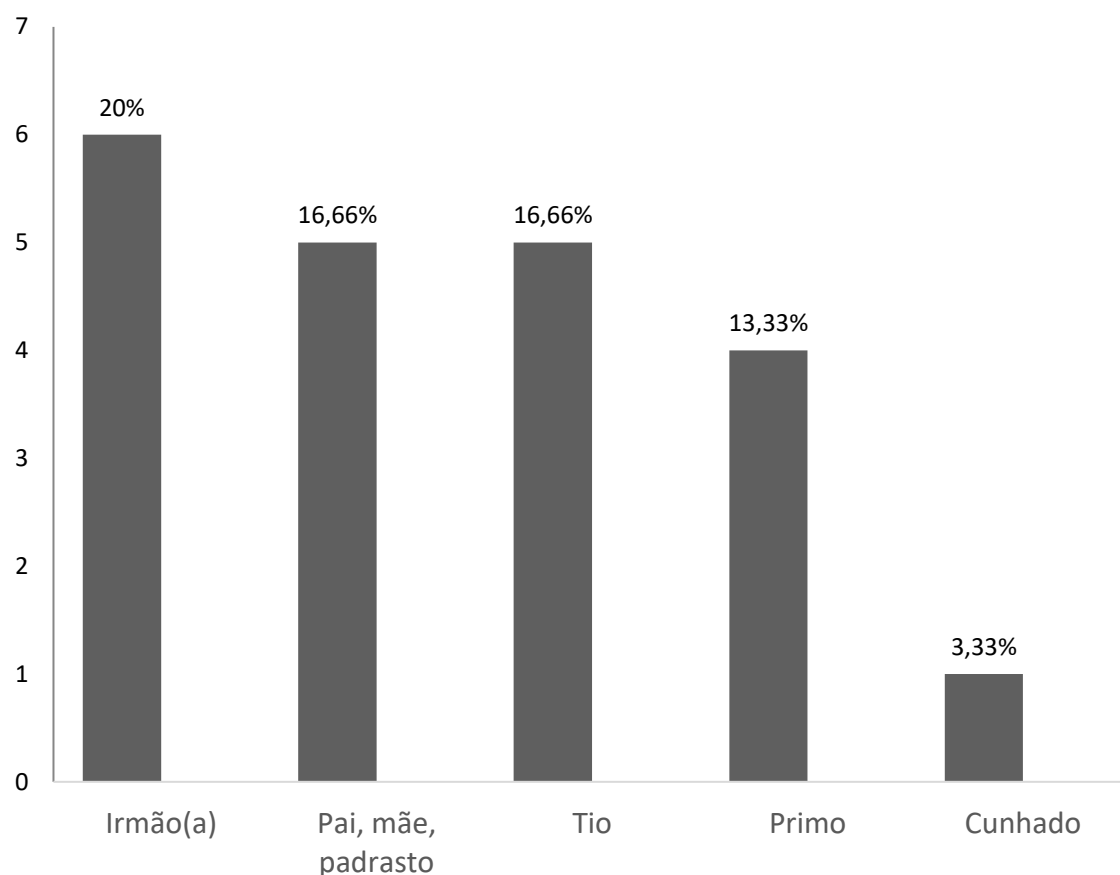
A presente pesquisa demonstrou que dentre os entrevistados mais da metade dos reclusos (60 %) possuíam algum tipo de parentesco com alguém que já esteve em situação de reclusão, incluindo irmão(a) (20%); pai, mãe, padrasto e tio (16,66 %); primo(a) (13,33 %) e cunhado (3,33 %), reforçando as citações dos autores acima a respeito da ideia de que essa população é mais vulnerável, tendo propensão a problemas de saúde e abuso de substâncias, por serem influenciados pelo estilo de vida dos familiares e do meio em que vivem, conforme as Figuras 02 e 03.

Figura 02 – Existência de familiares em situação de reclusão nos indivíduos abordados na pesquisa.



Fonte: autoras da pesquisa (2022).

Figura 03 – Grau de parentesco dos indivíduos abordados na pesquisa em relação aos familiares com histórico de reclusão.



Fonte: autoras da pesquisa (2022).

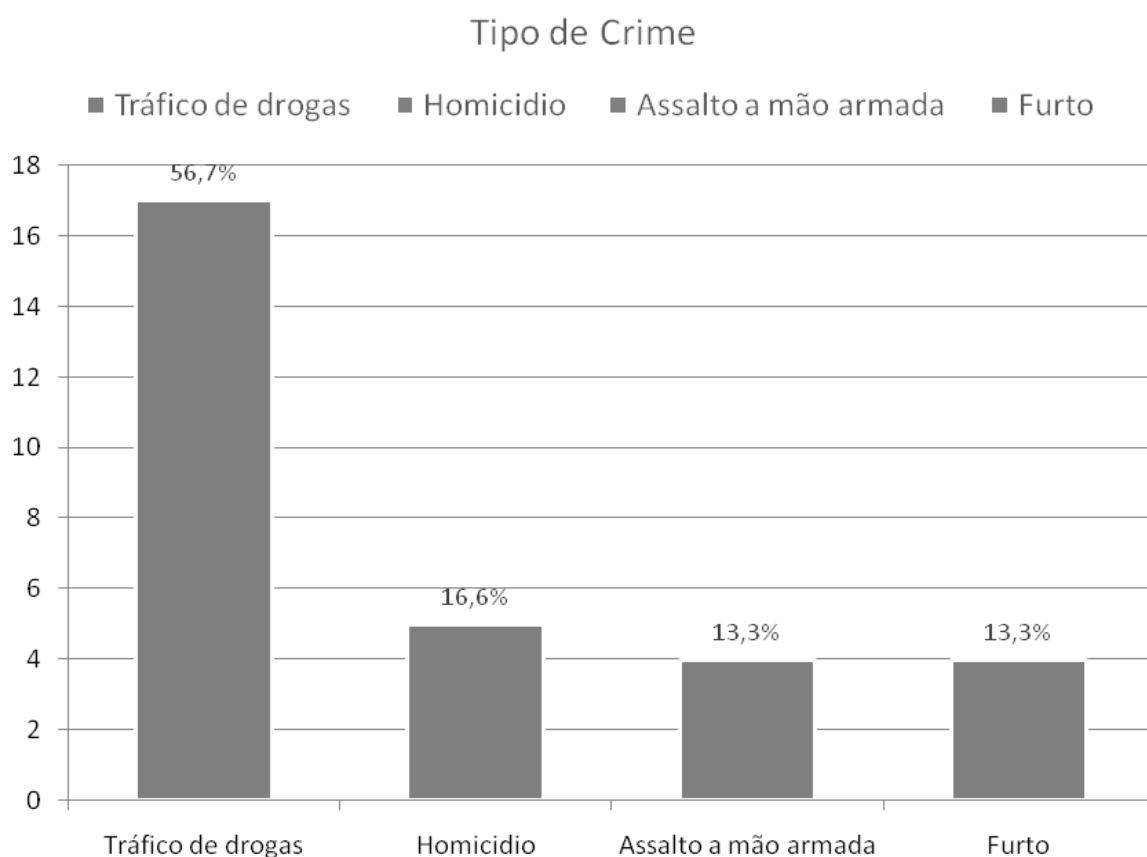
5.1.4 Tipo de crime dos participantes

Carvalho (2006), em uma de suas pesquisas, demonstra que 42 % dos principais artigos penais foi roubo, estando fortemente associado ao sexo masculino, seguido por 35 % por tráfico de drogas, tendo esses 1,21 vezes mais chances de consumirem drogas antes da reclusão.

A presente pesquisa traz dados diferenciados, onde 56,7 % dos reclusos estão cumprindo pena por tráfico de drogas, sendo esses enquadrados como tráfico de drogas (vender, comprar, produzir, guardar, transportar, importar, exportar, oferecer ou entregar para consumo), mesmo que de graça, dentre outras condutas, sendo um grande problema nacional, impulsionando outros crimes; 16,6 % cumprem pena por homicídio, que é o ato de matar uma pessoa, quer seja de forma voluntária ou involuntária; seguido de 13,3 % por assalto a mão armada, subtraindo um objeto

móvel alheio para si ou para outrem, mediante grave ameaça ou violência a pessoa; e 13,3 % por furto, subtraindo para si ou para outrem um objeto alheio móvel (Figura 04).

Figura 04 – Tipos de crimes cometidos pelos indivíduos abordados na pesquisa.



Fonte: autoras da pesquisa (2022).

5.1.5 Perfil sociodemográfico – Reclusão dos participantes

Alguns achados de estudos demonstram piora dos sintomas depressivos e satisfação com a vida durante o encarceramento. Além disso, os detentos colocados em confinamento solitário sofrem muito, e tal confinamento tem sérias repercussões a curto e longo prazo. Por exemplo, os presos em confinamento solitário no sistema penitenciário da cidade de Nova York tinham 6,27 chances de automutilação potencialmente fatal (incluindo enforcamento e ingestão de veneno) do que aqueles não colocados em confinamento solitário (WILDEMAN *et al.*, 2017).

No geral, o bem-estar físico e psicológico piora para os presos, enquanto a mortalidade diminui (WILDEMAN *et al.*, 2017). Conforme dados da pesquisa de Santos (2015), 44,44 % dos reclusos ainda não haviam sido julgados e, portanto, não tinham seu tempo de reclusão definido. Segundo Saffi (2009), o tempo médio de reclusão de 44,19 % dos presos foi entre 05 e 10 anos.

No entanto, a maioria das pesquisas sobre a saúde mental de detentos, embora reconheça a alta prevalência de problemas de saúde mental em populações correcionais, não testou se a saúde mental muda como resultado do encarceramento (WILDEMAN *et al.*, 2017).

A presente pesquisa demonstrou que 23,3 % dos reclusos possuem tempo de reclusão de 05 a 10 anos, 20 % de 3 a 4 anos, 16,7 % de 1 a 2 anos, 16,7 % ainda não foram julgados, 13,3 % mais de 10 anos, 6,7 % até 3 meses e 3,3 % de 04 meses a 11 meses, conforme demonstrado na Tabela 02. Sendo que 46,6 % foram já foram submetidos à isolamento por medida de segurança ou por motivo de saúde, 33,3 % ficaram isolados em cela disciplinar, e nesse ambiente o recluso não pode tomar banho de sol e nem contato com outros reclusos, perdendo também o direito de visitas; 10 % em cela coletiva, nela ficam todos os integrantes da cela, possibilitando banho de sol e visita por meio de vídeo chamada, e 3,3 % em cela íntima, utilizada como isolamento em tempo de pandemia para reclusos com problemas de saúde.

Tabela 02 – Perfil sociodemográfico em relação à reclusão dos indivíduos abordados na pesquisa.

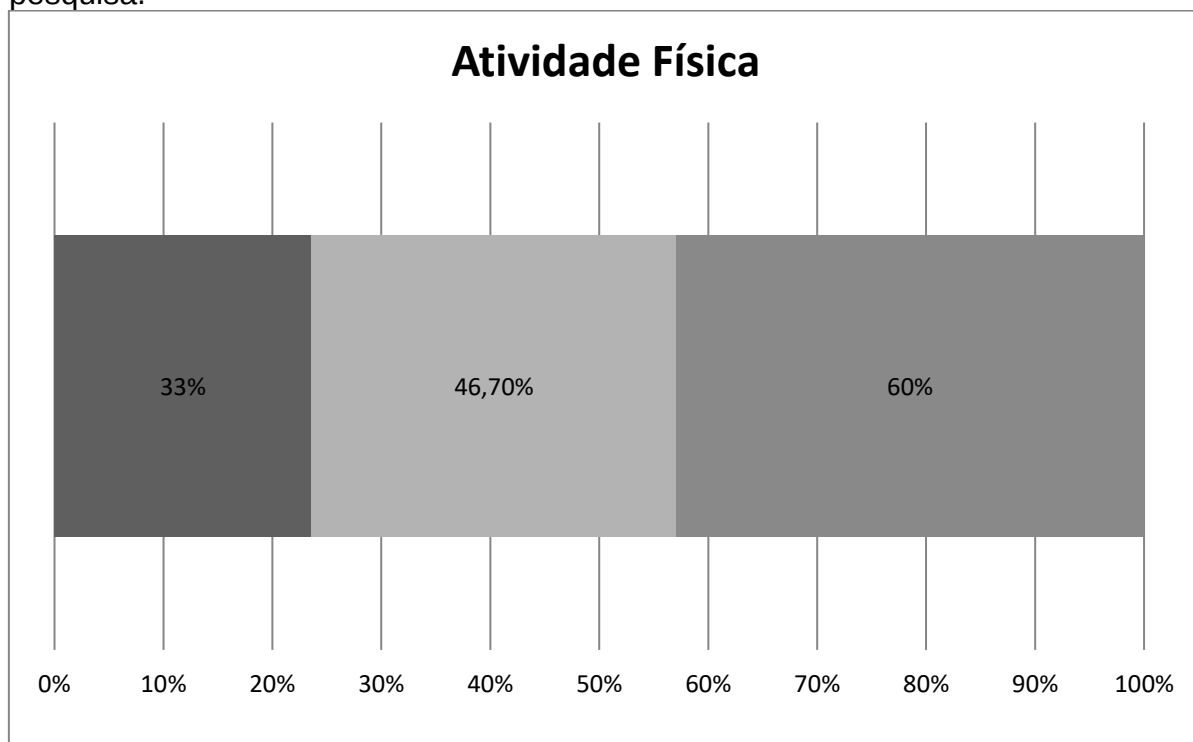
Variáveis	n	%	p
Isolamento Durante Reclusão			0,234
Não	16	53,3	
Cela disciplinar	10	33,3	
Cela coletiva	3	10,0	
Cela íntima	1	3,3	
Tempo de Reclusão			0,471
0 a 3 meses	2	6,7	
4 a 11 meses	1	3,3	
1 a 2 anos	5	16,7	
3 a 4anos	6	20,0	
5 a 10anos	7	23,3	
Mais de 10 anos	4	13,3	
Não sabe	5	16,7	

Fonte: autoras da pesquisa (2022).

5.1.6 Atividade física dos participantes

A Figura 05 demonstra que 33,3 % dos reclusos consideravam-se bastante ativo fisicamente antes da reclusão, 46,7 % consideram a sua atividade física moderada nas últimas quatro semanas, sendo que 60 % consideram essa rotina diária. Sabe-se que a atividade física está diretamente relacionada à melhoria da qualidade de vida e reduz, consideravelmente, os riscos de desenvolvimento de doenças físicas e psicológicas.

Figura 05 – Taxa de realização de atividade física pelos indivíduos abordados na pesquisa.



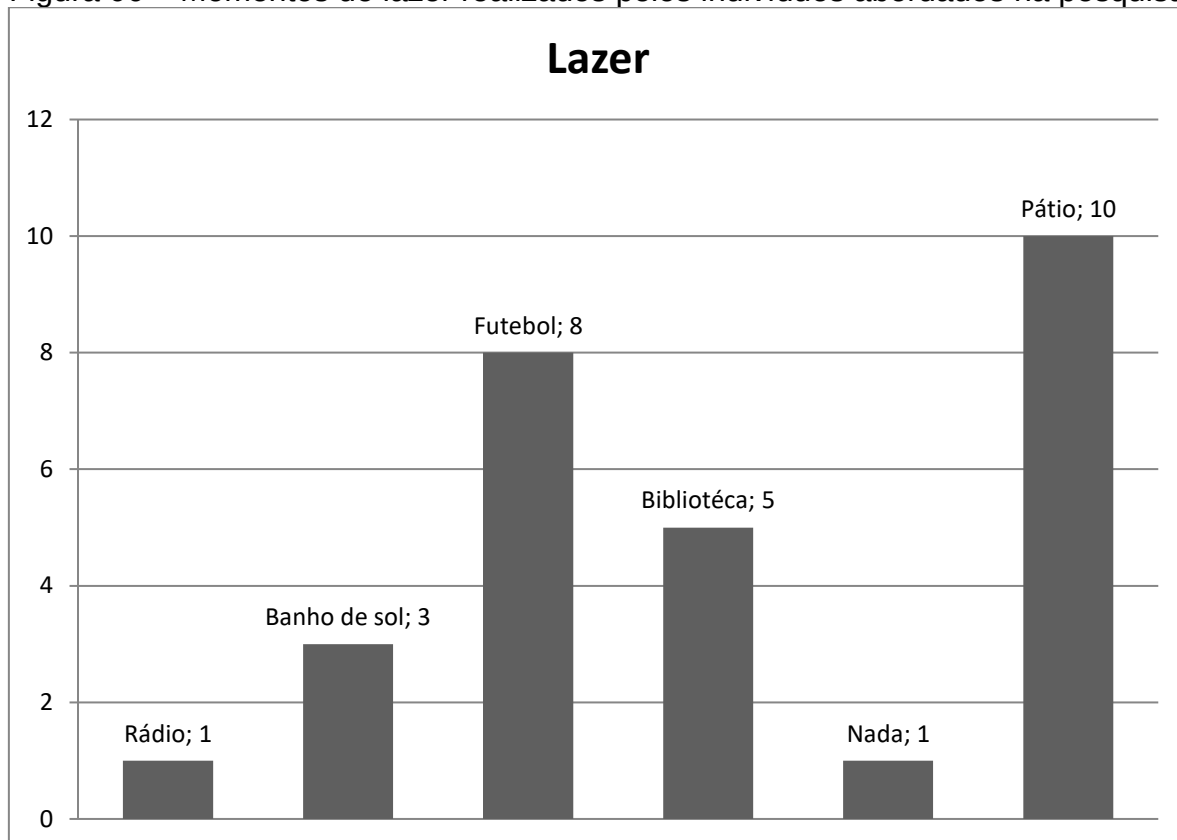
Fonte: autoras da pesquisa (2022).

5.1.6 Momento de lazer dos participantes

Quando pesquisado o item lazer, verificou-se que 36 % utilizam o pátio como tempo recreativo, 29 % jogam futebol, 18 % citam a biblioteca, 11 % preferem banho de sol, 3 % rádio e outros 3 % não apresentaram momentos de lazer (Figura 06). O lazer está associado a melhora da qualidade de vida e promoção de saúde,

favorecendo a socialização. Vale ressaltar que essa modalidade não é obrigatória, mas é de direito dos reclusos.

Figura 06 – Momentos de lazer realizados pelos indivíduos abordados na pesquisa.

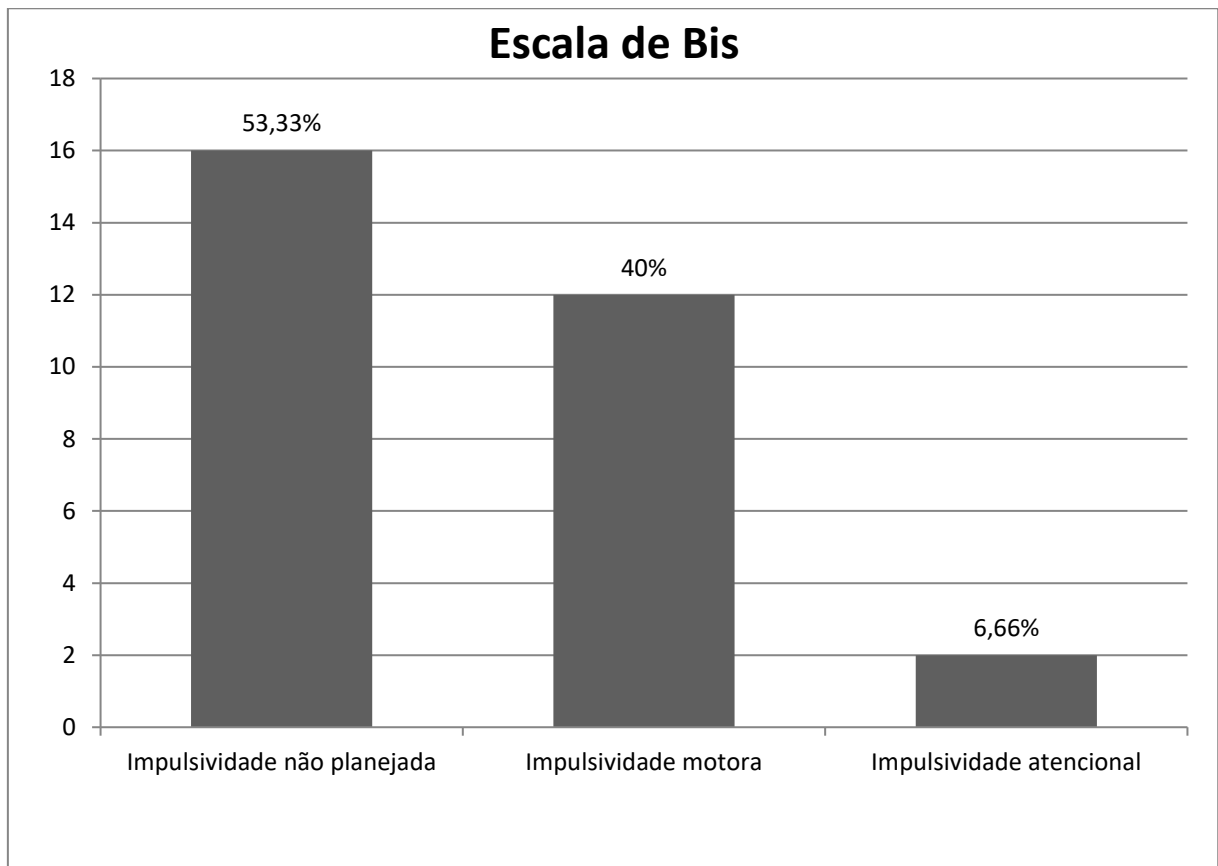


Fonte: autoras da pesquisa (2022).

5.2 ANÁLISE DA ESCALA DE BIS DOS PARTICIPANTES

A escala de BIS-11 foi classificada conforme demonstrado na Figura 07, tendo três classificações: impulsividade motora, impulsividade atencional e impulsividade não planejada, e conforme dados da pesquisa, o maior índice é o da impulsividade não planejada. Os entrevistados se enquadraram com 53,33 % em impulsividade não planejada, 40 % com impulsividade motora e 6,66 % por pessoas com impulsividade atencional.

Figura 07 – Escala de BIS-11 de acordo com as respostas dos indivíduos abordados na pesquisa.



Fonte: autoras da pesquisa (2022).

Pensa-se que a impulsividade e a compulsividade estão subjacentes a comportamentos violentos. A impulsividade está relacionada à diminuição do controle cognitivo, aumento do risco e desinibição comportamental, como por exemplo, a dependência de drogas (LÓPEZ *et al.*, 2021).

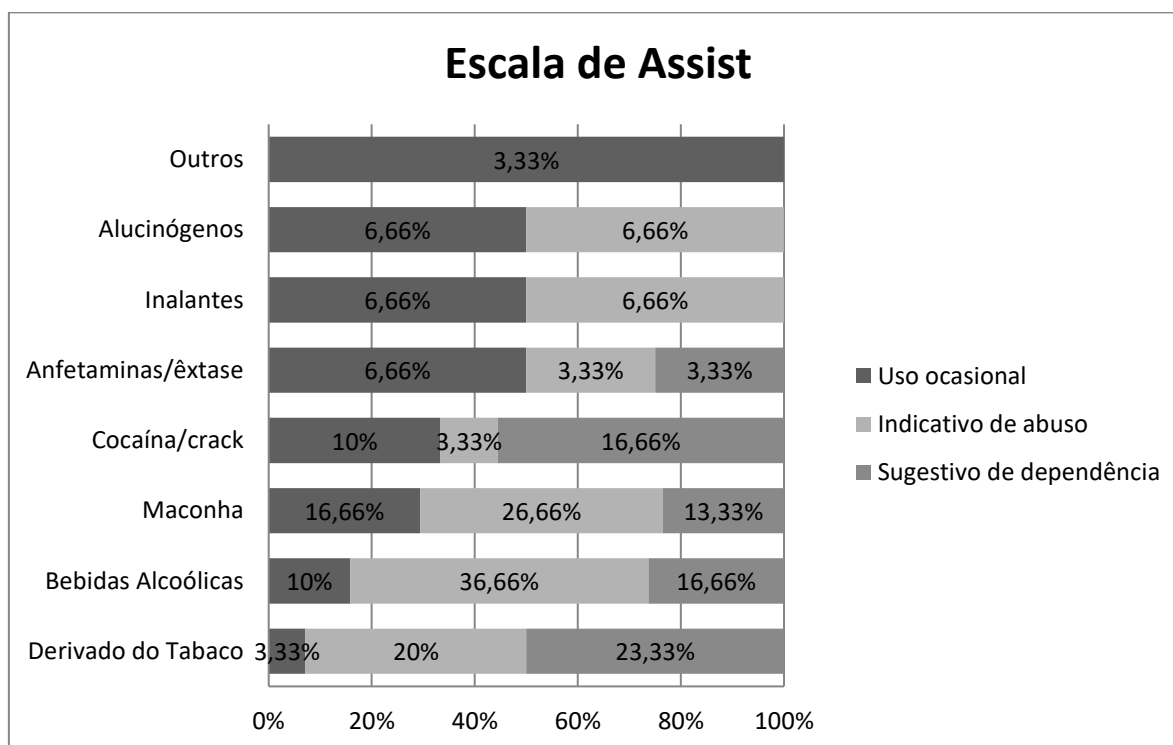
Avanços recentes na compreensão dos neurocircuitos da impulsividade e da compulsividade levaram à ideia de que muitos comportamentos que não são considerados corretos, como a prática de crimes, compartilham essas duas dimensões (impulsividade e compulsividade). Transtornos impulsivos e compulsivos, incluindo agressão e, portanto, a prática de crimes, são causados em parte pelo processamento ineficiente de informações nas funções executivas. Comportamentos impulsivos e compulsivos são ambos caracterizados pela incapacidade de inibir ou retardar o comportamento, que está relacionado ao córtex pré-frontal. O comportamento compulsivo parece estar associado ao aumento da atividade do lobo

frontal, enquanto o comportamento impulsivo pode estar associado à redução da atividade nessa região (LÓPEZ *et al.*, 2021).

5.3 ANÁLISE DA ESCALA DE ASSIST DOS PARTICIPANTES

Através da aplicação da escala de Assist, foi possível avaliar quais eram as substâncias psicoativas mais utilizadas entre a amostra, além de permitir detectar o uso abusivo/dependência das mesmas, sendo os resultados demonstrados na Figura 08.

Figura 08 – Escala de Assist de acordo com as respostas dos indivíduos abordados na pesquisa.



Fonte: autoras da pesquisa (2022).

O álcool foi a substância mais utilizada entre a amostra, totalizando 63,33 %, seguido por maconha (56,67 %), derivados do tabaco (46,66 %), cocaína/crack (30 %), anfetaminas/êxtase (13,33 %), inalantes (13,33 %), alucinógenos (13,33 %) e outros (3,33 %).

A substância de maior sugestivo de dependência foi o derivado do tabaco (23,33 %), seguido de álcool (16,66 %) e cocaína/crack (16,66 %), maconha (13,33 %).

%) e anfetaminas/êxtase (3,33 %). O indicativo de abuso da primeira substância foi o álcool (36,66 %), maconha (26,66 %), derivado do tabaco (20 %), inalantes e alucinógenos (6,66 %) e anfetaminas/êxtase (3,33 %).

Segundo a pesquisa de Fovet *et al.* (2022), o uso de substâncias é maior na população carcerária do que a população geral (álcool: 62,1 % vs. 56,4 %, $p = 0,007$; cannabis: 45,6 % vs. 13,9 %). A ansiedade e os transtornos de humor concomitantes foram particularmente mais frequentes na prisão do que na população em geral (FOVET *et al.*, 2022).

Em relação as principais drogas utilizadas antes da prisão, 74,3 % dos reclusos responderam álcool, seguida de 61,8 % maconha. Quando perguntado quais as principais drogas utilizadas na prisão, 57,4 % responderam nenhuma, 27,7 % maconha, 18,8 % cocaína, 18,5 % tranquilizantes e 9,7 % álcool (CARVALHO *et al.*, 2006). Além disso, 88,37 % já fez uso de droga ilícita, sendo as mais usadas a cocaína, maconha e solventes (SAFFI, 2009).

Pesquisadores especulam que os efeitos protetores do encarceramento atual para esse grupo podem ser impulsionados pela diminuição do risco de morte por violência ou acidentes, redução do acesso a drogas ilícitas e álcool e melhoria do acesso aos cuidados de saúde, embora esses mecanismos ainda precisem ser debatidos (WILDEMAN *et al.*, 2017).

6.4 ANÁLISE DO EXAME COGNITIVO DE ADDENBROOKE DOS PARTICIPANTES

A ferramenta ACE-R demonstrou resultados indicativos de déficits cognitivos em 23,33 % dos indivíduos. Assim, 76,67 % dos participantes conseguiram atingir o score estabelecido para esse instrumento. A média do valor total obtido na ACE-R foi de 75,47 pontos, com o mínimo de 54 pontos e o máximo de 88 pontos, tendo como nota de corte 69 pontos.

Todos os participantes conseguiram completar o teste, a nota de corte é baseada no nível de escolaridade dos indivíduos. Dos participantes, 02 possuíam de 01 a 03 anos de estudo, 02 de 04 a 07 anos, 10 de 08 a 11 anos e 16 tinham mais de 12 anos de estudo, conforme exposto na Tabela 03.

César (2017), comenta que para distinguir o nível cognitivo normal de demência, um ponto de corte de 64 pontos foi estabelecido (sensibilidade de 91 % e especificidade de 76 %) e para diferenciar o nível cognitivo normal de declínio

cognitivo sem demência o melhor ponto de corte foi de 69 pontos (sensibilidade de 73 % e especificidade de 65 %). Os pontos de corte variaram de acordo com a escolaridade (CÉSAR *et al.*, 2017).

Tabela 03 – Exame Cognitivo de Addenbrooke de acordo com as respostas dos indivíduos abordados na pesquisa.

n = 30	Mínimo	Máximo	Média	Total Máximo	P
Idade	18	29	26		
Escolaridade	3	22	12		
ACER-R scores					
Atenção	10	18	15,07	18	0,234
Concentração					
Fluência	04	14	9,47	14	0,145
Linguagem	19	26	23,03	26	0,075
Visão espacial	09	16	16	16	0,114
Memória	04	24	15,77	26	0,147
Total score	54	88	75,47	100	

Fonte: autoras da pesquisa (2022).

6 CONCLUSÃO

A pesquisa trouxe resultados esperados e alguns que nos surpreenderam pelos pré-conceitos comportamentais quanto às pessoas reclusas. Concluimos que a população de maior incidência em presídios pertence à faixa etária entre 18 e 30 anos, que são homens solteiros e com nível de escolaridade de ensino médio incompleto, e que 57 % desses estão cumprindo artigo penal por tráfico de drogas, seguido de artigos do tipo assalto a mão armada, roubo e homicídio.

Um dos impactos do confinamento demonstra uma classificação de impulsividade em 3 grandes proporções comportamentais. No ranking aparece “falta de planejamento”, que não pensam no futuro e vivem o momento presente; em segundo aparece a “impulsividade motora”, que demonstra a inibição de respostas incoerentes com o contexto e, por último, a “impulsividade atencional”, que está relacionada com a tomada rápida de decisões.

Um outro ponto observado, não menos importante, foi o abuso de substâncias psicoativas de forma desordenada e influenciada antes, durante e após a reclusão. As questões sobre as alterações de saúde demonstram que a grande maioria (64 %) já tiveram contato com algum tipo de droga, sendo o álcool a mais utilizada, seguida pela maconha.

Outro item indicativo de maior proporção na aplicação da escala de Assist traz o álcool (36,66 %) como maior “indicativo de abuso”; outro tópico da escala sugestivo de dependência traz os derivados do tabaco (23,33 %), seguido pelo álcool e a cocaína (16,66 %). O uso ocasional, não muito despercebido ou incomum, traz o uso da maconha (16,66 %) e outras drogas ilícitas (6,69 %).

Na avaliação cognitiva, um dado surpreendente demonstrou que, dentre os pesquisados, 76,67 % não apresentou déficit cognitivo ou declínio de cognição. Verificou-se que a mudança habitacional não provocou alterações comportamentais e funcionais pelos resultados encontrados. A confirmação de todas essas alterações e mudanças são pouco estudadas e com pouquíssimas publicações.

Dentro do contexto do sistema penitenciário, observa-se que o enfermeiro desempenha um papel fundamental, porém, muitas vezes restrito, devido à organização do sistema.

O que observa-se na prática, é que a atuação desse profissional, tem implicado cada vez mais na melhoria da assistência à saúde no âmbito prisional, uma

vez que o enfermeiro é capaz de se adaptar, dar resolutividade e permitir o acesso de forma integral do recluso ao sistema de saúde.

O enfermeiro é o profissional apto a prestar assistência integral resolutiva, contínua e qualificada às necessidades de saúde da população penitenciária, além de contribuir para o controle dos agravos mais acometidos neste ambiente, definindo e implementando ações e serviços de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. M. C. de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. Saúde mental no Brasil: avanços e retrocessos. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 11, p. 1-6, 2019.

BATISTA, M. A.; ARAÚJO, J. L.; NASCIMENTO, E. G. C. Assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade provisória: análise da efetividade do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário. **Arquivos de Ciências da Saúde UNIPAR**, v. 23, n. 2, p. 71-80, 2019.

BRASIL. **Portaria Interministerial MS/MJ n. 1.777, de 09 de setembro de 2003.** Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.** 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Brasília, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no Sistema Prisional.** 2014. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/ape/pnaisp/saude_mental. Acesso em: 13 de abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016.** Determina diretrizes éticas específicas para as ciências humanas e sociais. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **PNAISP.** 2021. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pnaisp>. Acesso em: 15 de maio de 2022.

BRITO-COSTA, S. M.; DE ALMEIDA, H. M. R.; LOPES, C. Uma nova abordagem para a mensuração do comportamento do consumidor: versão portuguesa da escala de impulsividade EIB-11. **Revista ESPACIOS**, v. 40, n. 18, p. 15-25, 2019.

CÂMARA, A. M. C. S.; MELO, V. L. C.; GOMES, M. G. P.; PENA, B. C.; SILVA, A. P.; OLIVEIRA, K. M.; MORAES, A. P. S.; COELHO, G. R.; VICTORINO, L. R. Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, p. 40-50, 2012.

CARDOSO, T. V. M.; OLIVEIRA, R. M. P.; LOYOLA, C. M. D. Um entendimento linear sobre a teoria de Peplau e os princípios da reforma psiquiátrica brasileira. **Escola Anna Nery**, v. 10, n. 4, p. 718-724, 2006.

CARVALHO, M. L.; VALENTE, J. G.; ASSIS, S. G.; VASCONCELOS, A. G. G. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 2, p. 461-470, 2006.

CARVALHO, S. A. **A saúde no sistema prisional brasileiro: uma revisão integrativa**. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade de Brasília. Brasília, p. 32. 2018.

CARVALHO, V. A.; CARAMELLI, P. **Exame cognitivo de Addenbrooke – versão revisada**. Tese (Doutorado em Neuropsicologia) - Academia Brasileira de Neurologia. São Paulo. 2007.

CÉSAR, K. G.; YASSUDA, M. S.; PORTO, F. H. G.; BRUCKI, S. M. D.; NITRINI, R. Addenbrooke's cognitive examination - revised: normative and accuracy data for seniors with heterogeneous educational level in brazil. **International Psychogeriatrics**, v. 29, n. 8, p. 1345-1353, 2017.

CIASC. Centro de Informática e Automação do Estado de Santa Catarina. Secretaria do Estado de Segurança Pública. **Boletim Mensal de Indicadores – Sistema Integrado de Segurança Pública (SISP)**. 2022. Disponível em: <https://www.ciasc.sc.gov.br/produto/sisp-sistema-integrado-de-seguranca-publica/>. Acesso em: 16 de maio de 2022.

COELHO, M. T. A. D. A saúde mental de infratores presos numa unidade prisional da cidade do Salvador. In: COELHO, M. T. A. D.; CARVALHO FILHO, M. J. **Prisões numa abordagem interdisciplinar**. Salvador: EDUFBA, 2012. p. 131-144.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **A atuação da Enfermagem na assistência à saúde da população carcerária**. 2011. Disponível em: http://proficiencia.cofen.gov.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=181:a-atuacao-da-enfermagem-na-assistencia-a-saude-da-populacao-carceraria-&catid=39:blog&Itemid=65. Acesso em: 16 de maio de 2022.

CONSTANTINO, P.; ASSIS, S. G.; PINTO, L. W. O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 7, p. 2089-2099, 2016.

CSSPPO. Colegiado Superior de Segurança Pública e Perícia Oficial. **Santa Catarina registra novos recordes com a redução dos índices de criminalidade em janeiro**. Disponível em: <https://www.ssp.sc.gov.br/index.php/component/content/article/87-noticias/2516-santa-catarina-registra-novos-recordes-com-a-reducao-dos-indices-de-criminalidade-em-janeiro>. Acesso em: 08 de maio de 2022.

DAMAS, F. B.; OLIVEIRA, W. F. A saúde mental nas prisões de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 5, n. 12, p. 1-24, 2013.

FERREIRA, C. A. L. Pesquisa quantitativa e qualitativa: perspectivas para o campo da educação. **Revista Mosaico**, v. 8, n. 2, p. 173-182, 2015.

FIRMINO, H.; SIMÕES, M. R.; PINHO, M. S.; CEREJEIRA, J.; MARTINS, C. **Avaliação Cognitiva de Addenbrooke-Revista: Versão Portuguesa**. 2. ed. Portugal: Editora da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, 2018.

FLEMING, C. M.; NURIUS, P. S. Incarceration and adversity histories: modeling life course pathways affecting behavioral health. **Am J Orthopsychiatry**, v. 90, n. 3, p. 312-323, 2019.

FOVET, T.; PLANCKE, L.; AMARIEI, A.; BENRADIO, I.; CARTON, F.; SY, A.; KYHENG, M.; TASNIERE, G.; AMAD, A.; DANIEL, T.; THOMAS, P.; ROELANDT, J. Mental disorders on admission to jail: a study of prevalence and a comparison with a Community sample in the north of France. **Eur Psychiatry**, v. 63, n. 1, p. 1-7, 2020.

FOVET, T.; WATHELET, M.; BENBOURICHE, M.; BENRADIO, I.; ROELANDT, J.; THOMAS, P.; D'HONDT, F.; ROLLAND, B. Substance use, substance use disorders, and co-occurring psychiatric disorders in recently incarcerated men: a comparison with the general population. **European Addiction Research**, v. 1, n. 28, p. 368-376, 2022.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. **Santa Catarina sedia reunião do Conselho e SAP realiza mostra laboral do sistema prisional**. 2019. Disponível em: <https://www.sc.gov.br/noticias/temas/justica-e-defesa-da-cidadania/modelo-de-ressocializacao-de-presos-catarinense-termina-o-ano-como-referencia-nacional>. Acesso em: 16 de maio de 2022.

HENRIQUE, I. F. S.; MICHELI, D.; LACERDA, R. B.; LACERDA, L. A.; FORMIGONI, M. L. O. S. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 2, p. 199-206, 2004.

JASKOWIAK, C. R.; FONTANA, R. T. The work in prison: reflections on the health of prison officers. **Rev Bras Enferm**, v. 68, n. 2, p. 210-217, 2015.

LIMA, F. G.; SICILIANI, C. C.; DREHMER, L. B. R. O perfil atual da saúde mental na atenção primária brasileira. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 24, n. 2, p. 143-148, 2012.

LIMA, L. **Sucesso da política de ressocialização no sistema prisional catarinense é destaque de audiência pública**. 2019. Disponível em: <https://www.sc.gov.br/index.php/noticias/temas/justica-e-defesa-da-cidadania/sucesso-da-politica-de-ressocializacao-no-sistema-prisional-catarinense-e-destaque-de-audiencia-publica>. Acesso em: 10 de maio de 2022.

LÓPEZ-TORRECILLAS, F.; CASTILLO-FERNÁNDEZ, E.; RAMÍREZ-UCLÉS, I.; MARTÍN, I. Impulsivity and compulsivity and their relationship with non-adherence to treatment in the prison population. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 18, n. 16, p. 1-10, 2021.

MACHADO, N. O.; GUIMARÃES, I. S. A realidade do sistema prisional brasileiro e o princípio da dignidade da pessoa humana. **Revista Eletrônica de Iniciação Científica**, v. 5, n.1, p. 566-581, 2014.

MALLOY-DINIZ, L. F.; MATTOS, P.; LEITE, W. B.; ABREU, N.; COUTINHO, G.; DE PAULA, J. J.; TAVARES, H.; VASCONCELOS, A. G.; FUENTES, D. Tradução e adaptação cultural da Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) para aplicação em adultos brasileiros. **Jornal Brasileiro Psiquiatria**, v. 59, n. 2, p. 99–105, 2010.

MALTA, D. C.; CASTRO, A. M.; GOSCH, C. S.; CRUZ, D. K. A.; BRESSAN, A.; NOGUEIRA, J. D.; MORAIS NETO, O. L.; TEMPORÃO, J. G. A política nacional de promoção da saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 18, n. 1, p. 79-86, 2009.

MATHURANATH, P. S. A brief cognitive test battery to differentiate Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. **Revista Neurology**, v. 5, n. 11, p. 1613–1620, 2011.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

MIRANDA, D. C. **Mini-addenbrooke'scognitiveexamination (M-ACE) como instrumento de avaliação cognitiva breve no comprometimento cognitivo leve e doença de Alzheimer leve**. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo. São Paulo, p. 91. 2018.

NASCIMENTO, L. F.; FERREIRA JÚNIOR, M. C. C. Benefícios da utilização de parcerias público privadas para ressocialização de detentos comparado ao sistema carcerário comum. **Revista Jus Navigandi**, n. 6540, p. 1-15, 2021.

OLIVEIRA, C. N.; SOARES, D. A.; AMORIM, W. W. C. C.; LOUZADO, J. A.; CORTES, M. L.; MISTRO, S.; OLIVEIRA, M. G. G. Práticas de cuidado para doenças não transmissíveis na Estratégia Saúde da Família. **Avances em Enfermeria**, v. 39, n. 2, p. 255-263, 2021.

OLIVEIRA, M. F. **Metodologia científica**: um manual para a realização de pesquisas em administração. Catalão: Biblioteca da UFG – Campus Catalão, p. 73. 2011.

PATTON, J. H.; STANFORD, M. S.; BARRATT, E. S. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. **J. Clin. Psychol.**, v. 51, n. 6, p. 768-774, 1995.

PEPLAU, H. E.; MARTÍ, G. N. **Relaciones interpersonales em enfermería**: un marco de referencia conceptual para la enfermeira psicodinámica. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, 1990.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa Exploratória: Procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 318-325, 1995.

REMCH, M. M. Impact of a prison therapeutic diversion unit on mental and behavioral health outcomes. **American Journal Of Preventive Medicine**, v. 61, n. 5, p. 619-627, 2021.

RIBEIRO, R. R. M.; ESPEJO, M. M. S. B.; CAMACHO, R. R.; MORAES, R. O. Análise da abordagem metodológica: um estudo das teses e dissertações em contabilidade gerencial. **ConTexto - Contabilidade em Texto**, v. 13, n. 25, p. 84-97, 2013.

SAFFI, F. **Avaliação de terapia cognitiva-comportamental para prevenção de reincidência penitenciária**. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.

SANTANA, J. C. B.; REIS, F. C. A. Percepção da equipe de enfermagem acerca da assistência à saúde no sistema prisional. **Rev. de Pesquisa**, v. 11, n. 5, p. 1142-1147, 2019.

SANTOS, F. J. Salud en las prisiones: lo que hablan los trabajadores de enfermería. **Cultura de Los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades**, v. 3, n. 41, p. 114-125, fev. 2015.

SANTOS, S. S. C.; NÓBREGA, M. M. L. Teoria das relações interpessoais em enfermagem de Peplau - Análise e evolução. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 49, n. 1, p. 55-64, 1994.

SANTOS, T.; SACCOL, M. Perfil sociodemográfico dos presidiários homicidas de joaçaba, SC e sua relação com o crime. **Unoesc & Ciência – ACBS**, v. 6, n. 1, p. 105-114, 2015.

SILVA, A. A. S.; SOUSA, K. A. A.; ARAÚJO, T. M. E. Sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade prisional fundamentada na Teoria de Orem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 7, n. 4, p. 725-735, 2017.

SISDEPEN. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional De Informações Penitenciárias**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/depen/pt-br/servicos/sisdepen#:~:text=SISDEPEN%20%C3%A9%20a%20plataforma%20de,das%20unidades%20prisionais%20desde%202004>. Acesso em: 16 de maio de 2022.

SOARES, A. A. M.; CASTRO, G. M. O.; ALMEIDA, I. E. M.; MONTEIRO, L. A. S.; TORRES, L. M. Vivências da equipe de enfermagem no cotidiano do sistema penal. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 34, n. 1, p. 1-10, 2020.

WILDEMAN, C.; WANG, E. Mass incarceration, public health, and widening inequality in the USA. **America: Equity And Equality In Health**, v. 389, n. 1, p. 1464-1474, 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARTA DE ACEITE



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO PRISIONAL E SOCIOEDUCATIVA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA PENAL
PRESÍDIO REGIONAL DE CRICIÚMA
SETOR DE SAÚDE

CARTA DE ACEITE

Declaramos, para os devidos fins que se fizerem necessários, que concordamos em disponibilizar local para aplicação da pesquisa e autorizar a sua entrada na Instituição Presídio Regional de Criciúma, localizada na Rua Odonel Bianchi, n 330, Bairro Santa Augusta, Criciúma - SC - CEP 88805265 para o desenvolvimento da pesquisa intitulada "*Avaliação Cognitiva e as Alterações de Saúde em uma Unidade Prisional de Santa Catarina*" sob a responsabilidade do professor(a) responsável Prof.Enf.MS Susane Raquel Périco Pavei e pesquisador(s) Iara Pereira Fernandes e Keli Dias Feltrin do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, pelo período de execução previsto no referido projeto.

Rodrigo Ferreira
Diretor Presídio
Regional de Criciúma
14.05.2016
Rodrigo Ferreira
Diretor do presídio Regional de Criciúma

APÊNDICE B – CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA AVALIAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICO

CONSULTA DE ENFERMAGEM COM O QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO Por favor, escolha apenas uma opção por cada questão. Existe opções que se requerem informações complementar, nesses casos preencha o solicitado.	
Idade:	_____Anos.
Estado Civil No Momento:	()Solteiro ()Casado ()Separado ()Viúvo ()União De Facto
Nível De Escolaridade:	()Inferior Ao 4º Ano ()Completo O 4ºAno ()Completo o 6ºAno ()Completo O 9ºAno ()Completo o 12ºAno ()Licenciatura
Situação Laboral No Momento:	()Desempregado ()Trabalhando
Situação Laboral Antes Da Reclusão:	()Desempregado ()Trabalhando Período Integral ()Trabalhando Meio Período ()Noturno ()Diurno
Já Foi Sujeito A Isolamento: Quantas Vezes:	()Não ()Cela Disciplinar ()Cela De Habitação ()Cela Intima
Faz Uso De Medicação Diária:	()Depakene ()Amitril ()Imipra ()C.Litio ()Clonazepam ()Diazepam ()Biperideno ()Carbamazepina
Tipo De Visita:	()Intima ()Vídeo Chamada ()Coletiva ()Não Recebe
Tem ou Teve Algum Familiar Em Situação De Reclusão?	()Não ()Sim, Atualmente (Grau De Parentesco):_____ ()Sim, Anteriormente (Grau De Parentesco):_____
Tempo De Reclusão:	()30 Dias ()60 Dias ()1 Ano ()3 Anos ()5 Anos
Tipo De Crime Penal:	()33 ()155 ()157 ()Outro:_____
Passatempo:	()Pátio ()Banho De Sol ()Futebol ()Biblioteca ()Nada
Referente Ao Exercício Físico E Algumas Atividades Desportivas	
Nos 12 Meses Anteriores À Reclusão, Descrevia-Se Como...	()Muito Fisicamente Ativo ()Bastante Fisicamente Ativo ()Não Muito Fisicamente Ativo ()Não Se Considera Fisicamente Ativo
Nas Últimas Quatro Semanas Como Descreve A Sua Atividade Física Rotineira:	()Vigorosa ()Moderada ()Baixa ()Inexistente
Essa Rotina É:	()Diária ()Quase Todos Os Dias ()Alguns Dias ()Outro

APÊNDICE C – TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO COGNITIVA E AS ALTERAÇÕES DE SAÚDE EM UMA UNIDADE PRISIONAL DE SANTA CATARINA

Pesquisador: Susane Raquel Périco Pavei

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60855722.3.0000.0119

Instituição Proponente: Universidade do Extremo Sul Catarinense

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.551.880

Apresentação do Projeto:

Em 2003 foi criado a Portaria Interministerial n.º 1.777, que instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, o qual foi implementado por meio de participação dos Ministérios da Saúde e da Justiça em conjunto com Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Nos últimos anos, o crescimento da população prisional no Brasil vem gerando inúmeros debates principalmente focados em melhorar as condições de vida no sistema carcerário. O projeto busca com o objetivo geral, avaliar a cognição e as alterações de saúde dentro de uma Unidade Prisional em Santa Catarina, verificando a importância da ressocialização na qualidade de vida em pessoas oriundas dessa população. A Unidade Prisional possui uma população muito flexível, alojando aproximadamente 1.000 reclusos do sexo masculino. Conta com uma equipe multiprofissional de saúde na qual, acolhe desde as mais simples a complexas diversidades de queixas com uma ampla variedade nas deficiências física, psicológica e mentais. Para a obtenção dos dados realizada uma pesquisa qualitativa, exploratória e de campo, com 30 reclusos entre 18 a 30 anos de idade, onde será aplicado três instrumentos para avaliação cognitiva bem como as alterações de saúde: Escala de assist 2.0, Escala de BIS 11, Exame cognitivo de Adden brooke e a consulta de enfermagem com o questionário

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2606

CEP: 88.806-000

E-mail: cetica@unesc.net

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC



Continuação do Parecer: 5.551.880

sociodemográfico. Para as análises estatísticas será utilizado o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences e será considerado significativo $p < 0,05$.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos claros, precisos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

ok

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tema relevante, contribuirá de forma significativa para a assistência de enfermagem aos envolvidos na pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

ok

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

como será aplicado um questionário longo, acredito que 45 minutos não sejam o suficientes para o recluso responder, talvez colocar uma hora.

colocar que será em um ambiente em que estará somente o pesquisador e o recluso, pois algumas informações podem ser negligenciadas pelo pesquisado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1983177.pdf	21/07/2022 15:59:11		Aceito
Folha de Rosto	lara.pdf	21/07/2022 15:58:46	Susane Raquel Périco Pavei	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLivreeEsclarecido.pdf	18/07/2022 11:20:01	Susane Raquel Périco Pavei	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	18/07/2022 11:15:14	Susane Raquel Périco Pavei	Aceito
Outros	escaladeassist.pdf	13/07/2022	Susane Raquel	Aceito

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: cetica@unesc.net

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



Continuação do Parecer: 5.551.880

Outros	escaladeassist.pdf	19:38:10	Périco Pavei	Aceito
Outros	escaladeBis11.pdf	13/07/2022 19:36:48	Susane Raquel Périco Pavei	Aceito
Outros	testecognitivodeaddenbrooke.pdf	13/07/2022 19:31:19	Susane Raquel Périco Pavei	Aceito
Outros	cartadeaceite.pdf	13/07/2022 19:28:10	Susane Raquel Périco Pavei	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CRICIUMA, 29 de Julho de 2022

Assinado por:
Marco Antônio da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: cetica@unesc.net

ANEXOS

ANEXO A –ESCALA DE ASSIST 2.0

ASSIST
QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

1 – Na sua vida, qual (is) dessas substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

- Se "NÃO" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista.
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões.

2 – Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões.

3 – Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6

g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

4 – Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

a. derivados do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
e. anfetaminas ou êxtase (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)
g. hipnóticos/sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
i. opióides (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
j. outras, especificar:

5 – Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8

c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou éxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8

• FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1

6 – Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...)?	Não, nunca	Sim, nos últimos 3 meses	Sim, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

Nota Importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

7 – Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de ((primeira droga, depois a segunda droga, etc...)) e não conseguiu?	Não, nunca	Sim, nos últimos 3 meses	Sim, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

8 – Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)	Não, nunca	Sim, nos últimos 3 meses	Sim, mas não nos últimos 3 meses
---	------------	--------------------------	----------------------------------

Guia de Intervenção para Padrão de uso injetável

- Uma vez por semana ou menos Ou menos de três dias seguidos- > Intervenção Breve incluindo cartão de "riscos associados com o uso injetável"
- Mais do que uma vez por semana Ou mais do que três dias seguidos- > Intervenção mais aprofundada e tratamento intensivo*

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga: SOME SOMENTE das Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Alcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica

- Para cada substância (de 'a' a 'j') some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive).
- Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui.
- Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: $Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c$. Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = $Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a$

ANEXO B – ESCALA DE IMPULSIVIDADE DE BARRATT – BIS 11EXAME

Escala de Impulsividade de Barratt - BIS 11

Instruções: As pessoas divergem nas formas em que agem e pensam em diferentes situações. Esta é uma escala para avaliar algumas das maneiras que você age ou pensa. Leia cada afirmação e preencha o círculo apropriado no lado direito da página. Não gaste muito tempo em cada afirmação. Responda de forma rápida e honestamente.

Afirmações	Raramente ou nunca	De vez em quando	Com frequência	Quase sempre / Sempre
1. Eu planejo tarefas cuidadosamente.	☐	☐	☐	☐
2. Eu faço coisas sem pensar.	☐	☐	☐	☐
3. Eu tomo decisões rapidamente.	☐	☐	☐	☐
4. Eu sou despreocupado (confio na sorte, "desencanado").	☐	☐	☐	☐
5. Eu não presto atenção.	☐	☐	☐	☐
6. Eu tenho pensamentos que se atropelam.	☐	☐	☐	☐
7. Eu planejo viagens com bastante antecedência.	☐	☐	☐	☐
8. Eu tenho autocontrole.	☐	☐	☐	☐
9. Eu me concentro facilmente.	☐	☐	☐	☐
10. Eu economizo (poupo) regularmente.	☐	☐	☐	☐
11. Eu fico me contorcendo na cadeira em peças de teatro ou palestras	☐	☐	☐	☐
12. Eu penso nas coisas com cuidado.	☐	☐	☐	☐
13. Eu faço planos para me manter no emprego (eu cuido para não perder meu emprego).	☐	☐	☐	☐
14. Eu falo coisas sem pensar.	☐	☐	☐	☐
15. Eu gosto de pensar em problemas complexos.	☐	☐	☐	☐
16. Eu troco de emprego.	☐	☐	☐	☐
17. Eu ajo por impulso.	☐	☐	☐	☐
18. Eu fico entediado com facilidade quando estou resolvendo problemas mentalmente.	☐	☐	☐	☐
19. Eu ajo no "calor" do momento.	☐	☐	☐	☐
20. Eu mantenho a linha de raciocínio ("não perco o fio da meada").	☐	☐	☐	☐
21. Eu troco de casa (residência).	☐	☐	☐	☐
22. Eu compro coisas por impulso.	☐	☐	☐	☐
23. Eu só consigo pensar em uma coisa de cada vez.	☐	☐	☐	☐
24. Eu troco de interesses e passatempos ("hobby").	☐	☐	☐	☐
25. Eu gasto ou compro a prestação mais do que ganho.	☐	☐	☐	☐
26. Enquanto estou pensando em uma coisa, é comum que outras idéias me venham à cabeça ou ao mesmo tempo.	☐	☐	☐	☐
27. Eu tenho mais interesse no presente do que no futuro.	☐	☐	☐	☐
28. Eu me sinto inquieto em palestras ou aulas.	☐	☐	☐	☐
29. Eu gosto de jogos e desafios mentais.	☐	☐	☐	☐
30. Eu me preparo para o futuro.	☐	☐	☐	☐

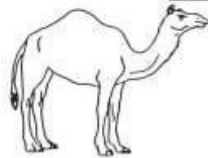
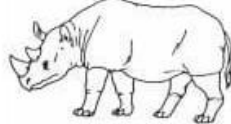
ANEXO C – EXAME COGNITIVO DE ADDENBROOKE

EXAME COGNITIVO DE ADDENBROOKE - VERSÃO REVISADA Título original: Addenbrooke's Cognitive Examination - Revised (ACE-R) Referências bibliográficas - Versão original: Mioshi E, Dawson K, Mitchell J, Arnold R, Hodges JR. The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. Int J Geriatr Psychiatry 2006; 21:1 078-85. Versão adaptada: Amaral Carvalho V & Caramelli P. Brazilian adaptation of the Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised. Dementia & Neuropsychologia 2007; 2: 212-216.						
Nome: Data de nascimento: Nome do Hospital:			Data da avaliação:/...../..... Nome do examinador: Escolaridade: Profissão: Dominância manual:			
ORIENTAÇÃO						
➤ Perguntar: Qual é	Dia da semana	O dia do mês	O mês	O ano	A hora aproximada	[Escore 0-5]
➤ Perguntar: Qual é	Local específico	Local genérico	Bairro ou rua próxima	Cidade	Estado	[Escore 0-5]
REGISTRO						
➤ Diga: "Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir: carro, vaso, tijolo" (Dar um ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). Use palavras não relacionadas. Registre o número de tentativas:						[Escore 0-3]
ATENÇÃO & CONCENTRAÇÃO						
➤ Subtração de setes seriadamente (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). Considere um ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinando espontaneamente se corrigir. Pare após 5 subtrações (93, 86, 79, 72, 65):						[Escore 0-5]
MEMÓRIA - Recordação						
➤ Pergunte quais as palavras que o indivíduo acabara de repetir. Dar um ponto para cada.						[Escore 0-3]
MEMÓRIA - Memória anterógrada						
➤ Diga: " Eu vou lhe dar um nome e um endereço e eu gostaria que você repetisse depois de mim. Nós vamos fazer isso três vezes, assim você terá a possibilidade de aprendê-los. Eu vou lhe perguntar mais tarde." Pontuar apenas a terceira tentativa:						[Escore 0-7]
	1ª Tentativa	2ª Tentativa	3ª Tentativa			
Renato Moreira	.....	.....	.....			
Rua Bela Vista 73	.....	.....	.....			
Santarém	.....	.....	.....			
Pará	.....	.....	.....			
MEMÓRIA - Memória Retrógrada						
➤ Nome do atual presidente da República..... ➤ Nome do presidente que construiu Brasília..... ➤ Nome do presidente dos EUA..... ➤ Nome do presidente dos EUA que foi assassinado nos anos 60.....						[Escore 0-4]

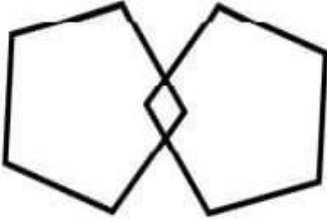
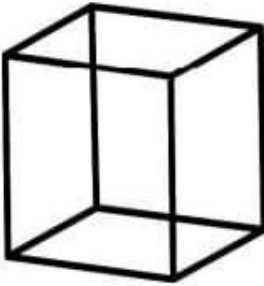
EXAME COGNITIVO DE ADDENBROOKE - VERSÃO REVISADA

FLUÊNCIA VERBAL – Letra “P” e Animais					[Escore 0-7]		F L U Ê N C I A																	
➤ Letras Diga: “ Eu vou lhe dizer uma letra do alfabeto e eu gostaria que você dissesse o maior número de palavras que puder começando com a letra, mas não diga nomes de pessoas ou lugares. Você está pronto(a) ? Você tem um minuto e a letra é “P”.																								
0-15 seg	16-30 seg	31-45 seg	46-60 seg	<table border="1"> <tr><td>>17</td><td>7</td></tr> <tr><td>14-17</td><td>6</td></tr> <tr><td>11-13</td><td>5</td></tr> <tr><td>8-10</td><td>4</td></tr> <tr><td>6-7</td><td>3</td></tr> <tr><td>4-5</td><td>2</td></tr> <tr><td>2-3</td><td>1</td></tr> <tr><td><2</td><td>0</td></tr> <tr><td>total</td><td>acertos</td></tr> </table>	>17	7		14-17	6	11-13	5	8-10	4	6-7	3	4-5	2	2-3	1	<2	0	total	acertos	
>17	7																							
14-17	6																							
11-13	5																							
8-10	4																							
6-7	3																							
4-5	2																							
2-3	1																							
<2	0																							
total	acertos																							
➤ Animais Diga: “Agora você poderia dizer o maior número de animais que conseguir, começando com qualquer letra?”																								
0-15 seg	16-30 seg	31-45 seg	46-60 seg	<table border="1"> <tr><td>>21</td><td>7</td></tr> <tr><td>17-21</td><td>6</td></tr> <tr><td>14-16</td><td>5</td></tr> <tr><td>11-13</td><td>4</td></tr> <tr><td>9-10</td><td>3</td></tr> <tr><td>7-8</td><td>2</td></tr> <tr><td>5-6</td><td>1</td></tr> <tr><td><5</td><td>0</td></tr> <tr><td>total</td><td>acertos</td></tr> </table>	>21	7	17-21	6	14-16	5	11-13	4	9-10	3	7-8	2	5-6	1	<5	0	total	acertos		
>21	7																							
17-21	6																							
14-16	5																							
11-13	4																							
9-10	3																							
7-8	2																							
5-6	1																							
<5	0																							
total	acertos																							
LINGUAGEM - Compreensão					[Escore 0-1]		M																	
➤ Mostrar a instrução escrita e pedir ao indivíduo para fazer o que está sendo mandado (não auxilie se ele pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando):																								

Feche os olhos		[Escore 0-3]		F E C H E O S O L H O S
➤ Comando : “ Pegue este papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque -o no chão.” Dar um ponto para cada acerto. Se o indivíduo pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.				
LINGUAGEM - Escrita		[Escore 0-1]		L I N G U A G E M
➤ Peça ao indivíduo para escrever uma frase: Se não compreender o significado, ajude com: <i>alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer.</i> Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos. Dar um ponto.				

L I N G U A G E M - Repetição		
> Peça ao indivíduo para repetir: "hipopótamo"; "excentricidade"; "ininteligível"; "estatístico". Diga uma palavra por vez e peça ao indivíduo para repetir imediatamente depois de você. Pontue 2, se todas forem corretas; 1, se 3 forem corretas; 0, se 2 ou menos forem corretas.	[Escore 0-2] 	
> Peça ao indivíduo que repita: "Acima, além e abaixo"	[Escore 0-1] 	
> Peça ao indivíduo que repita: "Nem aqui, nem ali, nem lá"	[Escore 0-1] 	
L I N G U A G E M - Nomeação		
> Peça ao indivíduo para nomear as figuras a seguir:             	[Escore 0-2] caneta + relógio [Escore 0-10] 	M E G A U G N I L
L I N G U A G E M - Compreensão		
> Utilizando as figuras acima, peça ao indivíduo para: • Apontar para aquela que está associada com a monarquia _____ • Apontar para aquela que é encontrada no Pantanal _____ • Apontar para aquela que é encontrada na Antártica _____ • Apontar para aquela que tem uma relação náutica _____	[Escore 0-4] 	

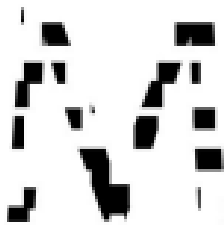
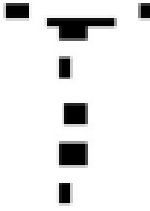
EXAME COGNITIVO DE ADDENBROOKE - VERSÃO REVISADA

LINGUAGEM - Leitura			
➤ Peça ao indivíduo para ler as seguintes palavras: [Pontuar com 1, se todas estiverem corretas] táxi testa saxofone fixar ballet	[Escore 0-1]	L I N G U A G E M	
HABILIDADES VISUAIS-ESPACIAIS			
➤ Pentágonos sobrepostos: Peça ao indivíduo para copiar o desenho e para fazer o melhor possível.	[Escore 0-1]		V I S U A L - E S P A C I A L
			
➤ Cubo: Peça ao indivíduo para copiar este desenho (para pontuar, veja guia de instruções)	[Escore 0-2]		
			
➤ Relógio: Peça ao indivíduo para desenhar o mostrador de um relógio com os números dentro e os ponteiros marcando 5:10 h.(para pontuar veja o manual de instruções: círculo = 1; números = 2; ponteiros = 2, se todos corretos)	[Escore 0-5]		

EXAME COGNITIVO DE ADDENBROOKE - VERSÃO REVISADA

HABILIDADES PERCEPTIVAS	
> Peça ao indivíduo para contar os pontos sem apontá-los.	[Escore 0-4]
<!-- 8 dots --> <!-- 8 dots -->	V I S U A L • E S P E C I A L
<!-- 8 dots --> <!-- 8 dots -->	

EXAME COGNITIVO DE ADDENBROOKE - VERSÃO REVISADA

HABILIDADES PERCEPTIVAS					
➤ Peça ao indivíduo para identificar as letras:				(Escore 0-4) 	
		V I S U A L - E S P A C I A L			
					
					
RECORDAÇÃO & RECONHECIMENTO					
➤ Peça "Agora você vai me dizer o que você se lembra daquela nome e endereço que nós repetimos no começo".					
Renato Moreira Rua Bela Vista 73 Santarém Pará		(Escore 0-7) 	M E M Ó R I A		
➤ Este teste deve ser realizado caso o indivíduo não consiga se recordar de um ou mais itens. Se todos os itens foram recordados, salte este teste e pontue 5. Se apenas parte for recordada, assinale os itens lembrados na coluna sombreada do lado direito. A seguir, teste os itens que não foram recordados dizendo "Bom, eu vou lhe dar algumas dicas: O nome / endereço era X, Y ou Z?" e assim por diante. Cada item reconhecido vale um ponto que é adicionado aos pontos obtidos pela recordação.		(Escore 0-5) 			
Ricardo Moreira	Renato Moreira	Renato Nogueira			Recordação
Bela Vida	Boa Vista	Bela Vista			Recordação
37	73	76	Recordação		
Santana	Santarém	Belém	Recordação		
Pará	Ceará	Paraíba	Recordação		
Escore Geral					
MEEM			/30	E S C O R E S	
ACE-R			/100		
Subtotais					
Atenção e Orientação			/18		
Memória			/26		
Fluência			/14		
Linguagem			/26		
Visual-espacial			/18		