



Universidades Lusíada

Costa, Marta Isabel Mendes, 1988-

Saúde mental e suporte social de reclusos

<http://hdl.handle.net/11067/5766>

Metadados

Data de Publicação

2020

Resumo

Com o crescimento anual da população reclusa a cumprir pena nos estabelecimentos prisionais em Portugal, e com a consequente, privação destes ao mundo exterior deve existir uma maior preocupação relativamente à sua saúde mental e bem-estar. O contexto prisional pelas suas características poderá ter um impacto negativo no Ser Humano agravando problemas pré-existentes ou desenvolvendo problemas de saúde mental. O suporte social é considerado um fator protetor e de promoção da saúde, influenciando...

With the annual growth of the prison population serving time in prisons in Portugal, and with the consequent deprivation of these to the outside world, there must be greater concern regarding their mental health and well-being. The prison context due to its characteristics may have a negative impact on the Human Being, aggravating pre-existing problems or developing mental health problems. Social support is considered a protective and health promoting factor, thus influencing the overall well-b...

Palavras Chave

Prisioneiros - Saúde mental, Prisioneiros - Relações com a família, Psicologia da prisão

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T08:22:23Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Mestrado em Psicologia Clínica

Saúde mental e suporte social de reclusos

Realizado por:
Marta Isabel Mendes Costa

Orientado por:
Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Constituição do Júri:

Presidente: Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo
Orientadora: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Arguente: Prof. Doutor Manuel Carlos do Rosário Domingos

Dissertação aprovada em: 5 de fevereiro de 2021

Lisboa

2020



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Saúde mental e suporte social de reclusos

Marta Isabel Mendes Costa

Lisboa

novembro 2020



UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Saúde mental e suporte social de reclusos

Marta Isabel Mendes Costa

Lisboa

novembro 2020

Marta Isabel Mendes Costa

Saúde mental e suporte social de reclusos

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Lisboa

novembro 2020

Ficha Técnica

Autora Marta Isabel Mendes Costa

Orientadora Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Título Saúde mental e suporte social de reclusos

Local Lisboa

Ano 2020

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

COSTA, Marta Isabel Mendes, 1988-

Saúde mental e suporte social de reclusos / Marta Isabel Mendes Costa ; orientado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos. - Lisboa : [s.n.], 2020. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - GASPAR, Tânia, 1977-

LCSH

1. Prisioneiros - Saúde mental
2. Prisioneiros - Relações com a família
3. Psicologia da prisão
4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Prisoners - Mental health

2. Prisoners - Family relationships

3. Prison psychology

4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations

5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. HV6089.C67 2020

À minha família pelo amor, carinho e motivação...

Sem eles não seria possível... Obrigada.

Agradecimentos

Esta longa caminhada trouxe consigo muitos desafios, algumas angústias, algumas incertezas, alguns adiamentos de sonhos mas também devo dizer que me trouxe muitas alegrias, hoje sei que não poderia deixar de ter estes sentimentos porque foi a partir de todos eles que me foi possibilitado o finalizar deste percurso. Algumas vezes foi um caminho eremítico, no entanto, neste longo percurso também foi possível reunir contributos fundamentais para o finalizar deste caminho, deste sonho.

À minha orientadora, Professora Doutora Tânia Gaspar, agradeço a orientação exemplar, a disponibilidade e o apoio prestado neste longo percurso académico.

Ao Professor António Rebelo, agradeço todos os conhecimentos transmitidos no decorrer do meu percurso académico, pela disponibilidade, pela dedicação e por me encorajar sempre ao longo destes cinco anos de formação académica.

A todos os docentes de curso e de mestrado, pelas competências e conhecimentos transmitidos.

À minha família, agradeço o seu apoio incondicional ao longo de todo este percurso.

Ao João, pelos conselhos, pela disponibilidade e pelo encorajamento que muitas vezes se tornou crucial nesta difícil jornada.

Agradeço a todos os meus colegas de curso, em especial à minha amiga Cláudia Lopes e colega, pela amizade, e pelas longas horas de partilha de conhecimentos e ideias e que sempre se demonstrou disponível nesta caminhada.

Resumo

Com o crescimento anual da população reclusa a cumprir pena nos estabelecimentos prisionais em Portugal, e com a conseqüente, privação destes ao mundo exterior deve existir uma maior preocupação relativamente à sua saúde mental e bem-estar. O contexto prisional pelas suas características poderá ter um impacto negativo no Ser Humano agravando problemas pré-existentes ou desenvolvendo problemas de saúde mental.

O suporte social é considerado um fator protetor e de promoção da saúde, influenciando desta forma o bem-estar global e a saúde psicológica e física do recluso. A família assume um papel muito importante para o recluso, este encontra-se privado da sua liberdade e é necessário criar dinâmicas adaptativas a esta fase de vida para que estes se sintam num completo bem-estar físico, emocional, mental e social.

O presente estudo tem como principal objetivo compreender e caracterizar a Saúde Mental e o Suporte Social dos reclusos que executam uma pena de prisão nos estabelecimentos prisionais de Lisboa.

Neste estudo a amostra é constituída por 164 sujeitos, 138 do sexo masculino (84,1%) e 25 do sexo feminino (15,9%), a faixa etária dos inquiridos encontra entre os 18 e os 79 anos de idade ($M=38,41$ e $DP=11,449$), e estão condenados por crimes contra as pessoas, contra a vida e contra a propriedade reclusos em diferentes Estabelecimentos Prisionais em Portugal. Os instrumentos utilizados para a recolha de dados relevantes foram o Questionário Sociodemográfico e Jurídico-Penal, teve como pressuposto a consulta dos processos individuais dos reclusos que participaram neste estudo, o Inventário de Sintomas Breves, que avalia sintomas psicopatológicos, e o *Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation* (SCORE-15), que avalia aspetos do

funcionamento familiar em três dimensões da família: recursos familiares, comunicação na família e dificuldades familiares.

Para este trabalho de investigação e considerando os objetivos delineados, recorreu-se a uma metodologia quantitativa, enquadrando-se num estudo transversal.

Os resultados obtidos indicam que existem variáveis, tais como, o género, a situação jurídico-penal e o tipo de crime cometido que apresentam uma relação estatisticamente significativa com a existência de sintomatologia psicopatológica. Para além disto, foi possível verificar que os fatores sociais podem ser considerados como fatores de proteção e que podem ser responsáveis por promover o desenvolvimento positivo do indivíduo, mitigando os efeitos de risco. Neste sentido, este estudo vem enfatizar que existem necessidades que devem ser suprimidas, nomeadamente através da promoção do relacionamento entre os membros da família. Desta forma, existem fatores de risco em que é necessária a intervenção em meio prisional para que exista uma diminuição de sintomatologia psicopatológica neste contexto, promoção de saúde mental e bem-estar na população reclusa.

Palavras-chave: Suporte Social, Saúde Mental, Inventário Breve de Sintomas, Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation.

Abstract

With the annual growth of the prison population serving time in prisons in Portugal, and with the consequent deprivation of these to the outside world, there must be greater concern regarding their mental health and well-being. The prison context due to its characteristics may have a negative impact on the Human Being, aggravating pre-existing problems or developing mental health problems.

Social support is considered a protective and health promoting factor, thus influencing the overall well-being and the psychological and physical health of the prisoner. The family plays a very important role for the prisoner, he is deprived of his freedom and it is necessary to create adaptive dynamics to this stage of life so that they feel in complete physical, emotional, mental and social well-being.

The present study has as main objective to understand and characterize the Mental Health and Social Support of the prisoners who carry out a prison sentence in the prisons of Lisbon.

In this study, the sample consists of 164 subjects, 138 male (84.1%) and 25 female (15.9%), the respondents' age range is between 18 and 79 years old ($M = 38.41$ and $DP = 11.449$), and are convicted of crimes against people, against life and against property held in different Prisons in Portugal. The instruments used for the collection of relevant data were the Sociodemographic and Legal-Criminal Questionnaire, based on the consultation of the individual processes of the prisoners who participated in this study, the Brief Symptom Inventory, which evaluates psychopathological symptoms, and the Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation (SCORE-15), which assesses aspects of family functioning in three dimensions of the family: family resources, family communication and family difficulties.

For this research work and considering the outlined objectives, a quantitative methodology was used, framing a cross-sectional study.

The results obtained indicate that there are variables, such as gender, the legal-penal situation and the type of crime committed that have a statistically significant relationship with

the existence of psychopathological symptoms. In addition, it was possible to verify that social factors can be considered as protective factors and that they can be responsible for promoting the positive development of the individual, mitigating the effects of risk. In this sense, this study emphasizes that there are needs that must be suppressed, namely through the promotion of the relationship between family members. Thus, there are risk factors in which intervention in prison is necessary so that there is a decrease in psychopathological symptoms in this context, promotion of mental health and well-being in the prison population.

Key-words: Social Support, Mental Health, Brief Symptom Inventory, Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation.

Lista de tabelas

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra	39
Tabela 2 – Distribuição das dimensões das escalas BSI, Score-15	49
Tabela 3 – Correlações entre variáveis BSI	51
Tabela 4 – Diferenças de médias relativamente ao sexo dos participantes	53
Tabela 5 – Diferenças de médias relativamente à situação jurídico-penal, saúde.....	55
mental e suporte familiar	
Tabela 6 – Diferenças de médias relativamente ao BSI, Score-15 e o tipo de crime.....	56

Lista de abreviaturas, acrónimos, siglas e símbolos

A – Ansiedade

AF – Ansiedade fóbica

BSI – Inventário Breve de Sintomas

CLISSIS – Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social

D - Depressão

DGRSP – Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social

DP – Desvio padrão

EP – Estabelecimento Prisional

H – Hostilidade

IGS – Índice geral de sintomas

IP – Ideação paranoide

M - Média

n – Número total de casos

O – Obsessões - compulsões

OMS – Organização Mundial de Saúde

P - Psicoticismo

SCORE-15 - Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation

S - Somatização

SI – Sensibilidade interpessoal

Lista de anexos

Anexo A – Questionário Sociodemográfico e Jurídico-Penal

Anexo B – Inventário Breve de Sintomas

Anexo C – Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation

Anexo D – Autorização da Direcção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais para a realização do projeto de investigação

Anexo E – Consentimento informado

Índice

Agradecimentos.....	VI
Resumo.....	VIII
Abstract.....	X
Lista de tabelas.....	XII
Lista de abreviaturas, siglas, acrónimos e símbolos.....	XIII
Lista de anexos.....	XIV
Introdução.....	1
Enquadramento teórico.....	4
Contexto prisional e reclusão.....	4
Contexto prisional português.....	6
Contextualização de penas.....	7
Fatores de risco em contexto prisional.....	11
Saúde Mental dos reclusos.....	17
Transição na população reclusa.....	20
Transição e ajustamento na prisão.....	23
Suporte social, saúde mental e transição dos reclusos.....	25
Intervenção da Psicologia clínica e o papel do psicólogo em.....	29
contexto prisional	
Objetivos.....	35
Método.....	37
Participantes.....	37

Instrumentos.....	39
Procedimentos.....	43
Resultados.....	46
Discussão.....	58
Conclusão.....	67
Referências.....	72
Anexos.....	85

Introdução

Ao longo dos anos tem-se verificado um aumento da criminalidade não só em Portugal, mas mundialmente (Sinha, 2010). Desta forma, e por consequência do número elevado de criminalidade existe um aumento no número de indivíduos que se encontram privados da sua liberdade devido à situação de reclusão associada aos vários tipos de crimes executados. Os contextos prisionais são considerados contextos sociais que devido às suas características particulares podem provocar consequências a vários níveis como, consequências físicas, psicológicas e comportamentais (Alves & Rodrigues, 2010). Estando os reclusos privados da sua liberdade leva a que estes de alguma forma se sintam afetados negativamente, podendo desencadear sintomas de ansiedade e stress. Os problemas de saúde mental presentes em alguns dos reclusos devem-se às dificuldades destes em se adaptarem ao contexto em que atualmente se encontram inseridos. Desta forma, é importante ter em consideração que a intervenção psicológica é crucial. Através da intervenção psicológica é possível intervir e perpetuar modificações na forma como o recluso se posiciona face a esta etapa de vida.

Tendo em consideração o presente trabalho de investigação pretende-se estudar a influência do suporte social na saúde mental dos reclusos. Neste sentido, o presente estudo apresenta como principal objetivo compreender e caracterizar a Saúde Mental e o Suporte Social dos reclusos que executam pena de prisão nos estabelecimentos prisionais de Lisboa, explorando e identificando se o suporte social desempenha um papel relevante na saúde mental dos reclusos.

Neste sentido, procedeu-se, ao desenvolvimento de um enquadramento teórico acerca da área de estudo proposta à luz de dados científicos atuais, ressaltando os principais conceitos e variáveis, para que exista um melhor entendimento dos conteúdos. Na primeira parte do enquadramento teórico, procede-se a uma abordagem

geral acerca do contexto prisional e reclusão, procurando obter um maior entendimento relativamente à configuração de como este processo ocorre. Neste enquadramento, aborda-se, em seguida, o contexto prisional português, a contextualização de penas e os fatores de risco em contexto prisional. Numa segunda parte deste trabalho de investigação, procura-se explicitar a transição na população reclusa à luz do Modelo de Análise da Adaptação Humana à Transição de Nancy Schlossberg, tendo em consideração que esta teoria pode ajudar a compreender a capacidade do indivíduo em lidar com a mudança. Posteriormente, na terceira parte procura-se abordar o suporte social, saúde mental e transição dos reclusos, clarificando a família como um fator protetor e promotor de saúde e a relação existente entre suporte social e saúde mental. Por fim, na quarta parte aborda-se a intervenção da psicologia clínica e o papel do psicólogo em contexto prisional, de forma a clarificar o papel do psicólogo ao nível da transição, da saúde e da promoção das relações familiares com a finalidade de diminuir os efeitos negativos da privação da liberdade em contexto prisional.

Seguidamente, num segundo capítulo, descreve-se os objetivos que norteiam o presente estudo de investigação sendo que se encontram fragmentados em objetivos específicos e em objetivo geral delineados numa fase inicial.

No terceiro capítulo, procede-se a uma descrição sucinta e explícita da metodologia utilizada. Devido aos objetivos traçados para o presente estudo optou-se por uma metodologia quantitativa. Desta forma, procede-se à caracterização dos participantes deste estudo, selecionada a partir de um processo de amostragem por conveniência, e os critérios de inclusão e de exclusão utilizados para a seleção da amostra que é composta por 164 indivíduos condenados por crimes contra as pessoas, contra a vida e contra a propriedade reclusos em diferentes Estabelecimentos Prisionais, mais concretamente, os Estabelecimento Prisionais situados na Carregueira,

Caxias, Lisboa e em Tires. Nesta sequência, é ainda efetuada uma descrição dos instrumentos utilizados no estudo, mais especificamente, o Questionário Sociodemográfico e Jurídico-Penal, o Inventário de Sintomas e o *Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation* (SCORE-15). Por fim, apresenta-se o procedimento utilizado para o desenvolvimento do presente estudo. No tratamento e na análise dos dados recolhidos foi utilizado o aplicativo de software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 22.

Seguidamente, procede-se à apresentação dos resultados obtidos após a recolha de dados onde são apresentados recorrendo a tabelas ilustrativas para uma melhor compreensão do leitor. As tabelas procuram auxiliar a compreensão das relações entre as variáveis existentes.

Na parte seguinte do presente trabalho de investigação, procede-se à discussão dos resultados obtidos. Neste sentido, procedendo-se a uma análise relativamente ao cumprimento dos objetivos inicialmente definidos, tendo como base fundamentos evidenciados na literatura científica.

Por conclusão, no último capítulo do presente estudo de investigação, realiza-se uma conclusão alusiva aos resultados conseguidos neste trabalho de investigação. Ainda no que diz respeito a este capítulo refere-se ainda as principais conclusões retiradas, as sugestões para estudos futuros e as principais limitações do estudo.

Enquadramento teórico

Neste capítulo, procede-se à realização de um enquadramento acerca do tema, procurando clarificar conceitos relevantes. Este capítulo encontra-se dividido em cinco subcapítulos, que abordam o contexto prisional e reclusão, a saúde mental de reclusos, a transição na população reclusa, o suporte social, saúde mental e transição dos reclusos e, por fim, a intervenção da psicologia clínica e o papel do psicólogo em contexto prisional.

Contexto prisional e reclusão

O Ser Humano visto como um sistema bio-psico-sociológico incorpora em si a capacidade de adaptação, colocando em constante confronto dois fatores, por um lado, temos o meio físico e social no qual está inserido e interage, por outro lado, temos a sua personalidade (Novais, Ferreira & Santos, 2010). O contexto prisional, sendo um contexto em que as pessoas estão privadas da sua liberdade, pode levar a sentimentos de frustração nos indivíduos, rutura de laços familiares e laços sociais, desenvolvimento de perturbações mentais, entre outros, que quando combinados entre si, poderão afetar a sua qualidade de vida (Santos & Nogueira, 2015).

Para existir um bom ajustamento social, existem variáveis consideradas cruciais e a ter em conta, como o ambiente familiar e o temperamento do indivíduo. Para o recluso ter uma adaptação considerada bem-sucedida é necessário que exista uma assimilação das regras institucionais do sistema prisional e das suas estratégias comportamentais, sem perder a sua identidade (Novais, Ferreira & Santos, 2010).

Os estabelecimentos prisionais destinam-se a indivíduos que foram condenados por um determinado tipo de crime, e que foram sentenciados em julgamento,

encontrando-se assim a cumprir uma determinada pena de prisão (Almeida, Prata & Veiga, 2018).

O impedimento à liberdade, promulgada pelo poder judiciário aos reclusos, tem como principal finalidade impedir as práticas criminais, isolar os indivíduos categorizados como perigosos e, conseqüentemente, iniciar a sua reabilitação. Desta forma, a prisão apresenta-se como tendo um papel de dupla funcionalidade, punidora e ressocializadora (Novais, Ferreira & Santos, 2010). Na reabilitação as unidades prisionais devem proporcionar um ambiente favorável através do acesso à assistência à saúde, atenção psicossocial, apoio pedagógico e atividades de lazer (Damas & Oliveira, 2013), devem ainda ensinar e transmutar ao indivíduo novos estilos comportamentais (Novais, Ferreira & Santos, 2010). O contexto prisional é considerado punidor na medida em que é uma forma de o sujeito ser castigado. O castigo é uma forma de o indivíduo perceber que os seus comportamentos interferiram com a sociedade ou alguém em particular e que cometeu uma transgressão. Desta forma, a sanção apresenta uma consequência que está relacionada com o cumprimento de uma pena proporcional ao crime cometido (Novais, Ferreira & Santos, 2010). A privação da liberdade é por si só considerado um fator de stress, esta toma dimensões diferentes consoante o tipo de privação a que o recluso está sujeito (Damas & Oliveira, 2013). O cumprimento de uma pena e a forma como os reclusos lidam com esse cumprimento é variável de indivíduo para indivíduo, neste contexto ainda se deve ter em conta os diversos contornos, como a natureza do crime perpetrado e o estatuto socio económico e social (Novais, Ferreira & Santos, 2010).

Em termos jurídicos, um crime é um ato intencional ou uma ação que viola o direito penal e é punível pelo Estado (Bernstein & Cassel, 2007). Quando um indivíduo executa a prática de um crime este é definido por uma ação ilícita e que deve ser alvo de

punição. Um crime é praticado de forma voluntária contra a Lei Penal. Desta forma, um crime só é considerado como tal quando é tipificado pela lei (Almeida, Prata & Veiga, 2018).

Atualmente, a prisão é um cenário de persistentes violações dos direitos humanos, o que contribui negativamente para a recuperação dos reclusos. Neste sentido, ocorre aquilo a que se chama de dupla penalização do recluso, por um lado, temos a privação da liberdade e, por outro lado, temos o estado de saúde adquirido pelo recluso durante a sua permanência na prisão (Damas & Oliveira, 2013). Relativamente, aos tipos de crime podem ser classificados em grandes categorias, crimes contra a pessoa, crimes contra a propriedade e/ou património, (Bernstein & Cassel, 2007)

Contexto prisional português

Em Portugal, os estabelecimentos prisionais encontram-se subdivididos em quatro distritos, mais a Norte, temos o Distrito Judicial de Lisboa, de seguida, o Distrito Judicial de Coimbra, o Distrito Judicial de Lisboa e, no Sul, encontra-se o Distrito Judicial de Évora. Em Portugal Continental existem 49 estabelecimentos prisionais, com uma taxa de ocupação efetiva de 110% (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2018).

Segundo a DGRSP (2019), até 31 de Dezembro de 2018, o número de reclusos a cumprir penas em estabelecimentos prisionais em território português eram 12 867, sendo que 10258 correspondem ao sexo masculino e 656 correspondem ao sexo feminino. Os dados mostram que destes 10258 reclusos, 1781 são reclusos do sexo masculino e que têm de nacionalidade estrangeira, respetivamente, 172 reclusos são do sexo feminino e têm também nacionalidade estrangeira. Quando se refere à faixa etária as idades com maior expressam é a faixa etária entre os 30 e os 39 anos com um total de 4187 reclusos tanto do sexo feminino como do sexo masculino. Com menor representatividade aparece a faixa etária dos 16 aos 20 anos com 176 reclusos.

Relativamente às habilitações literárias, pode-se constatar que 11 820 reclusos possuem algum tipo escolaridade, sendo que, apenas 326 possuem o ensino superior. Outro aspeto importante está relacionado com a situação da pena, em que no total, 2196 eram reclusos preventivos, 10386 eram reclusos condenados e 285 encontravam-se sob medidas designadas de segurança.

A interpretação dos dados estatísticos e a subsequente caracterização da população reclusa, por tipo de crime, para o ano de 2018, advoga que o tipo de crime contra o património tinha maior prevalência nesta classe, registando 3476 reclusos. Este tipo de crime abrange furtos simples e qualificados como, o roubo e a burla qualificada e simples. Noutra vertente, regista-se também, ainda que de um modo menos acentuados, os crimes contra as pessoas com 2936 reclusos, este tipo de crime inclui os homicídios, a violência doméstica, as ofensas à integridade física, o sequestro, a violação, o tráfico de pessoas, o abuso sexual de crianças ou de menores, entre outros. De seguida, e com menor prevalência que o crime descrito anteriormente encontra-se os crimes relativos a estupefacientes, que engloba, tráfico de estupefacientes mesmo que sejam quantidades diminutas e o tráfico para consumo. Não obstante, em quarto lugar, a tipologia de crime mais praticado, insere-se nas infrações contra o estado, que engloba a resistência e coação sobre funcionários, o peculato, a desobediência e a corrupção. Ainda no que diz respeito ao tipo de crimes evidenciam-se a condução perigosa de veículos rodoviários, crimes de incêndio, a associação criminosa, entre outros.

Contextualização de penas

Um crime é definido como “*o conjunto de pressupostos de que depende a aplicação ao agente de uma pena ou de uma medida de segurança criminais*” (art. 1 do Código do Processo Penal). Ainda no que respeita ao conceito de crime este pode ser compreendido como um ato que é considerado punível e ilícito (Almeida, Prata &

Veiga, 2018; Dupret & Mendonça, 2018). Uma pena compreende a consequência jurídica de um crime (Almeida, Prata & Veiga, 2018).

De acordo com o Código Penal (2018a), os crimes podem ser classificados em crimes contra as pessoas, contra o estado, contra animais de companhia, contra a vida em sociedade, contra a identidade cultural e integridade pessoal, e contra o património.

Os crimes contra o património abrangem os bens patrimoniais (Almeida, Prata & Veiga, 2018), estão relacionados com crimes como furto, roubo ou dano (Código Penal, 2018b). Nos crimes contra o património podem ainda salientar-se os crimes de burla. A burla integra a extorsão, a infidelidade e a burla qualificada (Código Penal, 2018b).

Para além dos crimes contra o património, salienta-se os crimes contra as pessoas que compreendem acusações relacionadas com bens pessoais (Almeida, Prata & Veiga, 2018). Este tipo de crime está relacionado com crimes contra a vida que, por sua vez, incluem o homicídio. O homicídio pode ser classificado em qualificado e/ou privilegiado. Ainda no que respeita aos crimes contra as pessoas também estão incluídos crimes contra a vida uterina. Este tipo de crimes englobam os crimes contra a integridade física e o aborto. Os crimes contra a integridade física incluem a ofensa à integridade física. Por sua vez, a ofensa à integridade física pode ser considerada grave e/ou simples. No que diz respeito à integridade física estes incluem também os crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual, contra a liberdade pessoal, contra a reserva da vida privada e contra a honra (Código Penal, 2018b).

Evidenciam-se ainda os crimes contra a integridade pessoal e cultural e os crimes contra a vida em sociedade. Estes compreendem os crimes contra a ordem e/ou tranquilidade públicas e os contra a família (Código Penal, 2018b).

Os crimes relacionados com o estado, incluem os crimes contra a segurança do estado, a realização da justiça, a autoridade pública, e os cometidos na prática de funções públicas (Almeida, Prata & Veiga, 2018).

Ainda no que se refere à classificação de crimes, por fim, salienta-se ainda os crimes relacionados com animais de companhia (Código Penal, 2018a; Código Penal, 2018b). Este tipo de crimes integram os maus tratos a animais e também o seu abandono (Almeida, Prata & Veiga, 2018).

Relativamente às medidas de coação aplicadas na prática de um crime, estas encontram-se subordinadas ao princípio da legalidade e/ou da tipicidade, sendo que estas só são plausíveis se estiverem previstas na lei (Código Penal, 2018b). No Código de Processo Penal existem medidas de coação previstas que consistem no termo de identidade e residência, caução, obrigação de apresentação periódica, a suspensão do exercício de funções de profissão, a obrigação de permanência na habitação e, por fim, a prisão preventiva (Código Penal, 2018b; Manzano, 2011).

A primeira medida de coação e aquela que é estimada como menos grave é o termo de identidade e residência. O termo de identidade e residência implica que o arguido identifique a sua residência, local de trabalho e a sua identificação geral. O arguido tem ainda a obrigação de se apresentar diante da autoridade legal ou de estar ao seu dispor, a todo o tempo que a lei assim o obrigue ou se for devidamente notificado e, por fim, o arguido tem ainda a obrigação de não mudar de residência, nem se ausentar dela por um período superior a cinco dias, sem o mesmo informar a sua residência nova ou o lugar onde pode ser encontrado. Relativamente à medida de coação sob caução, que consiste na imposição ao arguido de uma garantia patrimonial para prevenir o cumprimento dos seus deveres processuais, a comparência em ato processual e o cumprimento de obrigações (Código Penal, 2018a; Manzano, 2011). Relativamente à

medida de coação sob obrigação periódica, compreende a obrigação do arguido se apresentar periodicamente numa entidade judiciária ou num determinado estabelecimento da polícia. O arguido deve comparecer em dias previamente estabelecidos pela entidade competente. A interrupção temporária do exercício de funções, da ocupação profissional, e de direitos (Código Penal, 2018b), aplica-se quando o arguido pratica um crime que é punível com pena de prisão com um máximo superior de dois anos, este tipo de crime pode ser cumulável com outras medidas que sejam decretadas como é o caso da medida de coação de obrigação de permanência na habitação (Alves & Gonçalves, 2015). A pena de coação de obrigatoriedade de permanência na habitação estipula que o arguido não se pode ausentar da própria habitação ou de uma que seja considerada a sua residência (Alves & Gonçalves, 2015; Código Penal, 2018b), só podendo fazê-lo sob autorização judicial (Manzano, 2011). A vigilância eletrónica é um meio técnico de controlo feito à distância e que é utilizado para a fiscalização do cumprimento desta medida de coação (Alves & Gonçalves, 2015; Código Penal, 2018b; Manzano, 2011). No que se refere à prisão preventiva esta medida de coação é de natureza excepcional, necessariamente provisória ou precária, relacionada com a privação da liberdade individual (Almeida, Prata & Veiga, 2018; Alves & Gonçalves, 2015). Esta medida de coação que se encontra prevista na lei emerge de uma decisão judicial interlocutória e é considerada a medida mais grave (Alves & Gonçalves, 2015; Redburn, Travis & Western, 2014). A aplicação da medida de coação relativa a um determinado sujeito advém sobretudo da decisão judicial interlocutória (Alves & Rodrigues, 2015). Desta forma, a prisão preventiva pode ser ordenada em qualquer fase da inquirição do crime cometido ou do processo penal, até ao trânsito em julgado, tendo em conta que, posteriormente, existe a observância da sanção (Manzano, 2011). Os estabelecimentos prisionais, são destinados aos arguidos

que se encontram a cumprir pena de prisão. Esta sanção provem da sentença transitada em julgado pela violação grave de ordem moral ou civil que foram imputados na audiência de discussão do caso e no julgamento, ou àqueles a quem seja aplicada ao longo do processo, a medida de coação de prisão preventiva (Almeida, Prata & Veiga, 2018).

O condenado pode beneficiar da aplicação da liberdade condicional se se encontrar cumprido um determinado período da pena e tendo em consideração as circunstâncias do caso, também deve ser tomado em consideração se o condenado após a sua libertação tem a capacidade de ter uma vida do ponto de vista social responsável, ou seja, revela consciência e reflexão acerca dos seus atos (Código Penal, 2018b).

A integração de um sujeito numa instituição prisional, não está associada a qualquer punição corporal, atualmente, este contexto procura trabalhar aspetos do foro psicológico do indivíduo tendo em conta três vertentes, a punição, a dissuasão e a reabilitação. Estas três vertentes anteriormente mencionadas têm como principal finalidade colocar o sujeito numa posição em que seja impossibilitado dar continuidade a um comportamento criminoso e punível, devendo levar o recluso a acreditar que as suas ações não são inteiramente favoráveis para si e deve procurar que sejam sujeitos que obedeçam à lei, através de um acompanhamento psicológico. Este acompanhamento realizado tem como principal finalidade reintegrar o indivíduo na sociedade (Tomar, 2013).

Fatores de risco em contexto prisional

Existem fatores biológicos que influenciam o desenvolvimento humano, mas os fatores relacionados com a família, o estatuto socioeconómico, a cultura também influencia (Feldman, Olds & Papalia, 2009). A exposição a vários fatores de risco pode aumentar a probabilidade de uma criança, adolescente ou adulto desenvolver

comportamentos antissociais ou outros comportamentos considerados desadaptativos (Bartol & Bartol, 2017). O Ser Humano quando experiencia uma necessidade seja ela básica ou secundária, sobretudo num meio sem precedentes ou adulterado é compelido adotar estratégias e comportamentos que tentem saciar a necessidade que se apresenta como imprescindível. Desta forma, o Ser Humano prospera a sua familiaridade com o meio físico e/ou social circundante, fomentando expectativas no que diz respeito à satisfação de necessidades futuras (Sharma, 2016). Relativamente aos fatores de risco psicossociais infantis numa análise do *Cambridge Study in Delinquent Development*, Farrington (2000) refere que os fatores de risco psicossocial entre os 8 e os 10 anos de idade podem predizer a personalidade antissocial aos 18 e 32 anos e condenações entre os 21 e os 40 anos. Na infância podem ocorrer experiências adversas que podem trazer consequências e ser uma variável válida e responsável por comportamentos desajustados dos reclusos, possuindo impacto ao nível da saúde mental dos reclusos inseridos em contexto prisional (Alves & Maia, 2010; Alves, Dutra & Maia, 2013).

Os indivíduos do sexo feminino inseridos em contexto prisional, que apresentam sintomatologia psicopatológica, são agravados pelo facto de a sua infância ter sido marcada por experiências adversas. Tendo em conta que as experiências adversas nesta população são frequentes, é crucial existirem planos de intervenção e de acompanhamento psicológico (Alves & Maia, 2010). Neste contexto é relevante ter em consideração que a exposição à vitimização sexual durante o período infantil, a agressão e o abuso, estão intimamente relacionados com a predisposição dos reclusos poderem vir a apresentar sintomas e perturbações mentais (Haney, 2012; Meade & Steiner, 2013). Quando os sujeitos expostos a contextos de violência e por conseguinte se encontram privados de liberdade, manifestam uma pré-disposição para um comprometimento da saúde psicológica e comportamental podendo levar à existência de

sintomatologia psicopatológica (Meade & Steiner, 2013), designadamente de ansiedade (Casares-López et al, 2011), de mania (Meade & Steiner, 2013), e de stress pós-traumático (Haney,2012).

Meade e Steiner (2013), realizaram um estudo no qual se verificou que exposições à vitimização, são preditores de existirem sintomas depressivos, maníacos e delirantes em reclusos institucionalizados. Quando os sujeitos se encontram expostos a um determinado tipo de violência na infância (Casares-López et al., 2011), mais concretamente, o abuso sexual, o abuso físico e o abuso lesivo o seu impacto para a existência de sintomatologia psicopatológica é considerada um preditor nos sujeitos em que se encontram inseridos em contexto prisional. Outros fatores que apresentam relevância, numa fase adulta, são os assaltos e/ou as agressões sexuais por parte de alguém próximo e/ou parceiro, sendo os preditores com maior destaque para a presença de sintomatologia depressiva, maníaca e delirantes em indivíduos reclusos. É de salientar que os reclusos que sofreram algum tipo de violência, seja ela, física ou psicológica por parte de alguém que seja considerado próximo têm maior probabilidade de vir a desenvolver sintomatologia psicopatológica, quando comparados com outros reclusos que sofreram violência por parte de alguém desconhecido (Meade & Steiner, 2013).

Relativamente a fatores legais podemos considerar que o período de tempo que o recluso permanece num ambiente prisional constitui um fator de risco para a sua saúde mental, esta pode ser comprometida devido a existir um aumento do stress em indivíduos do sexo masculino (Assis, Constantino & Pinto, 2016; Birmingham et. Al, 2011). Desta forma, é mais comum que reclusos inseridos recentemente em contexto prisional experienciem níveis de stress mais elevados, em comparação com reclusos que se encontrem na prisão entre um a nove anos (Assis, Constantino & Pinto, 2016).

Num estudo realizado por Díaz e Girón (2016), os reclusos inseridos num estabelecimento prisional por período de tempo inferior a um ano, apresentaram mais indicadores de sintomatologia depressiva quando comparados com reclusos que se encontravam privados de liberdade há mais tempo. Este fenómeno pode estar relacionado com o fato de os reclusos que permanecem durante um período de tempo mais longo desenvolverem estratégias para melhor lidarem com as circunstâncias em que se encontram.

Na literatura científica podemos encontrar estudos que aferem que existem reclusas que apresentam traços psicopatológicos mais elevados, quando privadas de liberdade nos primeiros dois dias após a sua detenção. Este fenómeno pode ser explicado a partir das variações que ocorrem ao nível dos relacionamentos familiares e da inclusão nesta nova conjuntura. A entrada e permanência num contexto prisional requer por parte da população reclusa uma adaptação brusca e célere (Picken, 2012).

Num estudo realizado por Gonçalves e Moreira (2010) foi explorado em sessenta e seis presos preventivos a prevalência de perturbações emocionais no decorrer da primeira semana de reclusão e após seis meses de pena cumprida. De acordo com os autores, os sintomas psicopatológicos e os índices globais de perturbação emocional apresentaram uma diminuição significativa com o avançar do cumprimento da pena. Na primeira semana de reclusão, as dimensões relativas à ideação paranoide, hostilidade, depressão e ansiedade aduziam valores elevados, enquanto que, após seis meses de reclusão, apenas a dimensão relativa à sensibilidade interpessoal apresentava valores elevados, no entanto, a dimensão relativa à ansiedade concluiu-se que esta decresceu significativamente em comparação com a primeira semana de reclusão. Os resultados sugerem que, existe uma diminuição ao nível da sintomatologia psicopatológica após seis meses de cumprimento de pena, levando a que os fatores protetores se evidenciem e

umentem a sua resiliência, ou ao fato de o contexto prisional em que o recluso está integrado proporcionar satisfação e segurança, atenuando a angústia psicológica vivenciada em si mesmo.

Noutro estudo realizado por Almeida e Jesus (2017), verifica-se que existe uma maior prevalência das perturbações mentais em sujeitos que se encontram em prisão preventiva, quando comparados com sujeitos condenados.

Nos estudos apresentados, conclui-se que tantos os distúrbios emocionais como os problemas de adaptação a esta nova fase da vida surgem, normalmente, no início da pena. Desta forma, à medida que a pena se prolonga no tempo os reclusos apresentam uma melhor adaptação ao contexto prisional e ao cumprimento das normas estabelecidas, levando a que os distúrbios emocionais se circunscrevam ou se dissipem (Novais, Ferreira, & Santos, 2010).

No que diz respeito, ao tempo de inserção do recluso em contexto prisional (Ahmadvand et al, 2014) e a situação jurídico-penal ou o tipo de transgressão cometido, existe uma relação restrita com os sintomas psicopatológicos (Gameda, 2013) e com o nível de distress (Buckaloo, Krug & Nelson, 2009). Tendo em consideração a investigação realizada por Meade e Steiner (2013), foi possível considerar que os indivíduos que cometeram crimes e que se encontram inseridos num determinado estabelecimento prisional por um crime relacionado com drogas, em comparação com reclusos condenados por um crime violento, apresentavam uma menor prevalência de sintomatologia depressiva, maníaca e delirante. Neste mesmo estudo concluiu-se que indivíduos que tenham estado já anteriormente inseridos em contexto prisional e que sejam reclusos novamente manifestam maior número de sintomatologia depressiva, maníaca e delirante.

Prakash et al. (2015), em outro estudo realizado verificou que os reclusos que se encontravam inseridos em contexto prisional e que tinham sido condenados por um crime de estupro apresentavam uma maior prevalência de sintomatologia depressiva, quando comparados com reclusos que se encontravam condenados por homicídio.

No contexto relativo a fatores institucionais, as condições do contexto prisional influem a natureza das mudanças vivenciadas pelos reclusos. No contexto prisional é passível existirem fatores que são considerados negativos e que podem exacerbar as vulnerabilidades psicológicas que podem existir nos indivíduos em encarcerados. Neste sentido, é ainda essencial evidenciar que nem todos as conjunturas prisionais são adversas ou têm a capacidade de infligir danos aos sujeitos que neles se encontram inseridos. No contexto prisional as circunstâncias degradadas existentes podem contribuir para que exista um decréscimo da autoestima dos reclusos e podem ainda contribuir para a diminuição da sua percepção quanto ao seu valor (Haney, 2012).

De acordo com uma investigação realizada na Holanda em que tinha como objetivo avaliar a prevalência das queixas psicológicas e o grau em que estas poderiam ocorrer, verificou-se que os reclusos do sexo feminino apresentavam sintomas depressivos, uma pequena percentagem apresentava pensamentos suicidas e, sensivelmente dois terços, tinham perturbação de stress pós-traumático (Bijleveld et al., 2011).

Em outro estudo Balbar e Duncan (2008), verificou-se que a inexistência de visitas em contexto prisional pode levar a manifestações de sintomas de ansiedade nos reclusos, devido a existir uma quebra nos laços com quem manteriam contato no exterior.

Nos estabelecimentos prisionais é comum existir superlotação, provocando nos reclusos momentos de tensão o que provoca efeitos antagónicos (Haney, 2012; Prakash

et al., 2015). Deve ter-se em conta que esta tensão leva a que os reclusos apresentem instabilidade interpessoal, no qual equívocos ao nível de apreciações sociais podem alcançar dimensões desproporcionais. Quando o estabelecimento prisional está superlotado é possível verificar que existe uma frustração coletiva elevada e por consequência da mesma os recursos disponíveis para cada recluso diminuem substancialmente (Haney, 2012).

Damas e Oliveira (2013) referem que o fato de os estabelecimentos prisionais apresentarem condições desagradáveis (Fuentes, Giacóia & Hammerschmidt, 2011), e o fato de existir uma fraca rede comunitária de apoio à saúde mental, contribuem para o aumento de perturbações mentais. Desta forma, a presença de fatores de risco e de inúmeras formas de trauma, predispõe os reclusos a problemas psicológicos. Sendo que estes problemas estão relacionados com o abuso de substâncias, a violência e a transgressão (Damas & Oliveira, 2013; Haney, 2012).

Saúde Mental dos reclusos

O conceito de saúde mental nem sempre é fácil de definir, sendo considerado um conceito amplo (Souza & Baptista, 2008; Alves & Rodrigues, 2010). A saúde mental é um dos maiores problemas de saúde que as sociedades atuais e futuras têm de enfrentar (Beyen, Dadi, Dachew, Muluneh & Bisetegn, 2017). A saúde caracteriza-se por um estado pleno de bem-estar físico, psíquico e social, e não consiste apenas na ausência da doença (Souza & Baptista, 2008; Alves & Rodrigues, 2010). A saúde mental constitui-se como parte imprescindível da saúde em geral. Desta forma, resulta de um bom funcionamento do indivíduo, devendo este conseguir estabelecer um bom relacionamento com a seguinte tríade sociedade, família e pessoas (Souza & Baptista, 2008). O indivíduo deve ainda ter a capacidade de defrontar obstáculos e ser resiliente

face às adversidades que podem advir, deve envolver-se em questões sociais e contribuir para o desenvolvimento das sociedades (Palha & Palha, 2016). O conceito de saúde mental compreende, segundo a Organização Mundial (OMS) (2001), o bem-estar subjetivo, auto-eficácia percebida, a independência, a proficiência, a subordinação intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Numa perspectiva transcultural, o conceito de saúde mental apresenta concordância quanto ao facto de a saúde mental ser algo mais do que a ausência de perturbações mentais.

Por outro lado, a perturbação mental compromete de forma negativa o pensamento, as emoções, os comportamentos e os relacionamentos do indivíduo que a experiência. Os sintomas da perturbação mental surgem sob a forma de alterações no modo de sentir (humor), no modo de pensar e no modo de agir. Desta forma, existe uma deterioração numa ou em várias esferas da vida (familiar, social, afetiva, laboral) da pessoa (Palha & Palha, 2016).

No que diz respeito, à saúde mental de pessoas em processo de reclusão verifica-se que esta se encontra normalmente comprometida. Segundo Fazel et al (2016), estima-se que um em cada sete reclusos tem um diagnóstico de perturbação mental. Na Europa estima-se que 5% dos reclusos apresentam perturbações psicóticas, 25% perturbações depressivas ou perturbações de ansiedade e 40% são distúrbios relacionados com substâncias (Beyen et al., 2017). Um estudo realizado na Inglaterra e nos Países de Gales em 2012, constatou que 18% dos presos relataram sintomas de ansiedade e de depressão. No entanto, um estudo realizado em 2013 no mesmo país, abrangendo 1435 reclusos, verificou-se que 29% indicaram ter ansiedade e depressão. Ainda nesta pesquisa, verificou-se que 26% das mulheres reclusas receberam tratamento para o problema de saúde mental enquanto que nos homens apenas 16% recebeu tratamento

(Mental Health Foundation, 2015). Os reclusos com perturbações mentais estão mais suscetíveis a se suicidarem, a se autoflagelarem ou de sofrerem de algum tipo de violência (Fazel et al., 2016). Existem fatores que patenteiam efeitos negativos na saúde mental dos reclusos como a superlotação, falta de privacidade, insegurança, a falta de serviços de saúde adequados, falta de condições das celas, alimentação inadequada, atividades estimulantes limitadas, isolamento da família e do grupo de pares (Fazel et al., 2016; Constantino, Assis & Pinto, 2016; Marinho & Vitoria, 2018; Prakash et al., 2015), privação do convívio social, estrutura rígida e o controlo sobre os reclusos (Vargas et al, 2015), idades mais avançadas (Beyen et al., 2017).

O ambiente em contexto prisional pode ser particularmente difícil para aqueles que apresentam problemas psíquicos, para além deste problema têm ainda de enfrentar o dia-a-dia desprotegidos. Em alguns casos, a solidão, o afastamento da família e a ansiedade por estarem naquele ambiente leva a um declínio da sua saúde mental (Newcomn, 2016). Após a sentença deliberada pelo Tribunal, os perpetradores de crimes são estigmatizados pela sociedade levando o recluso a preocupar-se significativamente com o seu futuro, está preocupação traz a curto prazo efeitos negativos gerando alguma ansiedade (Prakash et al., 2015).

Segundo Nurse, Woodcock & Ormsby (2003), os reclusos que passam por um longo período de tempo em isolamento tendem a sentir-se mais frustrados, ansiosos e com raiva, o que perpétua uma decadência na sua saúde mental. Os reclusos estão mais suscetíveis de desenvolver doenças psiquiátricas do que a população em geral devido a existir uma deterioração da sua saúde durante a sua permanência na cadeia (Prakash et al., 2015), como resultado das condições prevalecentes, possivelmente devido à tortura ou outras violações dos direitos humanos (Beyen et al., 2017). A saúde mental dos reclusos é uma constante preocupação, a taxa de suicídio é mais elevada do que na

população geral, assim como, as perturbações mentais também têm uma maior prevalência (Nurse, Woodcock & Ormsby, 2003; Constantino, Assis & Pinto, 2016).

Quando falamos em saúde mental devemos ressaltar a importância do vínculo familiar. O vínculo à família é considerado um fator protetor assim sendo, para além de ser crucial existirem estratégias de fortalecimento dos vínculos, este é um direito que deve ser assegurado a todos os reclusos perpetua-se que este seja um fator preventivo do agravamento de problemas emocionais que advém destas circunstâncias em que se encontram (Constantino, Assis & Pinto, 2016).

Transição na população reclusa

Ao longo da vida do indivíduo existem adaptações e transições que vão ocorrendo, existem várias mudanças ao nível de papéis, relacionamentos interpessoais e rotinas (Novais, Ferreira & Santos, 2010). O Modelo de Transição de Schlossberg (1981), caracteriza e elucida a habilidade do indivíduo para lidar com a mudança. Este modelo dispõe de um contexto em que qualquer transição pode ser analisada e pode existir a formulação de uma intervenção tendo em conta as características que estão associadas à mudança (Anderson, Goodman & Schlossberg, 2012).

Ao longo da vida do indivíduo, estes experienciam inúmeras mudanças e transições, sendo que por vezes estas mudanças se caracterizam e resultam em novas redes de comportamentos, de relacionamentos e também novas auto-percepções (Schlossberg 1981; 2008). No seu modelo de transição Schlossberg integra aquilo a que designou as transições antecipadas e as transições não antecipadas. Desta forma, existem mudanças que são consideradas antecipadas, e que o indivíduo espera que ocorram de uma determinada forma. Por outro lado, as mudanças que são consideradas não antecipadas, são eventos e situações que o indivíduo não espera que ocorram. Este

modelo assume que qualquer mudança que ocorra o sujeito faz a sua própria análise e aprecia o significado e o impacto que terá no seu bem-estar. Analisa as consequências e também os recursos pessoais e sociais intrínsecos ao próprio evento (Novais, Ferreira & Santos, 2010; Schlossberg, 2011).

Vários autores se debruçaram acerca da adaptação humana a eventos específicos, sendo que as transições normais do quotidiano, tais como o casamento, como a institucionalização do indivíduo num estabelecimento prisional, demonstram que cada indivíduo tem a sua própria capacidade de adaptação à mudança, e que o mesmo indivíduo pode reagir e se posicionar de forma distinta aos diferentes tipos de mudança. (Schlossberg, 1981, 2011). As várias mudanças que ocorrem são condicionadas por fatores intrínsecos às características de cada sujeito, sejam elas: estratégicas que a pessoa recorre para lidar com as adversidades e contextos que possam surgir, características desenvolvimentais, bem como estratégias de suporte. As características pessoais e o contexto em que ocorre cada transição é crucial, quantas mais transições sucederem, mais recursos de coping e de adaptação são exigidos, ou seja, o indivíduo terá de se adaptar às persistentes mudanças existentes na sua vida (Novais, Ferreira & Santos, 2010).

Quando ocorre uma determinada transição e para se compreender qual o significado que o próprio indivíduo lhe atribui, é essencial analisar o tipo de transição existente, qual a perspectiva face a essa mesma transição, a circunstância em que esta ocorre, e sobretudo verificar qual é o impacto que esta tem na vida do indivíduo (Anderson, Goodman & Schlossberg, 2012). Cada transição tem de ser encarada como sendo única (Novais, Ferreira & Santos, 2010). Desta forma, para além de ter em consideração determinados aspetos, tais como, a perceção, a complexidade e a multiplicidade de transições, existem outros fatores que também devem ser

considerados fundamentais neste processo, o contexto e o impacto ou grau de mudança. Nas fases de transição, um indivíduo arroga diversos papéis. Estas mesmas fases demandam auto-avaliação e algumas vezes resultam em criar relações novas e novos significados às mudanças (Novais, Ferreira & Santos, 2010). A adaptação à transição é influenciada por três grupos, as particularidades da transição, as características do ambiente e os traços que o indivíduo apresenta. Estes grupos apresentados anteriormente, são fatores que interagem entre si, e ao interagirem vão produzir um determinado resultado. Esta interação determina assim se o indivíduo conseguiu ou não se adaptar a uma determinada circunstância (Schlossberg, 1981).

O modelo de transição de Schlossberg também é conhecido como a Teoria dos 4 S's (situation, self, support, strategies), designando-se desta forma porque são os quatro fatores que contribuem para a forma que cada indivíduo lida com a transição. Consoante o contexto em que o indivíduo está inserido a transição também vai sofrendo alterações. O processo de transição acontece num tempo específico, existindo um antes, um durante e um depois do evento.

As transições apresentam particularidades, estas particularidades podem ser descritas através de variáveis.

O modelo de transição consiste em três fases: entrada (*moving in*), transição (*moving through*) e saída (*moving out*). Relativamente à fase da entrada consiste no momento de início da mudança, onde se dá início à indagação e ao contacto de novas particularidades da situação. Quanto à fase de transição consiste sobretudo na ativação e na manutenção dos sistemas de apoio à transição. Por fim, a fase da saída considera que após as alterações ocorridas é necessário realizar um ajustamento e integrá-las no quotidiano do indivíduo (Novais, Ferreira & Santos, 2010).

Transição e ajustamento na prisão

Neste contexto, o ajustamento do recluso às normas da instituição em consonância com aquilo que se designa de traço de perfil é crucial no modo como o recluso irá lidar com o cumprimento da pena atribuída e com todo o processo de reclusão. Não obstante, o traço de perfil também se encontra relacionado com a forma como o recluso encarará a sua vida fora do contexto prisional (Novais, Ferreira & Santos, 2010). No sistema prisional, considera-se uma boa transição quando o resultado é um processo equilibrador no qual o indivíduo deve apreender um conjunto de regras inerentes ao contexto prisional e à sua própria organização. Neste contexto o indivíduo como deverá integrar essas normas e leis com o seu sistema biopsicossocial, o qual inclui diversos aspetos relacionados com a sua própria personalidade, assim como a sua personalidade evolui e se altera ao longo dos diversos contextos existentes (Gonçalves, 2008).

Relativamente às características da transição, esta pode apresentar diversas variáveis como o impacto da transição em relação ao afeto e a mudança de papéis existente. Quanto ao impacto da transição em relação ao afeto é necessário ter em conta aspetos como a fonte, a circunstância, a sua durabilidade e a intensidade do sintoma, como por exemplo, o stress (Ferreira, Novais & Santos, 2010; Schlossberg, 1981; 2008). Em relação à modificação de papéis grande parte das transições ocorridas apresentam essas mudanças, e podem adquirir diferentes papéis seja ele novo ou um anteriormente já desempenhado. Deve ter-se em conta que nas transições ocorridas existem sempre perdas e/ou ganhos, sendo que as mudanças existentes ao nível dos papéis desempenhados estão sempre sujeitas a algum stress (Schlossberg, 1981; 2008).

Quanto ao impacto da transição em relação ao afeto, existem transições que podem gerar sentimentos de prazer, enquanto que outras causam sentimentos de sofrimento, sendo que como já foi referido anteriormente grande parte das transições

envolvem sentimentos positivos como negativos. As transições quanto à fonte, podem ainda ser externa ou interna. No que diz respeito ainda às transições deve ter-se em conta que determinadas transições são o resultado de decisões deliberadas por parte do próprio indivíduo, enquanto que outras são impostas ao indivíduo por pessoas ou por determinadas circunstâncias. Relativamente ao momento da transição, e atendendo ao fato de se considerar que existem períodos e alturas específicas da vida em que determinadas mudanças devem acontecer, como por exemplo, arranjar um emprego, pelo que quando essas transições não ocorrem no período em que seria expectável pelo indivíduo este sente que se distancia daquilo que deveria ser considerado normal. Considera-se que o início da transição, pode ser súbita ou gradual. Considera-se que grande parte das transições ocorridas ao longo da vida são esperadas porque emergem de uma decisão tomada pelo indivíduo, pelo que nesta situação pode considerar-se que as transições apresentam um início que é considerado gradual. As transições que apresentam um início gradual são, normalmente, aquelas em que existe uma melhor ou mais fácil adaptação, atendendo ao fato de que o indivíduo pode melhor se preparar e até mesmo antecipá-las. No entanto, quando uma mudança advém de forma súbita, o indivíduo não consegue preparar-se para tal circunstância, sendo por esse mesmo fator mais difícil de se lidar com este tipo de transições. Quanto à durabilidade da transição esta pode distinguir-se em permanente, temporária ou incerta. Quando a duração da transição é esperada esta influencia a forma como a adaptação à mudança é feita. Uma transição que é considerada permanente é percebida pelo recluso de forma diferente, quando comparada a uma transição que seja temporária. Quando uma mudança acarreta sofrimento para o indivíduo, ou seja, é desprazerosa, será mais fácil a mudança se este tiver a percepção que a transição está limitada no tempo, porém se o indivíduo tiver a intenção para mudar esta terá um efeito tranquilizador para este (Schlossberg, 1981).

Relativamente ao stress que uma transição pode representar, este deve ter em consideração as características que foram mencionadas anteriormente.

Independentemente de a mudança ser considerada negativa ou positiva, qualquer mudança gera um determinado nível de stress. O nível de stress depende sobretudo da quantidade de recursos que um indivíduo apresenta num delimitado momento em que a situação ocorre (Schlossberg, 1981; 2011).

Suporte social, saúde mental e transição dos reclusos

O contexto prisional é considerado um contexto social soberano, que pode originar diversas consequências para os indivíduos que neles se encontrem institucionalizados. As consequências podem ser físicas, psicológicas ou ainda comportamentais. A vida na cadeia apresenta um ambiente com características peculiares, como a sensação de risco e privações e as inseguranças com que se confrontam podem afetar a vida dos reclusos na prisão (Redburn, Travis & Western, 2014).

A família é considerada o ambiente primário onde o sujeito inicia o seu processo de desenvolvimento e de socialização. Neste sentido, existe uma grande influência ao nível da formação psicológica e social, é também no seio da família que existe a transferência de valores e de condutas. Quando analisada as unidades familiares de reclusos existe a ideia de que é uma dinâmica disfuncional, ou seja, são desestruturadas (Cabral & Medeiros, 2014).

O suporte social na área das ciências sociais e humanas tem suscitado grande interesse, sendo considerado um dos principais objetos de estudo da Psicologia da saúde. Entende-se por suporte social o grau em que as necessidades sociais de uma pessoa são satisfeitas a partir da interação com os outros. Este conceito é considerado por vários autores como um fator protetor e de promoção da saúde, sendo considerado

multidimensional. Quando se rompem vínculos ou laços sociais pode levar a que o sujeito fique mais suscetível a determinadas doenças (Siqueira, 2008). O suporte social pode proteger os indivíduos de crises provenientes de um determinado campo de estados patológicos, nomeadamente, de tendências suicidas (Rodrigues & Madeira, 2009). O suporte social produz efeitos benéficos na saúde psíquica e física, guardando uma estreita relação com o bem-estar (Siqueira, 2008). Neste sentido, e sendo considerado como promotor de saúde reduz o sofrimento psicológico diante de eventos que possam ser considerados stressantes, eventos esses que podem ser físicos ou psicossociais (Harandi, Taghinasab & Nayeri, 2017). Existem fatores que podem estar intimamente relacionados com o processo saúde- doença, como o facto de não conseguir ter um controlo sob a sua própria vida e o isolamento social (Rodrigues & Madeira, 2009). O facto de o sujeito estar num ambiente isolado leva a que existam perda de vínculos tanto familiares como afetivos tendo estes que se adaptarem às normas e regras vigentes no sistema prisional (Faustino & Pires, 2009). Portanto, o contacto e a comunicação com familiares e amigos desenvolvem na pessoa um sentimento de segurança e ajuda a reduzir a ansiedade gerada (Harandi, Taghinasab & Nayeri, 2017), associando-se ao bem-estar e à saúde mental (Arriola, Avery, Booker, et al., 2015; Cotton, Fahmy, Jimmons, McKay, Stoffer, Syed & Wallace, 2016). Neste sentido, um fator protetor para a saúde mental nos reclusos é o vínculo estabelecido com a família, e deve ter-se em conta que a manutenção entre os laços estabelecidos entre a pessoa presa e a sua família num contexto prisional pode ter diversos benefícios, principalmente na reinserção na sociedade (Assis, Constantino & Pinto, 2016; Durcan & Zwemstra, 2014). O facto de existir um bom suporte social leva a que a pessoa se sinta cuidada, respeitada e pertencentes a uma rede de comunicação (Harandi, Taghinasab & Nayeri, 2017). A existência de estratégias de consolidação dos vínculos familiares e de

fortalecimento desses mesmo vínculos, constitui-se como preventivo para a existência e para o agravamento de problemas psicopatológicos e problemas emocionais (Assis, Constantino & Pinto, 2016).

Por outro lado, a ausência de suporte social pode levar a consequências negativas no processo de ressocialização após conclusão da pena e uma grande probabilidade de existir uma reincidência (Oliveira & Lima, 2013; Medeiros, 2010). Normalmente, o facto de existirem na sociedade pessoas que não têm posições privilegiadas leva a que estas fiquem mais suscetíveis a desenvolverem problemas de saúde que se encontrem concomitantemente associados ao stress. É importante ressaltar que quando os sujeitos apresentam um suporte social têm um melhor ajuste físico e mental. Assim sendo, o apoio social sugere mais saúde. Quando as pessoas estão mais solitárias e quando se sentem doentes elas tendem a ficar mais focadas na doença. Pelo contrário, quando as pessoas têm um suporte social que funciona, estas mudam de comportamento e de atitude e conseguem enfrentar de outra forma situações que sejam consideradas difíceis ou dolorosas e os riscos por adoecerem devido a problemas do foro psicológico tendem a ser reduzidos. O suporte familiar, é considerado um amortecedor dos acontecimentos traumáticos na vida dos sujeitos. Existem autores que defendem que existe uma associação entre apoio social e problemas depressivos. Desta forma, o suporte social pode reduzir diversas perturbações psiquiátricas, como o caso da depressão, ansiedade e esquizofrenia.

No processo de reclusão existe uma privação da liberdade levando a que exista um sentimento associado que é o sofrimento, por sua vez, esta privação é uma experiência muito marcante na vida de qualquer recluso (Gomes, 2008). Para Freitas (2008), a função da família no processo de reclusão de um membro é um direito para qualquer recluso e que é crucial, existindo uma importância na recuperação de valores

na dimensão social ao longo de todo o seu processo de reclusão. O suporte interpessoal, é um dos fatores essenciais para que o recluso se adapte de forma benéfica à sua nova condição de vida, e deve-se destacar neste contexto os relacionamentos íntimos, a unidade familiar e o grupo de pares. De acordo com a literatura, os relacionamentos íntimos, que normalmente se cingem no apoio mútuo e sobretudo na confiança e na compreensão, fortalecem o indivíduo nos seus momentos mais difíceis e considerados mais stressantes. Por conseguinte, o apoio familiar contribui para que o indivíduo consiga lidar com situações de crise, contribuindo para que o processo de adaptação seja mais facilitado. Quanto ao grupo de pares, este é considerado um sistema de suporte relevante para o indivíduo. O grupo de pares pode amparar um indivíduo aquando um acontecimento abrupto, tendo em conta que os amigos tendem numa situação mais conturbada a confortarem-se e apoiarem-se de forma mútua (Schlossberg, 2011). Os estabelecimentos prisionais apresentam características únicas, um ambiente também ele único, sendo a adaptação a única alternativa para o recluso (Chui & Liu, 2013; Fuentes, Giacóia & Hammerschmidt, 2011).

Intervenção da Psicologia clínica e o papel do psicólogo em contexto prisional

Os estabelecimentos prisionais, na atualidade, são uma instituição que nasce com o capitalismo e desde essa altura que é utilizada para corrigir ou neutralizar, as classes consideradas perigosas num contexto social. Embora nos dias que decorrem seja utilizada como uma forma de sanção da maioria dos crimes (Kolker, 2011). O acompanhamento psicológico prestado aos reclusos é fundamental e deve ser constante para que se consiga reduzir a elevada taxa de prevalência de problemas de Saúde Mental e para que se consiga prevenir a reincidência de condutas criminais (Bandeira & Nascimento, 2018; Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2018). Os indivíduos inseridos

num contexto prisional deverão ser acompanhados psicologicamente devido à elevada necessidade destes em conseguir lidar com a durabilidade do tempo de pena que terão de cumprir num espaço fechado e isolados dos seus familiares, grupos de pares ou outros significativos. Neste sentido, a ajuda psicológica obtida poderá auxiliar a população reclusa a lidar com as particularidades deste contexto atípico, e a aceitarem que aquele estabelecimento prisional poderá ser a sua residência durante um intervalo de tempo longo, de maneira a poderem delinear o seu futuro após liberdade (Agbakwuru & Awujo, 2016; Enggist, Gatherer & Moller, 2014; Tomar, 2013). O bem-estar de qualquer recluso pode ser colocado em causa caso as suas necessidades não sejam suprimidas (Durcan & Zwemstra, 2014).

Sobre os cuidados de saúde dos reclusos têm-se vindo a debater se esta prestação deverá ocorrer dentro do estabelecimento prisional a que o recluso se encontra circunscrito ou fora deste, sob a tutela do Ministério da Justiça ou da Saúde. Contudo, verificou-se que no contexto prisional existe uma elevada prevalência de perturbações mentais, considerando-se os gastos associados elevados em comparação com a deslocação de técnicos de saúde à instituição. Neste sentido, os cuidados de saúde são providenciados pela Direcção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) e por empresas privadas na prestação de serviços, que são disponibilizados a indivíduos que se encontrem inseridos em estabelecimentos prisionais e que tenham necessidade de acompanhamento (Almeida & Jesus, 2017). Em Portugal, existem sensivelmente quarenta e nove estabelecimentos prisionais sendo o número de reclusos cerca de catorze mil, existindo apenas trinta psicólogos nos estabelecimentos prisionais no território português. Não obstante, observa-se que, existem instituições prisionais sem qualquer tipo de apoio a nível psicológico. Apesar deste facto, o papel do psicólogo é essencial nos estabelecimentos prisionais. Os psicólogos podem contribuir para a

diminuição dos danos dos efeitos que a prisão pode trazer a nível psíquico para o indivíduo, desde que a sua prática seja contextualizada e comprometida com a garantia dos direitos humanos (Bandeira & Nascimento, 2018). A intervenção psicológica apresenta um papel crucial no âmbito da reabilitação dos reclusos, apesar de não conseguir substituir as sanções judiciais instituídas, procura a alteração de condutas apresentadas pelos reclusos na sua inserção no contexto prisional (Tomar, 2013). No âmbito do meio prisional, outra linha de trabalho da intervenção psicológica é o acompanhamento individual dos reclusos, em que o objetivo primordial é a promoção e adaptação do sujeito à instituição, acautelando episódios de desajustamento/inadaptação ao contexto privativo de liberdade. Por outro lado, o psicólogo deverá promover competências pessoais e de relacionamento interpessoal promovendo a autonomia do recluso. Durante o processo de reclusão o tratamento deve ser orientado para a indulto do sintoma e para a reposição do equilíbrio do recluso (Monteiro, 2012).

Neste sentido, a finalidade da intervenção psicológica engloba aspetos promocionais, preventivos e remediativos, tendo como enfoque a proteção e defesa dos direitos da sociedade e seus cidadãos. Em contexto prisional, os psicólogos desempenham funções que incluem o acolhimento e o apoio psicológico, promoção de mudança de conduta comportamental, a reintegração dos reclusos em ambiente social após cumprimento da sua pena (Magaletta et al., 2011; Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2018), promoção de competências ao nível pessoal, ao nível social e ao nível dos relacionamentos interpessoais, estimular o recluso na tomada de decisão, e por fim, modificar os traços de personalidade que sejam considerados disfuncionais e tratar problemas do foro emocional e comportamental encaminhando desta forma os reclusos para programas específicos de reabilitação que sejam adequados às necessidades sentidas (Almeida & Jesus, 2017). Para além destes fatores, o psicólogo tem ainda

como funções, realizar avaliações e dar parecer ao Tribunal, pode ainda atuar em problemas de Saúde Mental ou perturbações mentais e realizar avaliações de riscos psicossociais das prisões enquanto local de labor, assim como pode desempenhar a sua função ao nível da prevenção e intervenção desses riscos, nomeadamente em situações de stresse e de *burnout*. (Magaletta et al., 2011; Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2018). O psicólogo tem inúmeras competências que enriquecem e contribuem para os serviços de justiça das mais diversas formas. No contexto prisional os psicólogos devem elaborar relatórios de avaliação e acompanhamento compreensivo e cientificamente válidos, para que os Tribunais possam determinar as competências inerentes ao recluso, o seu estado mental, a capacidade de metamorfismo dos indivíduos que são acusados de executar algum crime ou das suas vítimas, bem como o impacto de eventos traumáticos nas vítimas (Ordem dos psicólogos, 2017). Assim, ao psicólogo no contexto forense é-lhe atribuído um papel de “legitimador” da justiça, muitas vezes é-lhe atribuída a responsabilidade de elucidar os decisores judiciais acerca das motivações que levaram os sujeitos a cometer um determinado crime (Rolo, 2012).

Na prática do psicólogo em contexto prisional, são abordadas questões ético-políticas, existindo uma tensão entre a atuação voltada para as avaliações de exames criminológicos e a promoção dos direitos à saúde e bem-estar. A psicologia, enquanto área das ciências, deve procurar garantir os direitos humanos e dar o seu contributo na melhoria das condições existentes nos estabelecimentos prisionais, devendo criar estratégias de promoção de saúde mental e de qualidade de vida dos reclusos (Bandeira & Nascimento, 2018). Neste sentido, o psicólogo deve ter em conta a elaboração individual de reabilitação tendo em conta as características individuais de cada recluso, as suas necessidades e riscos específicos, o processo de modificação de comportamentos

durante o cumprimento da pena, definindo um conjunto de ações a realizar no que respeita às áreas de risco/necessidades (Monteiro, 2012).

Sinha (2010), refere que grande parte dos reclusos instituídos nos estabelecimentos prisionais irão, futuramente, voltar à sociedade, e que estes deverão estar adequadamente preparados para essa nova realidade devendo existir uma minimização de estes virem a desenvolver comportamentos criminais e a reincidir. Desta forma, os problemas relacionados com a saúde mental e as dificuldades de adaptação podem ser objeto de preocupação. Desta forma, o acompanhamento psicológico realizado por parte dos psicólogos clínicos procura otimizar a reintegração dos indivíduos na sociedade, após liberdade e redução do risco de reincidência no futuro (Almeida & Jesus, 2017). A intervenção psicológica deverá ter como foco o reconhecimento e o incentivo no uso de estratégias de coping para auxiliar os reclusos a superarem sentimentos adversos e a lidarem com os contratemplos existentes no meio que os rodeia (Lindsay & Phillips, 2011; Picken, 2012). A intervenção deve ainda incidir nas relações estabelecidas entre reclusos, tendo em conta que a manutenção de uma boa relação é crucial e poderá contribuir para a qualidade de vida dos mesmos (Chiu & Liu, 2013). Para além das relações, a intervenção deve ainda incidir na autoestima, procurando que exista uma melhoria da mesma (Larrota, Rojas & Sánchez, 2016; Picken, 2012).

Atendendo ainda que a literatura defende que os reclusos expostos a um determinado tipo de violência no passado, como, agressões ou abusos sexuais, estes possuem uma maior probabilidade de apresentarem problemas do foro mental e comportamental, sendo emergente a intervenção psicológica para aliviar as repercussões desse contexto, de forma a que estes se consigam adaptar da melhor forma ao contexto

em que se encontram circunscritos aquando o cumprimento da pena (Meade & Steiner, 2013).

No que diz respeito à intervenção efetuada com os reclusos esta pode ainda ser realizada em grupo, para promover a reestruturação cognitiva dos sujeitos procurando modificar as crenças disfuncionais existentes e fomentar a aquisição de competências tanto pessoais como relacionais que otimizem o processo de acomodação dos reclusos aos contextos em que estão inseridos (Almeida & Jesus, 2017; Garcia & Pacheco, 2012). A transição dos reclusos para esta nova realidade, ou seja, privação da sua liberdade estando confinados a um determinado espaço, leva a que seja crucial existir uma intervenção com o seio familiar, tendo em conta o interesse destes no modo como o indivíduo experiêcia o seu dia a dia no estabelecimento prisional (Byrne, Campbell, Forrester, Huddy, Jarrett, Onwumere, Phillip, Roberts & Valmaggia, 2016; Novais, Ferreira, & Santos, 2010). Assim sendo, é importante que exista um incentivo no restabelecimento ou na manutenção de bons relacionamentos com o seio familiar, tornando-se, importante que exista uma intervenção que facilite os reclusos a interpretarem os problemas de forma benéfica junto dos seus familiares (Chui & Liu, 2013; Mulvey, Rodrigues & Tasca, 2016).

Em suma, verifica-se que, ao longo do desenvolvimento do sujeito este pode vivenciar inúmeros fatores de risco e que podem influir negativamente o bem-estar do mesmo, levando a que a sua saúde mental seja comprometida. Quando o sujeito comete algum tipo de crime e este seja plausível de condenação, ao ser inserido no contexto prisional este contribui para o desenvolvimento de perturbações mentais devido às características que se encontram associadas. A inserção de um sujeito no contexto prisional exige que estes consigam ser flexíveis e terem uma grande capacidade de adaptação a uma nova vida e a um novo meio físico e social. Neste sentido, falar em

fatores protetores é imprescindível para que se consiga minimizar os fatores de risco, aqui a psicologia assume um papel crucial. Deste modo, o psicólogo clínico tem um papel preponderante no que diz respeito à diminuição dos efeitos prejudiciais para a saúde psíquica do sujeito, procurando criar estratégias que procurem promover a saúde mental e a sua qualidade de vida.

Objetivos

Este estudo surge da necessidade de compreender e caracterizar a saúde mental e o suporte social dos reclusos portugueses. Desta forma, serão apresentados os objetivos específicos e o objetivo geral que norteiam o presente trabalho de investigação.

Objetivo geral

O presente estudo tem como objetivo geral compreender e caracterizar a influência do suporte social na saúde mental de reclusos que executam pena de prisão nos estabelecimentos prisionais de Lisboa.

Objetivos específicos

Para o presente estudo, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- 1) compreender e caracterizar o suporte social dos reclusos portugueses que executam pena de prisão;
- 2) compreender e caracterizar a saúde mental dos reclusos portugueses que executam pena de prisão;
- 3) compreender e caracterizar a relação entre o suporte social e a saúde mental dos reclusos portugueses;
- 4) compreender e caracterizar o impacto do género e a relação entre a saúde mental;
- 5) compreender e caracterizar o impacto do género no funcionamento familiar;
- 6) compreender e caracterizar a relação entre a situação jurídico-penal dos reclusos e a saúde mental;
- 7) compreender e caracterizar a relação entre a situação jurídico-penal dos reclusos e o suporte social;

8) compreender e caracterizar a relação entre o tipo de crime cometido pelos reclusos e o suporte social;

9) compreender e caracterizar a relação entre o tipo de crime cometido pelos reclusos e a saúde mental.

Método

No presente trabalho de investigação, mais concretamente nesta secção apresenta-se uma descrição dos participantes que fizeram parte da amostra do estudo. Posteriormente, fez-se a descrição dos instrumentos utilizados para recolher os dados e de seguida procedeu-se à explicação dos procedimentos que foram realizados. Para este trabalho de investigação, recorreu-se a uma metodologia quantitativa, tendo presente os seus objetivos descritos anteriormente. Desta forma, recorreu-se a um estudo transversal. A presente investigação integra uma investigação na área “Perfil de Personalidade e Bem-Estar Subjetivo de Portugueses Perpetuadores de Crimes”, está inserido num estudo mais amplo, que se encontra a decorrer no Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social em parceria com o Instituto de Psicologia e Ciências da Educação (CLISSIS) da Universidade Lusíada (ULL). Este subcapítulo centra-se sobretudo na descrição dos instrumentos utilizados neste trabalho de investigação.

Participantes

Neste estudo, a amostra é constituída por indivíduos condenados por crimes contra as pessoas, contra a vida e contra a propriedade reclusos em diferentes Estabelecimentos Prisionais. A amostra deste estudo é constituída por 164 indivíduos, 15,9% correspondem ao sexo feminino (n=26) e 84,1% correspondem ao sexo masculino (n=138), a faixa etária dos inquiridos encontra-se entre os 18 e os 79 anos de idade (M=38,41 e DP=11,449). É importante ainda referir que 41,5% dos participantes têm até 34 anos inclusive (n=68) e 58,5% dos participantes possuem 35 ou mais anos (n=96). Dos sujeitos que compõem a amostra, 130 possuem nacionalidade portuguesa e os restantes possuem outra nacionalidade. Por último, considerando o estado civil existe

uma maior percentagem de solteiros (59,1%), e uma menor percentagem de separados, divorciados ou viúvos (18,3%).

Para realizar o presente estudo recorreu-se a uma amostragem não probabilística, designado de amostragem de convivência. Neste sentido, os reclusos foram selecionados de diferentes estabelecimentos prisionais pertencentes ao Distrito Judicial de Lisboa, tais como, estabelecimento prisional da Carregueira, o estabelecimento prisional de Tires, o estabelecimento prisional de Lisboa e o estabelecimento prisional de Caxias. Deste modo, dos 164 reclusos inquiridos, 75 encontram-se a executar pena no estabelecimento da Carregueira (45,7%), 26 encontram-se a executar pena no estabelecimento prisional de Tires (15,9%), 34 encontram-se a executar pena no estabelecimento prisional de Lisboa (20,7%) e 29 encontram-se a executar pena no estabelecimento prisional de Caxias (17,7%).

Quanto aos critérios de inclusão pode dizer-se que foram incluídos no estudo: (a) indivíduos que se encontrassem a cumprir pena num estabelecimento prisional português, (b) indivíduos que possuíssem competências básicas ao nível da leitura e de escrita para que fosse possível o preenchimento dos questionários. No que diz respeito aos critérios de exclusão, foram excluídos: (a) indivíduos sem competências básicas ao nível da leitura e da escrita, (b) indivíduos que ocultaram o número de recluso ou preencheram incorretamente o campo correspondente e, por último, (c) indivíduos que não se encontrassem a cumprir pena num estabelecimento prisional português.

Tabela 1 - *Características sociodemográficas da amostra*

	N	%	M	DP	Min.	Max.
Idade			38,41	11,449	18	79
Género						
Feminino	26	15,9				
Masculino	138	84,1				
Nacionalidade						
Portuguesa	130	79,3				
Outra nacionalidade	27	16,5				
Omissos	7	7				
Estado Civil						
Solteiro	97	59,1				
Casado/união de facto	34	20,7				
Separado/divorciado/viúvo	30	18,3				
Omisso	3	1,8				

Instrumentos

Para recolher as informações necessárias foi utilizado o Questionário Sociodemográfico e Jurídico-Penal, o Inventário Breve de Sintomas e o *Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation* (SCORE-15). Estes instrumentos possibilitaram recolher informações variadas acerca dos reclusos proporcionando avaliar as distintas dimensões necessárias.

Questionário Sociodemográfico e Jurídico-Penal

Para recolher informação relativa às características sociodemográficas dos reclusos procedeu-se à aplicação de um Questionário Sociodemográfico e Jurídico-Penal (adaptado de Matos, 2006). Na dimensão designada por informação sociodemográfica esta é constituída por diversos itens, como idade, naturalidade, nacionalidade, concelho de residência, sexo, habilitações académicas, etnia e última profissão antes da condenação. Na dimensão familiar recolheu-se informações sobre o estado civil e a composição do agregado familiar. Na dimensão jurídico-penal,

recolheu-se informações acerca do tipo de crime executado, a história criminal, o tempo de pena e o tempo de pena já cumprido pelo recluso. Para além de todas as dimensões descritas anteriormente o questionário aborda ainda questões de comportamento institucional, as visitas que o recluso recebe, a história de dependências de substâncias psicoactivas e/ou álcool e a história de saúde presente e passada.

O preenchimento do Questionário Sociodemográfico e Jurídico-Penal ocorreu a partir da consulta dos processos de cariz individual de cada indivíduo, sendo estes identificados a partir do número de recluso atribuído anteriormente.

Inventário Breve de Sintomas

O Inventário Breve de Sintomas (Derogatis, 1993) é uma forma breve do *Symptom Checklist-90* (SCL-90). Este inventário, foi adaptado à população portuguesa por Canavarro (1999). De forma geral, o instrumento avalia de sintomas psicopatológicos perante três índices globais que constituem “avaliações sumárias de perturbação mental” e nove dimensões de sintomatologia (Canavarro, 2007, p. 305). É um questionário de autopreenchimento e pode ser administrado em indivíduos com idade igual ou superior a 13 anos de idade. As dimensões de psicopatologia presentes no BSI são: somatização, sensibilidade interpessoal, obsessões-compulsões, ideação paranoide, depressão, ansiedade, ansiedade fóbica, hostilidade e psicoticismo. A somatização é uma dimensão que reflete o mal-estar decorrente da perceção do funcionamento somático, isto é, queixas centradas nos sistemas respiratório, cardiovascular, gastrointestinal ou outro qualquer sistema com clara mediação autonómica. A somatização reflete também as dores localizadas na musculatura e outros equivalentes somáticos da ansiedade. Os itens abrangidos na somatização consistem nos itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37. A dimensão relacionada com a obsessão-compulsão compreende impulsos, cognições e comportamentos que são percecionados como

persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir, embora sejam egodistónicos e apresentem uma natureza indesejada. Na dimensão de obsessão-compulsão também incluídos comportamentos que sugerem uma complexidade cognitiva mais geral. Esta dimensão inclui os itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36. No que diz respeito à dimensão da sensibilidade interpessoal, esta centra-se sobretudo nos sentimentos de inferioridade e de inadequação pessoal, especialmente na comparação com outras pessoas. A hesitação, a autodepreciação, o desconforto e a timidez, aquando das interações sociais são as manifestações características desta dimensão. Esta dimensão inclui os itens 20, 21, 22 e 42. A dimensão seguinte está relacionada com a depressão. Os itens que constituem a dimensão depressão reflete o elevado número de indicadores de depressão clínica. Nesta dimensão estão representados vários sintomas como, os sintomas de afeto e humor disfórico, falta de motivação, perda de energia vital e de interesse pela vida. Esta dimensão inclui os itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50. A quinta dimensão é a ansiedade, engloba indicadores gerais tais como tensão e nervosismo. São igualmente contemplados sintomas relacionados com ataques de pânico e de ansiedade generalizada. Também foram considerados componentes cognitivas. As componentes cognitivas envolvem apreensão e alguns correlatos somáticos da ansiedade. A dimensão da ansiedade inclui os itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49. Relativamente à dimensão da hostilidade, inclui emoções, pensamentos e comportamentos próprios do estado afetivo negativo da cólera. Esta dimensão inclui os itens 6, 13, 40, 41 e 46. A dimensão da ansiedade fóbica é uma resposta de medo constante e que é desproporcionada em relação ao estímulo, conduz ao comportamento de evitamento. Desta forma, conduz ao comportamento de evitamento. Os itens associados a esta dimensão centram-se sobretudo nas demonstrações do comportamento fóbico mais patognomónicas e disruptivas. Os itens incluídos nesta dimensão correspondem aos itens 8, 28, 31, 43 e

47. A ideação paranoide caracteriza-se pelo comportamento paranoide, apresenta um modo perturbado ao nível do funcionamento cognitivo. O pensamento projetivo, suspeição, grandiosidade, hostilidade, e o egocentrismo são os primeiros reflexos desta perturbação. Os itens incluídos nesta dimensão correspondem aos itens 4, 10, 24, 48 e 51. A última dimensão, tem como nome o psicoticismo, compreende indicadores de estilo de vida esquizoide e também de isolamento, assim como sintomas primários de esquizofrenia. Estes sintomas apresentam-se sob a forma de alucinações e controlo de pensamento. Esta dimensão inclui os itens 3, 14, 34, 44 e 53.

Os índices globais são: o índice de sintomas positivos (ISP) que indica a média da intensidade dos sintomas apresentados; o índice geral de sintomas (IGS) está relacionado com a intensidade de mal-estar experienciado; e o total de sintomas positivos (TSP) que é caracterizado por queixas sintomáticas. O instrumento é constituído por 53 itens, construídos numa escala do tipo Likert, variando entre 0 (nunca) e 4 (muitíssimas vezes), que formam nove dimensões de psicossintomatologia. Do ponto de vista clínico, a análise das nove dimensões fornece informação acerca do tipo de sintomatologia que o indivíduo tem. A leitura dos índices globais permite que exista uma avaliação ao nível da sintomatologia psicopatológica apresentado.

As pontuações são obtidas, para as nove dimensões psicopatológicas, são obtidas após somar-se os valores obtidos em cada item, referentes a cada dimensão. Após a realização da soma deverá este valor, posteriormente, ser dividido pelo número de itens pertencentes à respetiva dimensão a analisar. Para além disso, é possível calcular três pontuações globais, respetivamente, o índice geral de sintomas, o total de sintomas positivos e o índice de sintomas positivos.

Os valores de alfa de cronbach variam entre .70 e .80. Relativamente as escalas de ansiedade fóbica e de psicoticismo estas apresentam uma exceção dos valores observados, pois apresentam valores ligeiramente somenos.

Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation

O *Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation* (SCORE-15) foi desenvolvido por Stratton, Janes e Lask, em 2010. No entanto, a versão portuguesa foi desenvolvida por Relvas, Silva e Vilaça (2015). Este instrumento é de auto-resposta e é constituído por 15 itens e permitem avaliar diversos aspetos do funcionamento familiar que são sensíveis à mudança terapêutica. Os 15 itens encontram-se distribuídos por três dimensões da família: recursos familiares, comunicação na família e dificuldades familiares. Os itens são cotados a partir de uma escala de *Likert* com cinco níveis de resposta (1 – muito bem; 2 – bem; 3 – em parte; 4 – mal; 5 – muito mal) e existem também algumas questões de resposta aberta que se encontram direccionadas para o processo terapêutico em si, expectativas dos clientes, descrição do problema e opiniões.

Quanto à análise de componentes principais são identificados três fatores (que apresentam valores superiores a 1) que, no seu conjunto, explicam 64,98% da variância total (Relvas, Silva & Vilaça, 2015).

Procedimentos

O presente trabalho de investigação, encontra-se abrangido por um projeto de investigação mais amplo. Esta investigação encontra-se a ser desenvolvida pelo Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social (CLISSIS), tendo como parceiro a Universidade Lusíada do Porto (ULP). Numa fase inicial realizou-se um pedido de autorização à Direcção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (Anexo D). Posteriormente, seleccionaram-se as instituições prisionais com interesse em recolher dados para o estudo em questão. No seguimento do pedido de autorização à DGRSP e

após autorização da mesma, foram instituídos os contactos necessários com os diretores dos diversos estabelecimentos prisionais de Lisboa. Este contato inicial consistiu em dar a conhecer o estudo e possibilitou também a devida autorização para o agendamento da recolha de dados necessária.

A recolha de dados abrangeu dois momentos distintos, por um lado, existiu a possibilidade de contacto direto com os reclusos, onde foram aplicados os devidos questionários, por outro lado, houve a possibilidade de consulta dos processos individuais de cada participante.

Aquando da seleção dos reclusos a participarem neste estudo de investigação, procedeu-se à explicação dos objetivos e do procedimento inerentes à mesma. Neste sentido, foi ainda explicado que a participação do recluso é voluntária e completamente confidencial. Desta forma, e após autorização dos mesmos em participar procedeu-se à consecução do consentimento informado por parte dos reclusos que participaram no estudo (Anexo E). O consentimento informado é onde se encontra descrito os objetivos e os instrumentos que compõem a investigação, sendo ainda descrito que a participação do recluso nesta investigação é confidencial e anónima, no que respeita, ao processo de tratamento de dados. Depois de o consentimento informado ter sido assinado pelos sujeitos que pretenderam fazer parte desta investigação, procedeu-se à aplicação dos respetivos questionários e baterias de testes. A aplicação foi realizada em pequenos grupos, num ambiente neutro e silencioso. Na última fase da recolha de dados, foram consultados os processos individuais de todos os reclusos. Esta consulta permitiu recolher informações relevantes acerca dos participantes, sobretudo, os seus dados sociodemográficos e jurídico-penais. Posteriormente foram relacionados com o suporte social e a saúde mental dos reclusos.

Relativamente aos procedimentos estatísticos, foi realizado com recurso ao programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), que possibilitou analisar os dados que serão apresentados no capítulo que se segue.

No capítulo que se segue será apresentado os resultados obtidos, tendo-se recorrido a tabelas ilustrativas que possibilitam uma melhor compreensão das variáveis.

Resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos, tendo em consideração os instrumentos utilizados e o processamento estatístico. A apresentação dos resultados encontram-se organizados em tabelas ilustrativas, de modo a simplificar a compreensão das variáveis em estudo considerando os objetivos de investigação propostos. No capítulo que se segue, serão analisados e discutidos os resultados expostos nesta secção.

Neste estudo, foram inquiridos 164 indivíduos, 15,9% são do sexo feminino (n=26) e 84,1% do sexo masculino (n=138), a faixa etária dos inquiridos encontra-se entre os 18 e os 79 anos de idade (M=38,41 e DP=11,449). É importante ainda referir que 41,5% dos participantes têm até 34 anos inclusive (n=68) e 58,5% dos participantes possuem 35 ou mais anos (n=96). Do total de sujeitos inquiridos, 82,8% têm nacionalidade portuguesa (n=130) e 17,2% possuem outra nacionalidade (n=27). Considerando o estado civil verifica-se uma maior percentagem de solteiros (n=97) que corresponde a 60,2%, casados ou em união de fato (n=34) corresponde a 21,1%, e 18,6% são divorciados e/ou viúvos (n=30). Verifica-se ainda que 34,4% dos reclusos que constituem a amostra possui um filho(a) (n=45), 22,9% possui até dois filhos(as), 10,7% possui até três filhos(as), 6,1% possui quatro ou mais filhos(as), e 26% dos reclusos não possui nenhum filho(a) (n=34). Em relação às habilitações literárias, 62,8% possuem habilitações literárias até ao terceiro ciclo (n=103), 28,7% dos reclusos possuem o ensino secundário (n=47) e apenas 8,5% dos participantes deste estudo possuem o ensino universitário (n=14).

Relativamente às visitas, 89,2% dos reclusos que constituem a amostra recebem visitas de familiares e/ou amigos no estabelecimento prisional em que estão inseridos. No que se refere ao número de anos de cumprimento de pena num estabelecimento prisional, 25,9% têm de cumprir uma pena até 5 anos (n=36), 45,3% dos participantes

possuem uma pena a cumprir entre 5 e 10 anos (n=63) e 28,8% possuem uma pena entre 10 e 15 ou mais anos (n=40). Quanto à quantidade de crimes, foi possível aferir que, 41,1% dos reclusos cometeram apenas 1 crime (n=65) e que 58,9% cometeram dois ou mais crimes (n=93). Quanto ao tipo de transgressão que originou a reclusão, 33,1% dos sujeitos encontram-se presos por crimes contra pessoas, sendo a categoria onde se centra a maior percentagem. Neste contexto, 32,9% dos sujeitos que participaram neste estudo cometeram crimes contra a vida (n=54). Tendo em conta os resultados obtidos, verifica-se que 20,9% dos sujeitos estão em regime prisional por crimes contra o património (n=34), 1,2% devido a crimes contra a vida em sociedade (n=2), 13,5% relativos a estupefacientes (n=22), 0,6% devido a crimes por detenção de arma proibida (n=1), 13,5% cometeram crimes contra o património (n=22), 1,2% cometeram crimes contra o património e por condução sem habilitação para tal (n=2), 1,2% crimes contra o património e detenção de arma proibida (n=2), 3,1% crimes contra o património e por crimes contra a vida em sociedade (n=5), 1,2% crimes relativos a estupefacientes e detenção de arma proibida (n=2), 1,2% crimes contra o estado e crimes relacionados com estupefacientes (n=2), 0,6% crimes contra pessoas e crimes relativos a estupefacientes (n=1), 0,6% crimes relacionados com o património e crimes contra o estado (n=1), 1,2% crimes contra pessoas e crimes contra o estado (n=2), 0,6% crimes contra o património e crimes relativos a estupefacientes (n=1), 1,2% crimes contra pessoas e crimes contra o estado (n=2), 0,6% crimes contra o património e relacionados com estupefacientes (n=1), 3,7% crimes contra pessoas e detenção de arma proibida (n=6), 0,6% crimes contra o património, crimes contra a vida em sociedade e condução sem habilitação legal (n=1) e 0,6% crimes contra pessoas, contra o património, contra o estado e relativos a estupefacientes (n=1).

Considerando o facto de os participantes em contexto prisional se encontrarem a estudar, verifica-se que metade dos reclusos não se encontram a estudar (n=62) e que 49,6% do total dos inquiridos se encontra a estudar (n=61). No que respeita ao desempenho de uma função laboral dentro do contexto prisional, verifica-se que 64,8% dos participantes não possuem qualquer tipo de ocupação laboral (n=35) e que 35,2% possuem uma ocupação laboral (n=19).

Tendo em conta os resultados obtidos, na tabela 1, é possível analisar a média e o desvio padrão. Desta forma, foi possível analisar os valores obtidos pelos sujeitos nas escalas utilizadas, designadamente o BSI (Inventário de Sintomas Breves) e o SCORE-15 (*Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation*).

Tabela 2 – Distribuição das dimensões das escalas BSI, SCORE-15

	M	DP
Inventário Breve de Sintomas		
Somatização	0,54	0,69
Obsessões-compulsões	0,98	0,68
Sensibilidade Interpessoal	0,90	0,75
Depressão	0,97	0,92
Ansiedade	0,82	0,69
Hostilidade	0,70	0,67
Ansiedade Fóbica	0,30	0,56
Ideação Paranóide	1,27	0,81
Psicoticismo	0,87	0,71
Índice Geral de Sintomas	0,82	0,58
Score-15		
Funcionamento familiar	3,75	0,75
Recursos familiares	4,09	0,96
Comunicação na família	3,59	1
Dificuldades familiares	3,54	0,94

Na tabela 1, e de acordo com os dados descritos, pode verificar-se que, no que se refere ao Inventário de Sintomas Breves, a sintomatologia com maior prevalência é a ideação paranoide (M=1,27 e DP=0,80), as obsessões-compulsões (M=0,98 e DP=0,68), a depressão (M=0,97 e DP=0,92) e a sensibilidade interpessoal (M=0,90 e DP=0,75). Considerando os sintomas acima descritos, verifica-se que existe uma predominância ao nível da ideação paranoide nos indivíduos que se encontram em reclusão. A interpretação dos dados estatísticos revela ainda que a sintomatologia menos predominante é a somatização (M=0,54 e DP=0,69) e a ansiedade fóbica (M=0,30 e

DP=0,56). É importante ressaltar que os sujeitos apresentam na dimensão da ansiedade fóbica um valor pouco significativo, quando são comparados com as restantes dimensões da escala. Desta forma, e tendo em conta que o valor 0 é o valor mínimo e o 4 é o máximo, observa-se que os valores médios de sintomatologia psicopatológica são baixos.

Na tabela 1, e tendo em conta o SCORE-15, que avalia o funcionamento familiar, pode observar-se que os recursos familiares apresentam uma média de 4,09 (DP=0,96), a dimensão relacionada com a comunicação na família a média é de 3,59 (DP=1) e no que diz respeito às dificuldades financeiras a média é de 3,54 (DP=0,94). No funcionamento familiar total constatou-se que a média das respostas dos reclusos que participaram no questionário é de 3,75 (DP=0,75). Tendo em conta que no SCORE-15, o valor mínimo é considerado o valor 1 e o máximo é o valor 5, sabemos que quanto menor o valor obtido, maior é o grau de funcionamento enquanto que quanto maior for o valor obtido, menor é o grau de funcionamento. Desta forma, é possível observar que os participantes deste estudo ao nível do funcionamento familiar apresentam um valor baixo. Todas as dimensões apresentam uma média elevada, destacando-se os recursos familiares que apresentam um valor superior quando comparados com as restantes dimensões. Na presente amostra conclui-se que os participantes apresentam níveis reduzidos de recursos familiares.

Correlações

Tabela 3 – Correlações entre variáveis BSI

Variáveis	S	O	SI	D	A	H	AF	IP	P	IGS
S	-									
O	0,64***	-								
SI	0,59***	0,64***	-							
D	0,53***	0,65***	0,69***	-						
A	0,76***	0,73***	0,67***	0,73***	-					
H	0,38***	0,57***	0,44***	0,47***	0,55***	-				
AF	0,63***	0,55***	0,62***	0,49***	0,66***	0,44***	-			
IP	0,44***	0,59***	0,62***	0,53***	0,59***	0,50***	0,50***	-		
P	0,54***	0,73***	0,71***	0,73***	0,74***	0,58***	0,60***	0,61***	-	
IGS	0,77***	0,82***	0,80***	0,84***	0,89***	0,65***	0,72***	0,74***	0,87***	-

Nota: *** $p < 0,001$; * $p < 0,05$. S – Somatização; o – Obsessões-compulsões; SI – sensibilidade interpessoal; D – Depressão; A – Ansiedade; H – Hostilidade; AF – Ansiedade Fóbica; IP – Ideação paranoide; P – Psicoticismo; IGS – Índice Geral de Sintomas.

Os resultados da tabela 2 indicam que existem diversos resultados estatisticamente significativos entre as distintas dimensões do BSI. Após análise da tabela 2, podemos verificar que existe uma correlação positiva forte com diversas dimensões, mais especificamente, a somatização, as obsessões-compulsões, a sensibilidade interpessoal, a depressão, a ansiedade, a hostilidade, a ansiedade fóbica, a ideação paranoide e o psicoticismo. Na dimensão do psicoticismo, existe uma correlação positiva forte com diversas dimensões, mais concretamente, com as obsessões-compulsões, a depressão, a sensibilidade interpessoal, a depressão, a ansiedade e a ideação paranoide. Em relação à dimensão do psicoticismo pode ainda referir-se que à medida que este aumenta, também as dimensões anteriormente referidas aumentam. A ideação paranoide apresenta também uma correlação positiva forte, mas

apenas com a dimensão da sensibilidade interpessoal. Deste modo, à medida que a ideação paranoide aumenta, é possível verificar que a sensibilidade interpessoal também apresenta um aumento. A ansiedade fóbica tem uma correlação positiva forte com três dimensões, mais concretamente, a somatização, a sensibilidade interpessoal e a ansiedade. Tal como na dimensão anterior, à medida que a ansiedade fóbica apresenta um aumento, também as dimensões com as quais apresenta uma correlação forte aumentam, e vice-versa. Em relação à hostilidade, esta dimensão tem uma correlação positiva moderada com as obsessões-compulsões e a ansiedade. Deste modo, pode constatar-se que à medida que a hostilidade apresenta um aumento, também as dimensões anteriormente referidas apresentam um aumento, ainda que, moderado. Verifica-se ainda que a ansiedade, possui uma correlação positiva forte relativamente à somatização, às obsessões-compulsões, à sensibilidade interpessoal e à depressão. Pode-se ainda dizer que a sintomatologia ansiosa à medida que aumenta, as restantes também aumentam. Relativamente à depressão, esta possui uma correlação positiva forte com as dimensões obsessões-compulsões e sensibilidade interpessoal. Deste modo, verifica-se que à medida que a sintomatologia depressiva aumenta, as dimensões descritas anteriormente também aumentam. No que diz respeito à sensibilidade interpessoal, apresenta uma correlação positiva forte com as obsessões-compulsões. Constata-se que quando a sensibilidade interpessoal aumenta, as dimensões obsessões-compulsões também aumentam. A última dimensão corresponde às obsessões-compulsões e pode verificar-se que possui uma correlação positiva forte com a somatização. Observa-se que, à medida que as obsessões-compulsões aumentam, a dimensão da somatização aumenta também.

Análise da Variância (ANOVA)

Na tabela 4 são apresentadas as diferenças de médias relativamente aos sintomas psicopatológicos e ao funcionamento familiar entre o género dos participantes.

Tabela 4 – Diferenças de médias relativamente ao sexo dos participantes

Dimensões	Feminino		Masculino		Z
	M	DP	M	DP	
BSI					
Somatização	0,99	0,97	0,46	0,58	14,508***
Obsessões- compulsões	1,30	0,73	0,92	0,66	7,175**
Sensibilidade Interpessoal	1,23	0,94	0,84	0,70	6,118*
Depressão	1,50	0,96	0,87	0,88	10,780***
Ansiedade	1,30	0,79	0,73	0,63	16,503***
Hostilidade	0,88	0,76	0,66	0,65	2,407(n.s)
Ansiedade Fóbica	0,50	0,79	0,27	0,50	3,719(n.s.)
Ideação Paranoide	1,61	0,84	1,21	0,79	5,477*
Psicoticismo	1,21	0,75	0,80	0,69	7,223**
Índice Geral de Geral	1,20	0,66	0,75	0,53	13,679***
Score- 15					
Comunicação na família	3,6	0,92	3,59	1,02	0,005(n.s.)
Dificuldades familiares	3,49	0,93	3,55	0,95	0,085(n.s.)
Funcionamento familiares	3,76	0,75	3,75	0,75	0,002(n.s.)

Nota:***p<0,001; **p<0,01; *p<0,05; (n.s.) não significativo

Os resultados apresentados na tabela 4, indicam que relativamente ao Inventário Breve de Sintomas existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, especificamente, na dimensão somatização [Z=14,508; p=0,001], na dimensão

obsessões- compulsões [Z=7,175; p=0,008], na dimensão sensibilidade interpessoal [Z=6,118; p=0,014], na dimensão depressão [Z=10,780; p=0,001], na dimensão ansiedade [Z=16,503; p=0,001], na dimensão ideação paranoide [Z=5,477; p=0,021], na dimensão psicoticismo [Z=7,223; p=0,008] e no índice geral de sintomas [Z=13,679; p=0,001]. Após observação da tabela acima, verifica-se que os indivíduos do sexo feminino apresentam níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica e de mal-estar, em comparação com indivíduos do sexo masculino. Desta forma, verifica-se que existem valores significativos e que devem ser salientados como a somatização, a ansiedade, a depressão e, por fim, o índice geral de sintomas.

Relativamente ao SCORE-15, verifica-se que não existem diferenças de género estatisticamente significativas.

Tabela 5 – Diferenças de médias relativamente à situação jurídico penal, saúde mental e suporte familiar

Dimensões	Preventivo		Condenado		Z
	M	DP	M	DP	
BSI					
Somatização	0,51	0,69	0,55	0,69	0,060 (n.s.)
Obsessões- compulsões	0,94	0,79	0,98	0,67	0,087 (n.s.)
Sensibilidade Interpessoal	0,98	0,69	0,89	0,77	0,322 (n.s.)
Depressão	1,26	0,96	0,92	0,91	2,954 (n.s.)
Ansiedade	1,02	0,83	0,79	0,66	2,446 (n.s.)
Hostilidade	0,88	0,81	0,67	0,64	2,128 (n.s.)
Ansiedade Fóbica	0,40	0,74	0,29	0,52	0,779 (n.s.)
Ideação Paranoide	1,70	0,95	1,20	0,76	8,398**
Psicoticismo	0,92	0,89	0,86	0,68	0,146 (n.s.)
Índice Geral de Sintomas	0,97	0,68	0,80	0,56	1,759 (n.s.)
SCORE-					
15					
Recursos Familiares	4,21	1,02	4,06	0,95	0,512 (n.s.)
Comunicação na família	3,54	1,16	3,54	0,91	0,000 (n.s.)
Dificuldades familiares	3,38	1,05	3,61	0,88	2,117 (n.s.)
Funcionamento Familiar	3,80	0,89	3,74	0,73	0,131 (n.s.)

Nota: **p<0,01; (n.s.) não significativos

De acordo com os dados apresentados na tabela 5, existem diferenças estatísticas significativas no que respeita à dimensão ideação paranoide [$z= 8,398$; $p= 0,004$]. Neste sentido, pode verificar-se que os reclusos cuja situação jurídico-penal é preventiva têm sintomatologia associada à ideação paranoide mais acentuada, quando são comparados com reclusos já condenados.

Tabela 6 – Diferenças de médias relativamente ao BSI, Score-15 e o tipo de crime

Dimensões	Crimes contra a vida		Outros tipos de crimes		Z
	M	DP	M	DP	
BSI					
Somatização	0,55	0,78	0,54	0,64	0,012 (n.s.)
Obsessões- compulsões	0,94	0,66	1,00	0,70	0,252 (n.s.)
Sensibilidade Interpessoal	0,78	0,71	0,96	0,77	1,977 (n.s.)
Depressão	0,80	0,93	1,06	0,91	2,818 (n.s.)
Ansiedade	0,72	0,72	0,87	0,67	1,551 (n.s.)
Hostilidade	0,42	0,50	0,83	0,70	14,464***
Ansiedade Fóbica	0,27	0,42	0,33	0,61	0,420 (n.s.)
Ideação Paranoide	1,16	0,77	1,33	0,82	1,583 (n.s.)
Psicoticismo	0,80	0,68	0,90	0,73	0,716 (n.s.)
Índice Geral de Geral	0,73	0,56	0,87	0,58	1,751 (n.s.)
Score-15					
Recursos familiares	4,05	0,89	4,11	0,99	0,109 (n.s.)
Comunicação na família	3,46	1,02	3,64	0,99	1,195 (n.s.)
Dificuldades familiares	3,38	1,05	3,61	0,88	2,117 (n.s.)

Dimensões	Crimes contra a vida		Outros tipos de crimes		Z
	M	DP	M	DP	
Funcionamento familiares	3,63	0,77	3,80	0,74	1,733 (n.s.)

Nota: *** $p < 0,001$; (n.s.) não significativo.

Os resultados apresentados na tabela 6, indicam que existem diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à dimensão hostilidade [$z = 14,464$; $p = 0,01$]. Pode concluir-se que os sujeitos que cometeram crimes contra a vida têm um menor número de sintomas pertencentes à dimensão hostilidade, quando são comparados com sujeitos que cometeram outro tipo de crime.

Discussão

Nesta secção do presente estudo de investigação, realiza-se uma discussão acerca dos resultados apresentados anteriormente, com base na literatura científica que se encontra evidenciada no enquadramento teórico. Com o presente trabalho de investigação procurou-se obter uma maior compreensão relativamente se o suporte social tem influência na saúde mental dos reclusos.

Ao longo do processo de desenvolvimento (Blades, Cowie & Smith, 2015), o indivíduo desenvolve-se através de ações mútuas com o meio (Benetti et al., 2013), sendo confrontado com incitações às quais é necessária uma adaptação, só assim é possível existir um desenvolvimento (Blades, Cowie & Smith, 2015). Desta forma, e ao longo do processo de desenvolvimento do sujeito podem estar presentes fatores considerados de risco que poderão influenciar negativamente o bem-estar do sujeito. O bem-estar pode ser influenciado e manifestado nos reclusos sob a forma de sintomas psicopatológicos ou algumas formas de psicopatologia (Feldman, Olds & Papalia, 2013).

Quando o sujeito é condenado e se encontra inserido num ambiente prisional existe uma influência considerada não normativa, ou seja, é uma circunstância considerada incomum e que cria um impacto considerado significativo na vida do indivíduo, isto é, existe uma sequência esperada ao longo do ciclo de vida que foi perturbada. Após condenação do indivíduo, este é inserido num determinado estabelecimento prisional para cumprir a sua pena, nesse momento este é forçado a ajustar-se a novos padrões, sejam eles, novas relações pessoais e/ou a novos papéis. (Feldman, Martoreel & Papalia, 2013). O contexto prisional, sendo um contexto em que as pessoas estão privadas da sua liberdade, pode levar a sentimentos de frustração nos indivíduos, rutura de laços familiares e laços sociais, desenvolvimento de perturbações

mentais, entre outros, que quando combinados entre si, poderão afetar a sua qualidade de vida (Santos & Nogueira, 2015), podendo promover o desenvolvimento e/ou agravamento de problemas relacionados com a saúde mental (Acin et al., 2014; Bartellas et al., 2016). Existem evidências científicas que a população que não se encontra inserida num contexto prisional apresenta índices psicopatológicos menos elevados quando comparados com a população reclusa (Grant, Hopkins & Light, 2014). Existem determinados fatores que podem ser contributivos para a presença de sintomas psicopatológicos, principalmente os fatores sociodemográficos (Maestre-Miquel et al., 2016). Para existir um bom ajustamento social, existem variáveis consideradas cruciais e a ter em conta, como o ambiente familiar e o temperamento do indivíduo. Para o recluso ter uma adaptação considerada bem-sucedida é necessário que exista uma assimilação das regras institucionais do sistema prisional e os seus esquemas comportamentais, sem, no entanto, perder a sua identidade (Novais, Ferreira & Santos, 2010). No presente estudo, procurou-se ainda compreender a relação entre aspetos do funcionamento familiar e a existência de sintomas psicopatológicos em indivíduos em reclusão. O microssistema familiar, detém recursos, como relações interpessoais e papéis, que de um certo modo vai influenciar o indivíduo (Kipp & Shaffer, 2010), independentemente do o sujeito se encontrar a cumprir pena de um crime cometido ou não (Assis, Constantino & Pinto, 2016). Para além das características descritas previamente, abordou-se também fatores legais, mais precisamente a situação jurídico-penal e o tipo de crime e a sua relação com a existência de sintomas psicopatológicos e o funcionamento familiar.

Tendo em conta os resultados mencionados anteriormente, pode verificar-se que o objetivo principal do presente estudo de investigação foi cumprido, que consistiu em

compreender e caracterizar a influência do suporte social na saúde mental de reclusos que executam pena de prisão nos estabelecimentos prisionais de Lisboa.

Relativamente aos sintomas apresentados pelos reclusos em ambiente prisional, e recorrendo aos resultados obtidos neste estudo, aqueles que têm maior representatividade são a ideação paranoide, as obsessões-compulsões, a depressão e a sensibilidade interpessoal. Estes resultados corroboram com a literatura científica existente, sendo que de acordo com um estudo efetuado por Amado et al. (2017), os reclusos apresentam sintomatologia obsessivo-compulsiva (Fritsch et al., 2019), sensibilidade interpessoal (Dirkzwaager et al, 2016), sintomas depressivos (Al-Rousan et al. 2017; Coloma, Pérez & Salaberría, 2018; Fritsch et al. 2019) e sintomas de ideação paranoide (Pérez & Salaberría, 2018; Dirkzwager et al., 2016). Ainda segundo o mesmo autor, os reclusos apresentam ainda sintomas de ansiedade (Pérez & Salaberría, 2018; Fritsch et al, 2019), sintomas de psicoticismo (Pérez & Salaberría, 2018), e sintomas de somatização (Casares et al., 2011). De acordo com O'Connell (2018) refere que existe uma maior prevalência de sintomas depressivos, em comparação com sintomas ansiosos. Este autor vai ao encontro com os resultados obtidos no estudo de investigação presente. As evidências científicas encontradas na literatura sobre o tema, sendo que de acordo com diversos estudos, enfatiza o predomínio de sintomas psicopatológicos num ambiente de reclusão, não obstante o facto de o tipo de sintomas que se encontra neste meio pode apresentar alterações, de acordo com os díspares autores que foram indicados. Os resultados obtidos neste estudo, vem demonstrar que nas diferentes dimensões relativamente à média de sintomas experienciados estes foram baixos. O facto de os resultados serem baixos pode estar relacionado com o facto da amostra ser reduzida (n=164).

No que diz respeito aos fatores sociais, este estudo vem evidenciar que a comunicação no seio familiar e os recursos persuadem a forma como os reclusos se adaptam ao contexto prisional. Existem algumas investigações que apontam que a transferência para o contexto carcerário e o modo como cada sujeito encara a prisão são sobretudo influenciados pelo suporte social que cada sujeito encarcerado detém (Chen, Lai & Lai, 2014). O funcionamento familiar está sobretudo relacionado com a comunicação existente entre os distintos membros da família, nomeadamente, o envolvimento afetivo, a capacidade para resolução de problemas, as normas e os valores que se encontram subjacentes ao sistema familiar (Abade, Furtado, Silva & Souza, 2011).

Tendo em conta os resultados mencionados no presente estudo, verifica-se que o funcionamento familiar apresenta um valor baixo enquanto que as outras dimensões apresentam uma média elevada, destacando-se os recursos familiares que apresentam um valor superior quando comparados com as restantes dimensões. O facto de existir um valor mais elevado nos recursos familiares pode estar relacionado com as exigências de mobilização de recursos para que a família se consiga estruturar, levando que a dimensão relacionada com a comunicação apresente um valor significativo.

O suporte social produz efeitos benéficos na saúde psíquica e física, guardando uma estreita relação com o bem-estar (Siqueira, 2008). Neste sentido, e sendo considerado como promotor de saúde reduz o sofrimento psicológico diante de eventos que possam ser considerados stressantes, eventos esses que podem ser físicos ou psicossociais (Harandi, Taghinasab & Nayeri, 2017). Face a uma situação anómala como, por exemplo, a condenação de um indivíduo, a família tem de se reorganizar perante a situação para que sejam recuperados níveis ótimos tanto de bem-estar como de funcionamento. Desta forma, o seio familiar deverá procurar uma harmonia entre as

necessidades e os recursos existentes na família (Gómez & Kotliarenco, 2010).
Atendendo aos resultados obtidos relativamente ao funcionamento familiar estes coadunam com a literatura científica existente, mais especificamente, verificou-se que à medida que os recursos familiares aumentam o funcionamento familiar também aumenta. O ambiente familiar é um espaço socioeducativo (Amarís, Macías, Orozco & Zambrano, 2013), é no seio da família que existe a transferência de valores e de condutas (Cabral & Medeiros, 2014), o sujeito aprende a lidar com situações geradoras de stress ou situações problemáticas e adota as mesmas estratégias para ele como ser individual lidar com situações problemas com que se possa deparar (Amarís, Macías, Orozco & Zambrano, 2013). As estratégias de confrontação apreendidas pelo sujeito em situações anómalas no seu ambiente familiar, influencia, a forma como este lida com a sua institucionalização e tudo o que isso acarreta.

Tendo em conta a amostra para este estudo de investigação, verifica-se que os reclusos apresentam um nível de funcionamento familiar baixo, nomeadamente os recursos familiares também apresentam um nível baixo, considerando que um é o valor considerado maior grau de funcionamento enquanto que quanto mais se aproxima do valor cinco menor é o grau de funcionamento. De acordo com a literatura científica existente, indivíduos que se encontram encarcerados tendem a ter uma narrativa de instabilidade ao nível familiar, os relacionamentos na família tendem a ser antagónicos e existe violência e/ou maus tratos. Neste sentido, os relacionamentos familiares tendem a ser pautados por sentimentos ambivalentes, se por um lado, temos os sentimentos de proteção e de carinho, por outro lado, temos os sentimentos de abandono e mágoa. Assim sendo, verifica-se que se a família for disfuncional é considerada um fator de risco, fortalecendo o sujeito a ter atitudes e comportamentos considerados antissociais e/ou criminosos, nomeadamente a falta de apoio e de conflitos existentes no seio

familiar (Conde & Teixeira, 2018; Cutrín, Gómez-Fraguela & Sobral, 2017). Com base na literatura pode fundamentar-se os resultados obtidos ao nível do funcionamento familiar apresentados pelos participantes no presente estudo, sendo que já era plausível que ao nível dos laços familiares existisse uma disfuncionalidade, quando comparados com os valores considerados normativos para sociedade em geral. O suporte familiar é essencial em toda a fase de transição e de ajustamento do indivíduo no meio prisional, sendo que o contacto e a manutenção de laços familiares são considerados essenciais para que existam níveis de bem-estar (Chiu & Liu, 2013; Durcan & Zwemstra, 2014).

Relativamente ao género dos participantes do estudo, os sintomas psicopatológicos e o suporte familiar, verifica-se que relativamente aos dados recolhidos acerca do seio familiar não existem resultados estatisticamente significativos. Tendo em consideração que os laços familiares são considerados um fator protetor para a saúde mental dos sujeitos, salientar-se a necessidade de existirem estratégias que procurem revigorar os laços familiares no ambiente prisional. A consolidação dos vínculos familiares consiste num direito que deve ser garantido a todos os reclusos a cumprir pena em contexto prisional. A consolidação dos laços familiares pode contribuir para a prevenção tanto de problemas do foro emocional como para o seu agravamento (Assis, Constantino & Pinto, 2016).

No que diz respeito aos sintomas psicopatológicos verificou-se que o sexo feminino apresenta resultados mais elevados nas dimensões referentes à somatização, à obsessão-compulsão, à sensibilidade interpessoal, à depressão, à ansiedade, à ideação paranoide, ao psicoticismo e no índice geral de sintomas, quando comparados com indivíduos do género oposto. Estes resultados vão ao encontro da literatura científica, que revelam que o género feminino que se encontra a cumprir pena num determinado estabelecimento prisional tende a apresentar sintomas psicopatológicos mais elevados

(Brooker et al., 2009), designadamente sintomas de ansiedade (Grant, Hopkins & Light, 2014) e de depressão (Ahmad & Mazlan, 2014; Grant, Hopkins & Light, 2014). Noutra investigação realizada por Alves, Dutra e Maia (2013) verificou-se que ao nível da dimensão hostilidade e somatização não se verificou diferenças estatisticamente significativas no género masculino e feminino. Quanto à somatização, no presente estudo, foi possível verificar que existem diferenças relativamente à dimensão somatização, sendo que o género feminino apresenta um valor mais elevado quando comparados com indivíduos do género masculino. Através da revisão da literatura científica, conclui-se que reclusos do sexo feminino são mais plausíveis de vir a apresentar sintomas psicopatológicos e de perturbações mentais, quando comparados com o sexo oposto (Al-Rousan et al., 2017; Coloma, Pérez & Salaberría, 2018; Durcan & Zwemstra, 2014). É de salientar que, os inquiridos pertencentes ao sexo feminino (n=26) é bastante inferior aos inquiridos do sexo masculino (n=138), o que, presumivelmente, teve influência quanto aos resultados obtidos. As dimensões somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, ideação paranoide, psicoticismo e o índice geral de sintomas apresentam diferenças estatisticamente significativas entre o sexo feminino e o sexo masculino, verificando-se que os sujeitos pertencentes ao sexo feminino apresentam valores mais altos, quando comparados com o sexo oposto, sendo ainda importante evidenciar que os sujeitos do sexo feminino apresentam valores elevados em todas as dimensões do Inventário Breve de Sintomas, o que está em concordância com a literatura científica existente. Perante os resultados conseguidos no presente estudo, é primordial que os sujeitos pertencentes ao sexo feminino tenham programas de intervenção específicos (Alves, Dutra & Maia, 2013; Assis, Constantino & Pinto, 2016; Grant, Hopkins & Light, 2014), estes programas devem ser direcionados para as suas particularidades e características, que

devem ser consideradas distintas das que o sexo oposto apresenta (Alves & Maia, 2010; Assis, Constantino & Pinto, 2016, Grant, Hopkins & Light, 2014).

No presente trabalho de investigação estudou-se também a situação jurídico-penal, os tipos de crime cometidos, e o suporte social e a sintomatologia psicopatológica presente no ambiente prisional.

Relativamente à situação jurídico-penal e à presença de sintomas psicológicos, pode verificar-se que a situação jurídico-penal de um sujeito em prisão preventiva associa-se a mais sintomas de ideação paranóide, quando comparados com sujeitos condenados. Tendo em consideração a literatura científica existente, verifica-se que existe um stress adicional em sujeitos que se encontram em prisão preventiva, tendo em consideração que apresentam alguma incerteza quanto ao seu futuro, designadamente em relação à pena que lhes pode vir a ser atribuída e às visitas judiciais que são recorrentes, o que contribui para o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos (Birmingham et al., 2011). Para Almeida & Jesus (2017), as perturbações mentais têm maior predomínio em reclusos cuja situação jurídico-penal é a preventiva, quando comparados com reclusos que já foram condenados. Por outro lado, Aristizábal, Garcia e Serrano (2016), revela que, a prisão preventiva leva a que os presos, possam apresentar sintomas de ansiedade devido ao desconhecimento do estado judicial em que cada sujeito se encontra, a falta de comunicação muitas vezes existente entre o recluso e o respetivo advogado também podem gerar os sintomas. Deve-se salientar que apesar de neste estudo de investigação não existirem diferenças significativas entre os sujeitos que se encontram numa situação jurídico-penal preventivo ou condenado, verifica-se que ao nível da ansiedade existe um valor mais acentuado em sujeitos que se encontram em prisão preventiva ($M=1,02$ e $DP=0,83$), quando comparados com sujeitos que se encontram em prisão, mas já condenados ($M=0,79$ e $DP= 0,66$). Dirkzwager et al.

(2016), realizou um estudo que vem demonstrar que os reclusos em prisão preventiva apresentam têm um maior predomínio de sintomas psicopatológicos. Apesar dos estudos mencionados anteriormente, no presente estudo, apenas é possível concluir que existem diferenças estatisticamente significativas em relação à dimensão ideação paranoide.

Quanto à relação entre os tipos de crimes cometidos pela amostra do presente estudo de investigação, o suporte social e a presença de sintomas psicopatológicos, verificou-se que os reclusos que praticaram crimes contra a vida, têm um número inferior de sintomas relacionados com a hostilidade, quando comparados com sujeitos que se deparam encarcerados devido a outro tipo de crime. Segundo Gameda (2013), este realizou um estudo, em que concluiu que, os diferentes tipos de crime perpetrados pelos sujeitos têm uma relação com a presença de sintomas psicopatológicos neste contexto. No entanto, no estudo de Gameda (2013), não foi referido a relação existente entre variáveis. Por outro lado, existem estudos que referem que não existe qualquer conexão entre o crime cometido e a presença de sintomas psicopatológicos ou de perturbações mentais (Ahmadvand et al., 2014).

Por último, no que a esta investigação em específico diz respeito, enfatiza-se a necessidade de realizar intervenções que reduzam os efeitos negativos ao nível da saúde mental produzidos pela privação de estar em sociedade e em liberdade (Coloma, Pérez & Salaberría, 2018).

Conclusão

A nível global, os crimes apresentam um aumento significativo, o que conseqüentemente, o número de indivíduos que se encontram reclusos em prisões também tem vindo a aumentar (Sinha, 2010). Com o aumento do número de crimes e o aumento do número de reclusos encarcerados nas prisões existe uma maior preocupação com os problemas que possam advir e também existe uma preocupação com as suas necessidades (Bijleveld, Kruttschnitt, Menting & Slotboom, 2011). Desta forma, torna-se necessária a compreensão dos fatores que influenciam a presença de sintomatologia psicopatológica e se o suporte familiar visa reduzir os problemas que possam advir do encarceramento. Existem evidências científicas que vêm demonstrar o aumento das perturbações ou da sintomatologia psicopatológica no contexto prisional, existindo um predomínio dos problemas relacionados com a saúde mental (Bartellas et al, 2016, Enggist, Gatherer & Moller, 2014, Fazel & Seewald, 2012). A sintomatologia psicopatológica tem uma maior prevalência em sujeitos que se encontram inseridos em contexto prisional, quando comparados com sujeitos que não estão inseridos nesse mesmo ambiente (Baillargeon & Fazel, 2011; Durcan & Zwemstra, 2014).

Com o presente estudo e os objetivos delineados para o mesmo procurou-se compreender e caracterizar o suporte social dos reclusos e a existência de sintomas psicopatológicos. Neste âmbito, procurou-se compreender a existência de sintomas psicopatológicos, explorando e identificando os fatores de suporte social de sujeitos que se encontram em contexto prisional, e que influenciam a forma como estes se ajustam ao contexto em que se encontram atualmente. Após análise dos dados recolhidos e da leitura de literatura científica já evidenciada, foi possível retirar conclusões diversas e bastantes significativas.

Quanto aos tipos de sintomatologia presentes em contexto prisional e após recolha de informação, foi possível corroborar que os reclusos inseridos nos estabelecimentos prisionais apresentam valores significativos relativamente às obsessões-compulsões, à sensibilidade interpessoal, à depressão e à ideação paranoide.

A partir deste estudo de investigação, compreende-se os fatores que se encontram relacionados com a presença de sintomas psicopatológica nos EP. Quanto aos fatores sociodemográficos, no presente estudo foram encontradas diferenças significativas entre a variável sexo. Os resultados obtidos evidenciaram que os reclusos pertencentes ao sexo feminino apresentam resultados mais elevados, quando comparados com o sexo masculino. Desta forma, apresentam valores significativos ao nível de diversas dimensões, tais como, a dimensão da somatização, a dimensão da sensibilidade interpessoal, da depressão, das obsessões-compulsões, da ansiedade, do psicoticismo e da ideação paranoide.

Relativamente aos fatores legais, mais especificamente à situação jurídico-penal, verificou-se que os sujeitos que se encontravam numa situação preventiva tinham um maior número de sintomas relacionados com a ideação paranoide, quando comparados com sujeitos que se encontram condenados.

O presente estudo de investigação, apresenta limitações sendo que uma delas está relacionada com o tamanho da amostra. O facto de esta ser diminuta (n=164), poderá originar barreiras ao nível da representatividade e à generalização dos resultados. Desta forma, é crucial que em estudos futuros seja utilizada uma amostra mais vasta, em que o número da amostra deverá conter mais participantes para que o erro amostral seja diminuto. Ainda relativamente a limitações apresentadas prende-se com o facto de apenas terem sido recolhidos dados em apenas quatro estabelecimentos prisionais.

Futuramente, seria crucial abranger outros estabelecimentos prisionais inseridos em outros distritos judiciais diferentes.

Outro aspecto a ter em conta prende-se com a assimetria do género dos participantes. É de salientar que o sexo masculino (n=138) apresenta um número superior de participantes quando comparados com os sujeitos do sexo feminino (n=25). Neste sentido, devido à amostra ser assimétrica pode ter contribuído para um enviesamento dos resultados. Assim, torna-se pertinente que em outros estudos realizados futuramente, a amostra deverá ser mais proporcional relativamente ao género dos participantes.

Relativamente aos instrumentos utilizados, outra das limitações, refere-se ao facto de não ter sido utilizado um questionário específico para verificar o suporte social dos reclusos existindo uma maior dificuldade em classificar se apresentam ou não suporte social, tornando-se difícil obter uma avaliação precisa acerca do suporte que cada recluso tem em contexto prisional. Ainda no que diz respeito aos instrumentos, verifica-se que os mesmos são maioritariamente instrumentos de autorrelato, podendo enviesar as respostas dos que participam, influenciando assim os resultados obtidos, isto porque, os participantes são suscetíveis ao fenómeno designado por desejabilidade social. Ainda neste sentido, foram sentidas limitações quando foi solicitado que os reclusos fornecessem o seu número de recluso, apesar de o anonimato ter sido garantido, existiram alguns receios que os dados recolhidos fossem posteriormente utilizados contra si, prejudicando a sua situação jurídico-penal.

Em estudos a realizar futuramente, deverá ser realizado um estudo longitudinal. Este estudo deverá procurar averiguar as diversidades presentes ao nível de sintomas psicopatológicos e do suporte social ao longo do tempo em sujeitos que estão a cumprir penas nos estabelecimentos prisionais.

No decorrer deste estudo de investigação e após análises dos resultados obtidos é demonstrado a importância do suporte social sendo considerado como fator protector para o desenvolvimento de sintomas patológicos. Salienta-se, assim, a necessidade de o EP promover os laços afetivos existentes entre os reclusos e os familiares, sobretudo a disponibilização de visitas aos estabelecimentos onde os reclusos se encontram a cumprir pena. Desta forma, deve-se ter em conta que medidas como cumprimento da pena em estabelecimentos prisionais próximos da residência do recluso pode ser benéfica, possibilitando visitas mais frequentes dos familiares aos reclusos. Neste sentido, deve-se ter em conta a necessidade de reduzir os efeitos contraproducentes provocados no recluso, sobretudo, ao nível da sua saúde mental, que procurem promover a sua reabilitação (Kolodziejczak & Sinclair, 2018). Desta forma, o papel que o psicólogo clínico exerce nos EP torna-se crucial. A intervenção da psicologia clínica deve auxiliar os reclusos a lidarem com as características atípicas próprias do contexto prisional, especificamente, com o isolamento que estes têm quando reclusos face aos seus significativos e sobretudo face aos seus familiares e à longevidade da sentença (Enggist, Gatherer & Moller, 2014), deve ainda, o seu trabalho ser direccionado para a avaliação e para a intervenção dos sintomas psicológicos apresentados pelos reclusos (Almeida & Jesus, 2017). O psicólogo clínico deve prestar apoio psicológico aos reclusos que se encontram nos EP, promover competências sociais, pessoais e de relacionamento interpessoal para fomentar a sua autonomia e prevenir a reincidência de comportamentos delinquentes. A função do psicólogo clínico nos EPs deve passar pela promoção de mecanismos de coping adequados, devem ter em consideração as emoções experienciadas pelos reclusos e os problemas vivenciados por estes para que consigam se adaptar ao contexto (Almeida & Jesus, 2017; Picken, 2012, Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2018). Os psicólogos clínicos que trabalham num contexto prisional,

devem estimular o recluso a adotar comportamentos mais ajustados ao contexto para uma melhor integração e adaptação do indivíduo (Gonçalves, 2010). A intervenção por parte de um psicólogo clínico deve estar sobretudo direcionada para dois fatores cruciais neste contexto, por um lado, deve estar direcionada para os dilemas ao nível da saúde mental e, por outro lado, deve estar direcionada para o ajustamento do recluso ao ambiente em que está inserido (Sinha, 2010). Para facilitar a transição do recluso para este contexto atípico que são as prisões, o psicólogo clínico poderá ter em consideração a realização de uma intervenção no seio familiar, mas deverá ter em conta a sua relevância e o modo como o indivíduo experiencia o seu dia-a-dia na prisão (Chui & Liu, 2013).

Para além da intervenção feita com o recluso, o psicólogo clínico, poderá realizar intervenções junto dos funcionários para que seja fomentada a diminuição de riscos psicossociais inerentes aos estabelecimentos prisionais (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2018).

Referências

- Abade, F., Furtado, E., Silva, P., & Souza, J. (2011). Avaliação do funcionamento familiar no contexto da saúde mental. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38, 6, 254-259.
- Agbakwuru, C., & Awujo, G. (2016). Strategies for coping with the challenges of incarceration among nigerian prison inmates. *Journal of Education and Practice*, 7, 23, 152-157.
- Ahmad, A., & Mazlan, N. (2014). Stress and depression: a comparison study between men and woman inmates in peninsular Malaysia. *International Journal of Humanities and Social Science*, 4, 2, 153-160.
- Ahmadvand, A., Akasheh, G., Saei, R., & Sepehrmanesh, Z. (2014). Prevalence of psychiatric disorders and related factors in male prisoners. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16, 1, 1-6. doi:10.5812/ircmj.15205
- Amado, B., Novo, M., Pereira, A., & Vázquez, M. (2017). Adaptación a la prision y ajuste psicológico en una muestra de internos en centros penitenciários. *Acción Psicológica*, 14, 2, 113-128. doi:10.5944/ap.14.2.20784113
- Amaris, M., Macias, M., Orozco, C., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30, 1, 123-145.
- Anderson, M., Goodman, J., & Schlossberg, N. (2012). *Conselling adults in transition: linking Schlossberg's theory with practice in a diverse world*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Ahmadvand, A., Akasheh, G., R., & Sepehrmanesh, Z. (2014). Prevalence of psychiatric disorders and related factos in male prisoners. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16, 1, 1-6. Doi:10.5812/ircmj.15205

- Almeida, C., Prata, A., & Veiga, C. (2018). *Dicionário Jurídico* (3 ed., Vol.II). Coimbra: Almedina
- Almeida, S., & Jesus, S. (2017). *Dicionário Jurídico* (3 ed., Vol II). Coimbra: Almedina.
- Almeida, S., & Jesus, S. (2017). A psiquiatria e a psicologia em meio prisional: aspectos gerais. In A. Cabral, C. Saraiva, & F. Vieira, *Manual de Psiquiatria Forense* (pp. 491-506). Lisboa: Pactor.
- Almeida, S., & Jesus, S. (2017). A psiquiatria e a psicologia em meio prisional: quadros clínicos, circunstâncias particulares e programas específicos. In A. Cabral, C. Saraiva, & F. Vieira, *Manual de Psiquiatria Forense* (pp. 491-506). Lisboa: Pactor.
- Al-Rousan, T., Deol, H., Rubenstein, L., Sieleni, B., & Wallace, R. (2017). Inside the nation's largest mental health institution: a prevalence study in a state prison system. *BMC Public Health*, 17, 342, 1-9. doi:10.1186/s12889-017-4257-0
- Alves, M., & Gonçalves, F. (2015). *Crime. Medidas de Coação e Prova*. Coimbra: Almedina.
- Alves, A., & Rodrigues, N. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28, 127-131.
- Alves, J., & Maia, A. (2010). Experiências adversas durante a infância e comportamentos de risco para a saúde em mulheres reclusas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11, 1, 151-171.
- Alves, J., Dutra, A., & Maia, A. (2013). História de adversidade, saúde e psicopatologia em reclusos: comparação entre mulheres e homens. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 701-709.

- Aristizábal, E., García, A., & Serrano, F. (2016). Salud Mental, género, educación social en mujeres reclusas del Centro de REhabilitación Femenino El Buen Pastor de Barranquilla (Colombia) (2015-2016). *Salud Uninorte*, 32, 2, 256-267.
- Arriola, K., Avery, A., Booker, C., Frew, J., Jordan, A., Loewenthal, H., Porter, N., Spaulding, A., & Williams, C. (2015). Understanding the relationship between social support and physical and mental well-being among jail detainees living with HIV. *Journal of Health Psychology*, 20, 3-12. Doi:10.1177/1359105313496447
- Assis, S., Constantino, P., & Pinto, L. (2016). O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 2089-2009. Doi:10.1590/1413-81232015217.01222016
- Baillargeon, J., & Fazel, S. (2011). The health of prisoners. *Lancet*, 377, 956-965.
- Balbar, S., & Duncan, H. (2008). Evaluation of a visitation program at a Canadian penitentiary. *The Prison Journal*, 88, 2, 300-327. Doi:10.1177/0032885508319210
- Bandeira, M., & Nascimento, L. (2018). Saúde penitenciária, promoção de saúde e redução de danos do encarceramento: desafios para a prática do psicólogo no sistema prisional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38, 2, 102-116.
- Bartellas, K., Clerici, M., Fazel, S., Hayes, A., & Trestman, R. (2016). The mental health of prisoners: a review of prevalence, adverse outcomes and interventions. *Lancet Psychiatry*, 3, 9, 1-22. Doi:10.1016/S2215-0366(16)30142-0
- Bartol, C., & Bartol, A. (2017). *Criminal behavior: a psychological approach*. 12^o edition, Pearson: Harlow.
- Benetti, I., Crepaldi, M., Schneider, D., & Vieira, M. (2013). Fundamentos da teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner. *Pensando Psicologia*, 9, 19, 89-99.

- Bernstein, D., & Cassel, E. (2007). *Criminal behavior*. 2^a edition, Lawrence Erlbaum Associates: Mahwah.
- Bijleveld, C., Kruttschnitt, C., Menting, B., & Slotboom, A. (2011). Psychological well-being of incarcerated woman in the Netherlands: Importation or deprivation? *Punishment & Society*, 13, 2, 176-197. doi: 10.1177/1462474510396313
- Birmingham, L., Harty, M., Hassan, L., Jarret, M. Jones, P., King, C., Lathlean, J., Lowthian, C., Mills, A., Senior, J., Shaw, J., Thornicroft, G., & Webb, R. (2011). Prospective cohort study of mental health during imprisonment. *The British Journal of Psychiatry*, 198, 37-42. Doi:10.1192/bjp.bp.110.080333
- Blades, M., Cowie, H., & Smith, P. (2015). *Understanding children's development* (6^a Ed.). West Sussex: Wiley.
- Brooker, C., Ferriter, M., Gojkovic, D., & Sirdifield, C. (2009). A systematic review of research on the epidemiology of mental health disorders in prison populations: a summary of findings. *The Journal of Forensic Psychology*, 20, 1, 78-101.
- Buckaloo, B., Krug, K., & Nelson, K. (2009). Exercise and the low-security inmate: changes in depression, stress, and anxiety. *The Prison Journal*, 89, 3, 328-343. doi:10.1177/0032885509339508
- Beyen, T., Dadi, A., Dachew, B., Muluneh, N., Bisetegn, T. (2017). More than eight in every nineteen inmates were living with depression at prisons of Northwest Amhara Regional State, Ethiopia, a cross sectional study design. *BMC Psychiatry*, 17-31. doi:10.1186/s12888-016-1179-9
- Byrne, M., Campbell, C., Forrester, A., Huddy, V., Jarret, M., Onwumere, J., Phillip, P., Roberts, A., & Valmaggia, L. (2016). Family intervention in a prison environment:

a systematic literature review. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 1-15.

doi:10.1002/cbm.2001

Cabral, Y.T., & Medeiros, B. A. (2014). A família do oreso: efeitos da punição sobre a unidade familiar. *Revista transgressões Ciências Criminais em debate*, 2 (1), 50-71.

Casares-López, M., González-Menéndez, A., Hoffman, S., Reinhard, I., & Villagrà, P. (2011). Patología dual y transtornos mentales en reclusos consumidores de sustancias. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 2, 135-144.

Código Penal (2018a). *Código Penal* (7 ed.). Porto: Porto Editora.

Código Penal (2018b). *Código Penal* (9 ed.). Coimbra: Almedina.

Coloma, V. M., Pérez, J.L., & Salaberría, K. (2018). Diferencias generales y entre sexos en salud mental: un estudio comparativo entre población penitenciaria y población general. *Revista Mexicana de Psicología*, 35, 2, 117-130.

Conde, R., & Teixeira, S. (2018). Delinquência juvenile em Portugal: estudo qualitativo das histórias de vida de jovens reclusos. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 7, 1, 47-59. Doi:10.17267/2317-3394rpds.v7il.1844

Cotton, L., Fahmy, C., Jimmons, C., McKay, R., Stoffer, S., Syed, S., & Wallace, D. (2016). Examining the role of familial support during prison and after release on post-incarceration mental health. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 60, 1, 3-20. doi:10.1177/0306624X14548023

Chen, Y., Lai, Y., & Lin, C. (2014). The impact of prison adjustment among women offenders: a taiwanese perspective. *The prison Journal*, 94, 1, 7-29.
doi:10.1177/0032885513512083

- Chui, W., & Liu, L. (2013). Social support and chinese female offenders prison adjustment. *The Prison Journal*, 20, 10, 1-22. Doi:10.1177/0032885513512084
- Coloma, V., Pérez, J., & Salaberría, K. (2018). Diferencias generales y entre sexos en salud mental: un estudio comparativo entre población penitenciaria y población general. *Revista Mexicana de Psicología*, 35, 2, 117-130.
- Cutrín, O., Gómez-Fraguela, J., & Sobral, J. (2017). Effects of parenting practices through deviant peer on nonviolent and violent antisocial behaviours in middle-and-late-adolescence. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 1-8. Doi: 10.1016/j.ejpal.2017.02.001
- Durcan, G., & Zwemstra, J. (2014). Mental health in prison. In S.Enggist, G. Galea, L. Moller, & C. Udesen (Edits), *Prisons and Health* (pp. 87-95). Copenhagen: World Health Organization.
- Dupret, C., & Mendonça, A. (2018). *Penal: prática* (3 ed.). Editora Juspodivm.
- Direcção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (15 de Agosto de 2019). *Estabelecimentos Prisionais*. Obtido de Direcção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais: <https://dgrsp.justica.gov.pt/>
- Direcção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (15 de Agosto de 2019). *Estatísticas 2018*. Obtido de Direcção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais: <https://dgrsp.justica.gov.pt/>
- Díaz, M., & Girón, V. (2016). Salud mental en reclusos: Un análisis pre-post intervención psicossocial com grupo control de comparación. *Anales de psicología*, 32, 2, 374-382.

- Dirkzwager, A., Endrass, J., Gonçalves, L., & Rossegger, A. (2016). A longitudinal study of mental health symptoms in young prisoners: exploring the influence of personal factors and the correctional climate. *BMC Psychiatry, 16*, 91, 1-11.
doi:10.1186/s12888-016-0803-z
- Enggist, S., Gatherer, A., & Moller, L. (2014). The essentials about prisons and health. In S. Enggist, G. Galea, L. Moller, & C. Udesen, *Prisons and Health* (pp. 1-5). Copenhagen: World Health Organization.
- Faustino, E.R., & Pires, S.R.A. (2009). A ressocialização como finalidade da prisão: algumas considerações sobre o seu significados. *Sociedade em debates, 15* (2), 91-109.
- Fazel, S., & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression. *The British Journal of Psychiatry, 200*, 364-373. Doi:10.1192/bjp.bp.109.075424
- Fazel, S., Hayes, A.J., Bartellas, K., Clerice, M., & Trestman, R. (2016). The mental health of prisoners: a review of prevalence, adverse outcomes and interventions Europe PMC Funders Group. *Lancet Psychiatry, 3* (9), 871-881.
- Feldman, R., Martorell, G., & Papalia, D. (2013). *Desenvolvimento Humano* (12 ed.). Porto Alegre: AMGH.
- Feldman, R., Olds, S., & Papalia, D. (2009). *O Mundo da criança: da infância à adolescência* (10ªed.). São Paulo: Mc Graw Hill.
- Freitas, L.L. (2008). *A família como principal meio reabilitador do preso na pena privative de Liberdade*. Grau de Barcharelato, Centro Universitário Eurípedes de Marília.

- Fritsch, R., Gabrysch, C., Mundt, A., & Priebe, S. (2019). Mental disorders and mental health symptoms during imprisonment: a three-year follow-up study. *Plos one*, *14*, 3, 1-13.
- Fuentes, P., Giacóia, G., & Hammerschmidt, D. (2011). A prisão e a condição humana do recluso. *Revista Argumenta*, *15*, 131-161.
- Garcia, N., & Pacheco, M. (2012). La construcción subjetiva de las consecuencias del encarcelamiento: el punto de vista del recluso. *Acción Psicológica*, *9*, 2, 21-34.
- Gemeda, T. (2013). Psychopathological symptoms and predictors among inmates. *Psychology and Behavioral Sciences*, *2*, 5, 169-180.
doi:10.11648/j.pbs.20130205.11
- Gomes, S. (2011). Criminalidade, etnicidade e desigualdades. O crime nos reclusos PALOP, Leste Europeu e de etnia cigana e as percepções dos guardas prisionais e dos elementos da direcção acerca deles. In Universidade do Minho – Instituto de Ciências Sociais, Braga.
- Gómez-Fraguela, X., Sobral, J., & Cutrin, O. (2017). Two faces of parental support: risk and protection for antisocial youth depending on parental knowledge. *Journal of child and family studies*, *26*, 1, 296-305.
- Gómez, E., & Kotliarenco, M. (2010). Resiliencia familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Revista de Psicología*, *19*, 2, 103-131.
- Gonçalves, R., & Moreira, N. (2010). Perturbação mental e ideação suicida entre reclusos preventivos. *Análise Psicológica*, *1*, 28, 133-148.

- Gonçalves, R. (2008). *Delinquência, Crime e Adaptação à Prisão*. 3ª edição. Quarteto editora: Coimbra.
- Grant, E., Hopkins, K., & Light, M. (2013). *Gender differences in substance misuse and mental health amongst prisoners: results from the surveying prisoner crime reduction (SPCR) longitudinal cohort study of prisoners*. Ministry of Justice Analytical Series.
- Haney, C. (2012). The psychological effects of imprisonment. Em J. Petersilia, & K. R. Reitz (Edits), *The Oxford Handbook of Sentencing and Corrections* (pp.1-25). Oxford: Oxford University Press. Doi: 10.1093/oxfordhb/9780199730148.013.0024
- Harandi, T., Taghinasab, M., Nayeri, T. (2017). The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. *Electronic Physician*, 9, 9, 5212-5222.
doi:<http://dx.doi.org/10.19082/5212>
- Kipp, K., & Shaffer, D. (2010). *Developmental Psychology: Childhood and Adolescence* (8 ed.). Belmont: Wadsworth.
- Kolker, T. (2011). A atuação dos psicólogos no sistema penal. In: Gonçalves, H.S.; Brandão, E.P. (Org.). *Psicologia Jurídica no Brasil*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Nau Editora.
- Kolodziejczak, O., & Sinclair, S. (2018). Barriers and facilitators to effective mental health care in correctional settings. *Journal of Correctional Health Care*, 24, 3, 253-263. doi:10.1177/1078345818781566
- Larrota, R., Rojas, L., & Sánchez, J. (2016). Niveles de autoestima y uso de estrategias de afrontamento en un grupo de personas privadas de la libertad en un centro de

- reclusión de la ciudad de Bucaramanga/Colombia. *Informes Psicológicos*, 16, 1, 51-64. doi:18566/infpsicv16n1a03
- Lindsay, M., & Philips, L. (2011). Prison to society: a mixed methods analysis of coping with reentry. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55, 1, 136-154. doi:10.1177/0306624X09350212
- Maestre-Miquel, C., Martínez-Lorca, M., Rodríguez, M., Rodríguez-Martín, B., Romero, D., Segura, A., & Zabala-Baños, M. (2016). Prevalencia de trastorno mental y factores de riesgo asociados en tres prisiones de España. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 18, 18-29.
- Magaletta, P.R., Patry, M.W., Gross, N.R., Butterfield, P.M. ; McLearn, A.M., Patterson, K.L., & Norcross, J.C. (2011). Clinical practice in corrections: Providing service, obtaining experience. *Psychological Service*, 8, 343-355. doi:10.1037/a0025315.
- Manzano, L. (2011). Da prisão, das medidas cautelares e da liberdade provisória segundo a lei nº 12.403/11. *Revista Jurídica da Escola Superior do Ministério Público de São Paulo*, 1, 251-285.
- Marinho, M., Vitoria, P. (2018). Psychoactive substance use and perception of mental health status in inmates of two portuguese prisons. *Psychology, community & health*, 7, 1, 1, 29-43. doi:10.5964/pch.v7i1.205
- Meade, B., & Steiner, B. (2013). The effects of exposure to violence on inmate maladjustment. *Criminal Justice and Behavior*, 40, 11, 1228-1249. doi: 10.1177/0093854813495392

- Medeiros, L. (2010). Mulheres e cárcere – Reflexões em torno das redes de proteção social. Comunicação apresentada no *X Encontro Nacional da História Oral*, 26-30 Abril.
- Mental Health Foundation (2015). *Fundamental Facts About Mental Health*. Mental Health Foundation.
- Mulvey, P., Rodriguez, N., & Tasca, M. (2016). Families coming together in prison: Na examination of visitation encounters. *Punishment & Society*, 1-20.
doi:10.1177/1462474516642856
- Newcomen, N. (2016). Prisoner mental health: learning mental health: learning from PPO investigations. *Prisons and probation Ombudsman for England and Wales*, January, 1-46.
- Novais, F., Ferreira, J., & Santos, E. (2010). Transição e ajustamento de reclusos ao sistema prisional. *Psychologica*, 2, 52, 209-242.
- Nurse, J., Woodcock, P., Ormsby, J. (2003). Influence of environmental factors on mental health within prisons: focus group study. *British Medical Journal*, 327.
doi:10.1136/bmj.327.7413.480
- O'Connell, B., O'Reilly, K., O'Sullivan, M., & Sarma, K. (2018). Attributional style and depressive symptoms in a male prison sample. *Plos One*, 13, 2, 1-14.
- Oliveira, W., & Damas, F. (2013). A Saúde Mental nas Prisões de Santa Catarina, Brazil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 5, 12, 1-24.
- Oliveira, M.T., & Lima, M.S. (2013). Sistema carcerário: uma realidade esquecida, inclusive pelos familiares. *Interfaces Científicas – Humanas e Sociais*, 1 (2), 9-19.

- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2018). *A importância dos psicólogos nos estabelecimentos prisionais*. Lisboa: Ordem dos Psicólogos.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2017). *Os/as psicólogos/as valorizam os sistemas judicial e legal*. Lisboa: Ordem dos Psicólogos.
- Organização Mundial de Saúde (2001). Relatório de saúde mental no mundo 2001. In *World Health Report*.
- Palha, F., & Palha, J. (2016). Perspetiva sobre a Saúde Mental em Portugal. *Gazeta Médica*, 3, 2, 6-12.
- Picken, J. (2012). The Coping Strategies, Adjustment and Well Being of Male Inmates in the Prison Environment. *Internet Journal of Criminology*, 1-29.
- Prakash, O., Sengar, K., Sharma, N., & Singh, A. (2015). A study of mental health problems in criminals in terms of depression, anxiety and stress. *Global Journal of Human-Social Science*, 15, 9, 16-22.
- Redburn, S., Travis, J., & Western, B. (edits) (2014). *The growth of incarceration in the United States: exploring causes and consequences*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Rodrigues, V., & Madeira, M. (2009). Suporte Social e Saúde Mental: Revisão da Literatura. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 6 (7), 390-399.
- Schlossberg, N. (1981). A model for analyzing human adaptation to transition. *The Counselling Psychologist*, 9, 2, 2-18. doi:10.1177/001100008100900202
- Schlossberg, N. (2008). *Overwhelmed: coping with life's ups and downs*. Plymouth: M. Evans.

- Schlossberg, N. (2011). The Challenge of change: the transition model and its applications. *Journal of Employment Counselling*, 48, 4, 159-162.
doi:10.1002/j.2161-1920.2011.tb01102.x
- Sharma, S. (2016). Adjustment: process, achievement, characteristics, measurement and dimensions. *International Journal of Academic Research*, 3, 2, 42-45.
- Sinha, S. (2010). Adjustment and mental health problema in prisoners. *Industrial Psychiatry Journal*, 19, 2, 101-104. doi:10.4103/0972-6748.90339.
- Siqueira, M. (2008). Construção e validação da escala de percepção de suporte familiar. *Psicologia em Estudo*, 13, 2, 381-388.
- Souza, M. S., Baptista, M. N. (2008). Associações entre suporte familiar e saúde mental. *Revista Psicologia Argumento*, 26, 207-215.
- Tomar, S. (2013). The Psychological effects os Incarceration on inmates: Can we Promote Positive Emotion in inmates. *Delhi Psychiatry Journal*, 16, 1, 66-72.
- Vargas, F., Hoffmeister, F., Prates, P., Vasconcelos, S. (2015). Depressão, ansiedade e psicopatia: um estudo correlacional com indivíduos privados de liberdade. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, 64, 4, 266-71.

ANEXO A

Questionário Sociodemográfico e Jurídico-Penal

Questionário de caracterização sociodemográfica e jurídico-penal (adaptado de Matos, 2007)

N.º sujeito: _____

Data: ___/___/___ Estabelecimento Prisional: _____ Data

de Nascimento: ___/___/___ Idade: ___ Sexo: M ___ F ___

Naturalidade: _____ Nacionalidade: ___ Concelho de Residência: _____ Etnia: ___

Habilitações literárias: ___ Atualmente está a estudar ? Sim ___ Não ___

Se não: Idade de abandono: ___ Motivo do abandono: ___ Situação profissional

Estava empregado antes da prisão? Sim _____ Não _____

Se sim:

Que profissão exercia? _____

Há quanto tempo? _____ Outras profissões anteriores _____

Se não:

Alguma vez trabalhou? ___ Em que atividade? ___ Atualmente trabalha? Sim ___ Não _____

Se sim: Onde? _____ Em que atividade? _____

Estado Civil: Solteiro _____ Casado ___ União de Facto ___ Viúvo ___

Divorciado _____ Sep. de facto ___ (obs.: _____)

Composição do Agregado Familiar (com quem vivia antes da prisão)

Parentesco	Idade	Estado civil	Habilitações literárias	Situação profissional	Profissão

Namorado(a)/Companheiro(a) (se não pertencia ao agregado familiar)

Idade: _____ Habilitações literárias _____

Situação profissional _____ Profissão _____

Parentalidade:

Número de filhos: _____ Idade dos filhos: _____ Com quem estão? _____

Atualmente está grávida? / A sua companheira/esposa/namorada está grávida?

Sim _____ Não _____

História de contactos com a justiça na família (incluir namorado(a)/companheiro(a))

Quem	Motivo	Situação jurídica	Pen a	Duração da pena

História de institucionalização:

Esteve institucionalizado? Sim _____ Não _____

Se sim: Onde? _____ Com que idade? _____

Durante quanto tempo? _____

Motivo _____

Por determinação de que Entidade _____

Situação Jurídico-penal (através de entrevista ou consulta de processo)

Atual (condenado): Data da condenação _____

Pena aplicada: Prisão __ (anos)

Medidas alternativas à prisão:

Suspensão da exec. da pena _

suspensão com regime de prova _

prestação de trabalho a favor da comunidade _

multa _____

substituição da multa por trabalho _____

Motivo da revogação da medida alternativa _____

Data da prisão _____

Medidas de flexibilização da pena: Saídas precárias_RAVE_RAVI

Crime pelo qual foi condenada _____

Co-autores _____

Vítimas do crime _____

Condenações anteriores

Crime cometido	Pena aplicada	Data dos factos

Processos-crime anteriores (não conducentes a condenação)

Motivo do processo	Desfecho do processo	Data dos alegados factos

Comportamento

Institucional

Disciplina (punições)

Contacto com serviços (que serviços/com que frequência)

Visitas (quem/com que frequência)

Dependências

Consumo de álcool

DESCRITORES	Percurso no consumo (Marcadores etários)			
				Consumos no E.P.
Tipo				
Frequência				
Quantidade				
Tratamento				

Consumo de drogas

DESCRITORES	Percurso no consumo (Marcadores etários)			
				Consumos no E.P.
Tipos de drogas				
Vias de consumo				
Tratamento				

Saúde

Doença atual:

Física _____ Diagnóstico no EP? Sim ___ Não ___

Psiquiátrica _____ Diagnóstico no EP? Sim ___ Não ___

Doença passada

Física _____ Tratamento ou acompanhamento no EP? Sim ___ Não ___

Psiquiátrica _____ Tratamento ou acompanhamento no EP? Sim ___ Não ___

ANEXO B

Inventário Breve de Sintomas

Versão de Canavarro, M. C. (1995)

A seguir encontra-se uma lista de problemas que por vezes as pessoas apresentam. Por favor, leia cada um cuidadosamente e assinale a opção que melhor descreve o **GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O(A) AFECTOU DURANTE OS ÚLTIMOS 7 DIAS, INCLUINDO HOJE**. Não deixe

nenhuma pergunta por responder.

Refira em que medida foi afectado(a) pelos seguintes problemas de acordo com a seguinte escala:

	0.	1. Poucas	2. Algumas	3. Muitas	4.
	Muitíssimas				
1. Nervosismo ou tensão interior.	0	1	2	3	4
2. Desmaios ou tonturas.	0	1	2	3	4
3. Ter a impressão que outras pessoas podem controlar os seus pensamentos.	0	1	2	3	4
4. Sentir que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas.	0	1	2	3	4
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes.	0	1	2	3	4
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente.	0	1	2	3	4
7. Dores sobre o coração no peito.	0	1	2	3	4
8. Medo na rua ou em espaços públicos.	0	1	2	3	4
9. Pensamentos de acabar com a vida.	0	1	2	3	4
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas.	0	1	2	3	4
11. Perder o apetite.	0	1	2	3	4
12. Sentir um medo súbito sem razão para isso.	0	1	2	3	4
13. Ter impulsos que não se podem controlar.	0	1	2	3	4
14. Sentir-se sozinho(a) mesmo quando está com outras pessoas.	0	1	2	3	4
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho.	0	1	2	3	4
16. Sentir-se sozinho(a).	0	1	2	3	4
17. Sentir-se triste.	0	1	2	3	4
18. Não ter interesse por nada.	0	1	2	3	4
19. Sentir-se atemorizado(a).	0	1	2	3	4
20. Sentir-se facilmente ofendido(a) nos seus sentimentos.	0	1	2	3	4
21. Sentir que as outras pessoas não são suas amigas ou não gostam de si.	0	1	2	3	4
22. Sentir-se inferior aos outros.	0	1	2	3	4
23. Vontade de vomitar ou mal-estar no estômago.	0	1	2	3	4
24. Impressão de que os outros o(a) costumam observar ou falar de si.	0	1	2	3	4
25. Dificuldade em adormecer.	0	1	2	3	4
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz.	0	1	2	3	4
27. Dificuldades em tomar decisões.	0	1	2	3	4
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de moto.	0	1	2	3	4

29. Sensação de que lhe falta o ar.	0	1	2	3	4
30. Calafrios ou afrontamentos.	0	1	2	3	4
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou atividades por lhe causarem medo.	0	1	2	3	4
32. Sensação de vazio na cabeça.	0	1	2	3	4
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo.	0	1	2	3	4
34. Ter a ideia de que devia ser castigado(a) pelos seus pecados.	0	1	2	3	4
35. sentir-se sem esperança perante o futuro.	0	1	2	3	4

0. Nunca Muitíssimas	1. Poucas	2. Algumas	3. Muitas	4.
-------------------------	-----------	------------	-----------	----

36. Ter dificuldades em se concentrar.	0	1	2	3	4
37. Falta de forças em partes do corpo.	0	1	2	3	4
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflitos.	0	1	2	3	4
39. Pensamentos sobre a morte ou sensação de que vai morrer.	0	1	2	3	4
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém.	0	1	2	3	4
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	0	1	2	3	4
42. Sentir-se embaraçado(a) junto de outras pessoas.	0	1	2	3	4
43. Sentir-se mal no meio de multidões, como em lojas, cinemas ou assembleias.	0	1	2	3	4
44. Grande dificuldade em sentir-se “próximo(a)” de outra pessoa.	0	1	2	3	4
45. Ter ataques de pânico ou terror.	0	1	2	3	4
46. Entrar facilmente em discussões.	0	1	2	3	4
47. Sentir-se nervoso(a) quando tem que ficar sozinho(a).	0	1	2	3	4
48. Sentir que as outras pessoas não são o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades.	0	1	2	3	4
49. Sentir-se tão desassossegado(a) que não consegue manter-se sentado(a) quieto(a).	0	1	2	3	4
50. Sentir que não tem valor.	0	1	2	3	4
51. A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si.	0	1	2	3	4
52. Ter sentimentos de culpa.	0	1	2	3	4
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça.	0	1	2	3	4

ANEXO C

Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation

**Funcionamento
Familiar SCORE-15**

Descreva a sua família

Solicitamos que nos descreva a forma como vê a sua família neste momento. Por isso pedimos-lhe a SUA opinião sobre a sua família.

Quando dizemos 'a sua família' referimo-nos às pessoas que vivem em sua casa. Neste sentido, pedimos que reflita sobre a família que irá descrever antes de começar o preenchimento.

Para cada item coloque uma cruz (x) apenas num dos quadrados numerados de 1 a 5.

Se a frase 'Estamos sempre a discutir entre nós' não caracteriza adequadamente a sua família, deverá responder com uma cruz (x) no quadrado 4, que diz respeito à resposta 'Descreve-nos Mal'.

Evite refletir profundamente acerca da resposta, mas procure responder a todas as questões apresentadas.

Como diria que cada afirmação descreve a sua família?

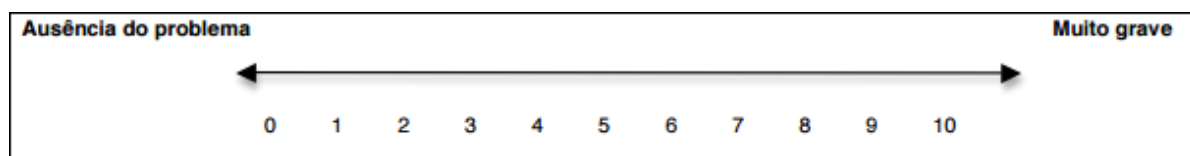
	1.Descreve-nos nos muito bem	2.Descreve-nos bem	3.Descreve-nos em parte	4.Descreve-nos mal	5.Descreve-nos muito mal
1) Na minha família, falamos uns com os outros sobre coisas que têm interesse para nós.	1	2	3	4	5
2) Na minha família muitas vezes não se diz a verdade uns aos outros.	1	2	3	4	5
3) Todos nós somos ouvidos na nossa família.	1	2	3	4	5
4) Sinto que é arriscado discordar na nossa família.	1	2	3	4	5
5) Sentimos que é difícil enfrentar os problemas do dia-a-dia.	1	2	3	4	5
6) Confiamos uns nos outros.	1	2	3	4	5
7) Sentimo-nos muito infelizes na nossa família.	1	2	3	4	5
8) Na minha família, quando as pessoas se zangam, ignoram-se intencionalmente.	1	2	3	4	5
9) Na minha família parece que surgem crises umas atrás das outras.	1	2	3	4	5

10) Quando um de nós está aborrecido/perturbado é apoiado pela família.	1	2	3	4	5
11) As coisas parecem correr sempre mal para a minha família.	1	2	3	4	5
12) As pessoas da minha família são desagradáveis umas com as outras.	1	2	3	4	5
13) Na minha família as pessoas interferem demasiado na vida umas das outras.	1	2	3	4	5
14) Na minha família culpamo-nos uns aos outros quando as coisas correm mal.	1	2	3	4	5
15) Somos bons a encontrar novas formas de lidar com as dificuldades.	1	2	3	4	5

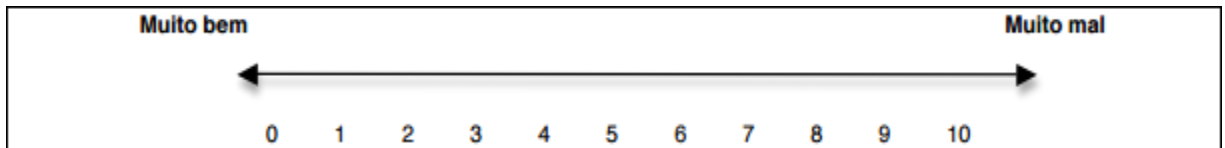
Quais as palavras que descrevem melhor a sua família?

Como descreve o principal problema/dificuldade que a sua família enfrenta neste momento? O principal problema é

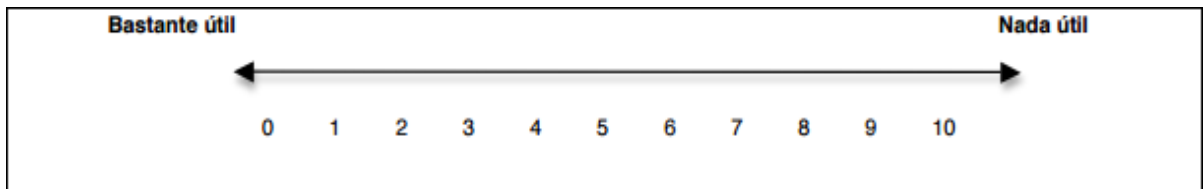
Numa escala de 0 a 10, em que 0 corresponde a 'Ausência do problema' e 10 corresponde a 'Muito Grave', qual a gravidade do problema? (Atenção à direção da escala)



Numa escala de 0 a 10, em que 0 corresponde a 'Muito bem' e 10 corresponde a 'Muito mal', como é que se estão a organizar enquanto família? (Atenção à direção da escala)



Numa escala de 0 a 10, em que 0 corresponde a 'Bastante útil' e 10 corresponde a 'Nada útil', como considera que a terapia familiar/de casal seria útil para a sua família? (Atenção à direção da escala)



ANEXO D

Autorização da Direcção-Geral da Reinserção e Serviços Prisionais para a
realização do projecto de Investigação



REPÚBLICA
PORTUGUESA

JUSTIÇA

Exmo(a) Senhor(a)

Doutor Paulo Moreira

paulomoreira@por.ulusiada.pt

V/ referência	N/ referência	Ofício N.º	Data
		303/DSOPRE	29.12.2016

Assunto: Projeto de investigação - Centro de Investigação em Psicologia para o Desenvolvimento da Universidade Lusíada

Tenho a honra de informar V. Exa que, por despacho do Sr. Diretor-Geral, Dr. Celso Manata, datado de 28/12/2016, no âmbito do projeto de investigação, em colaboração com o Centro de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social da Universidade Lusíada de Lisboa e com o Centro de Investigação em Psicologia da Universidade do Minho, foi autorizado a realizar a pesquisa nos Estabelecimentos Prisionais de Paços de Ferreira, Porto, Santa Cruz do Bispo Feminino e Masculino, Vale de Sousa, Carregueira, Caxias, Linhó, Lisboa, Sintra e Tires, bem como junto da Equipa Lisboa Trabalho Comunitário.

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

- a calendarização e modo de organização da pesquisa seja acordada com a Direção dos Estabelecimentos Prisionais e da Equipa de Reinserção, por forma a que se conciliem os objetivos académicos com a exequibilidade do trabalho, sem perturbação do quotidiano;
- o desenvolvimento do estudo esteja sempre dependente da disponibilidade dos trabalhadores e dos reclusos para, após consentimento informado, colaborarem, reservando-se-lhes o direito de, a qualquer momento, poderem interromper a sua cooperação, o mesmo se passando, relativamente à gravação áudio das entrevistas;



REPÚBLICA
PORTUGUESA

JUSTIÇA

- a consulta dos processos individuais, se faça em conformidade com o disposto no artº 17 da Lei 51/2011, de 11 de Abril;
- os investigadores fiquem obrigados a preservar o anonimato dos dados e das pessoas que venham a cooperar;
- do resultado final do trabalho, deve ser remetida cópia à Direção de Serviços de Organização, Planeamento e Relações Externas.

Considerando o número de investigações académicas, atualmente a decorrer em estabelecimentos prisionais, alerta-se para a possibilidade de a direção dos estabelecimentos prisionais poder vir a calendarizar a investigação para um momento mais oportuno.

Com os melhores cumprimentos

O Diretor de Serviços

José João Semedo Moreira

JJ Semedo Moreira

ML/2016

ANEXO E

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

O estudo “Perfil de Personalidade e Bem-Estar Subjectivo de Portugueses Perpetuadores de Crimes” é uma investigação na área do contexto criminal que tem como principal objectivo a avaliação do perfil de personalidade dos reclusos portugueses. Com esta investigação pretendemos perceber se o bem-estar subjectivo está relacionado com os perfis de personalidade. Para tal serão administrados instrumentos de avaliação, como o Questionário sociodemográfico e jurídico-penal, o Inventário de Temperamento e Carácter – Revisto (TCI-R), Escala de Afecto Positivo e Negativo (PANAS) e World Health Organization Quality of Life – Bref (WOOQL-Bref). Adicionalmente, os testes, Questionário de fatores de risco associados às condições psicossociais de desenvolvimento, Inventário Breve de Sintomas (BSI), Escala de Resiliência para Adultos (ERA), Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation (SCORE-15) e o Questionário de Expectativas de reintegração na sociedade, serão também aplicados no âmbito do desenvolvimento de projectos futuros.

Ao participar neste estudo, estou a colaborar para o desenvolvimento da investigação na área dos contextos prisionais, não sendo, contudo, acordado qualquer benefício directo ou indirecto pela minha colaboração.

Entendo que toda a informação obtida através deste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada directamente com este estudo, a menos que eu o autorize por escrito.

Declaro que entendi os objectivos apresentados e aceito participar de livre vontade neste estudo. Declaro que me foi dada a oportunidade de colocar todas as questões e dúvidas relativas ao estudo e à minha participação e a todas obtive resposta satisfatória. Compreendo, ainda, que a minha participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão reflecta qualquer prejuízo para mim.

Assinatura do participante

Assinatura do(a) investigador(a)

Data __/__/____