



Universidades Lusíada

Pedro, Sofia Borges de Sousa Vieira, 1995-

Psicopatologia em contexto prisional

<http://hdl.handle.net/11067/4742>

Metadados

Data de Publicação

2019

Resumo

O contexto prisional, pelas suas características de natureza totalitária e de isolamento do mundo exterior, potencia o surgimento de determinadas perturbações mentais. As evidências demonstram que o número de reclusos que possui perturbações mentais ou sintomatologia psicopatológica continua a aumentar de forma progressiva neste contexto, verificando-se um incremento da prevalência dos problemas relativos à saúde mental. Neste sentido, o objetivo do presente estudo consistiu em compreender a rel...

The prison context, due to its characteristics of a totalitarian nature and isolation from the outside world, enhances the emergence of certain mental disorders. Evidence shows that the number of prisoners with mental disorders or psychopathological symptoms continues to increase steadily in this context, with an increasing prevalence of mental health problems. Therefore, the objective of the present study was to understand the relation between certain factors and the existence of psychopatholog...

Palavras Chave

Prisioneiros - Serviços de saúde mental, Psicologia da prisão

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2025-05-17T09:59:01Z com informação proveniente do Repositório



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

Psicopatologia em contexto prisional

Realizado por:
Sofia Borges de Sousa Vieira Pedro

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

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Elisa Kern de Castro
Orientadora: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Arguente: Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Dissertação aprovada em: 21 de outubro de 2019

Lisboa

2019



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

Psicopatologia em contexto prisional

Sofia Borges de Sousa Vieira Pedro

Lisboa

Agosto 2019



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

Psicopatologia em contexto prisional

Sofia Borges de Sousa Vieira Pedro

Lisboa

Agosto 2019

Sofia Borges de Sousa Vieira Pedro

Psicopatologia em contexto prisional

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

Agosto 2019

Ficha Técnica

Autora Sofia Borges de Sousa Vieira Pedro
Orientadora Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Título Psicopatologia em contexto prisional
Local Lisboa
Ano 2019

Mediateca da Universidade Lusíada - Catalogação na Publicação

PEDRO, Sofia Borges de Sousa Vieira, 1995-

Psicopatologia em contexto prisional / Sofia Borges de Sousa Vieira Pedro ; orientado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos. - Lisboa : [s.n.], 2019. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - GASPAR, Tânia, 1977-

LCSH

1. Prisioneiros - Serviços de saúde mental
2. Psicologia da prisão
3. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
4. Teses - Portugal – Lisboa

1. Prisoners - Mental health services

2. Prison psychology
3. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
4. Dissertations, Academic - Portugal – Lisbon

LCC

1. RC451.4.P43 2019

Ao meu avô, por tudo aquilo que me ensinou
e por ter feito de mim aquilo que sou hoje.
Não poderia ter tido melhor amigo na vida.

Agradecimentos

À Professora Doutora Tânia Gaspar, pelo trabalho de excelência que tem realizado enquanto coordenadora da licenciatura em psicologia e do mestrado em psicologia clínica, e pela disponibilidade, dedicação, orientação, confiança e apoio prestado no decorrer do meu percurso académico e do presente trabalho de investigação.

À Professora Doutora Túlia Cabrita, por todo o apoio, incentivo e esclarecimento de dúvidas, e por toda a sua contribuição para as aprendizagens realizadas no decorrer dos cinco anos de formação.

A todos os professores que lecionam a licenciatura e o mestrado em Psicologia Clínica na Universidade Lusíada de Lisboa, pelo profissionalismo e pela transmissão de conhecimentos e de experiências, que foram fundamentais quer a nível pessoal, como enquanto futura profissional.

A todas as pessoas que se disponibilizaram para ajudar no processo de recolha de dados e que despenderam do seu tempo para permitir que o presente trabalho fosse possível, nomeadamente à Dra. Olga Cunha, à Dra. Tânia Carvalho, à Dra. Ana Veríssimo, à Dra. Amélia Rebelo e à Dra. Sandra Setas, assim como aos reclusos que aceitaram integrar a amostra do presente estudo.

À minha colega e melhor amiga, Marta Barata, por toda a sua ajuda, dedicação, paciência inesgotável, carisma e profissionalismo. Agradeço toda a companhia, todas as experiências, todo o apoio prestado e toda a força que me transmitiste no decorrer da minha vida e destes anos.

À minha mãe e aos meus avós maternos, por terem investido na minha educação, por terem sempre acreditado nas minhas capacidades, por me terem incentivado a seguir os meus objetivos, por todo o apoio, compreensão e força que me deram durante toda a vida e, em particular, nesta fase da minha formação. Um sincero obrigada por todos os valores que me transmitiram e por terem sido a minha maior motivação durante todos estes anos.

À minha família, ao meu namorado e aos meus amigos, pelo interesse, pelo suporte, pelas palavras de encorajamento, pela compreensão, por sempre me terem apoiado e pela força que me transmitiram no decorrer deste percurso.

A todas as pessoas que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização do meu percurso académico e para o presente trabalho de investigação.

Resumo

O contexto prisional, pelas suas características de natureza totalitária e de isolamento do mundo exterior, potencia o surgimento de determinadas perturbações mentais. As evidências demonstram que o número de reclusos que possui perturbações mentais ou sintomatologia psicopatológica continua a aumentar de forma progressiva neste contexto, verificando-se um incremento da prevalência dos problemas relativos à saúde mental. Neste sentido, o objetivo do presente estudo consistiu em compreender a relação entre determinados fatores e a existência de sintomas psicopatológicos no contexto prisional.

O estudo em questão possui um design transversal, tendo-se optado pela utilização de uma metodologia quantitativa. A amostra é composta por 164 indivíduos reclusos em 4 estabelecimentos prisionais portugueses, sendo que 84,1% dos participantes pertencem ao sexo masculino (n=138) e 15,9% pertencem ao sexo feminino (n=26), e possuem idades compreendidas entre os 18 e os 79 anos (M= 38,41 e DP= 11,449). A recolha de dados foi realizada através de dois processos distintos, que consistiram na aplicação de questionários aos reclusos, o Inventário Breve de Sintomas (BSI) e o Positive and Negative Affect Schedule (PANAS), e na consulta dos processos individuais dos participantes, através da qual se preencheu um Questionário Sociodemográfico e Jurídico-penal.

Os resultados obtidos demonstraram que variáveis como o sexo, a faixa-etária, o estado civil, o número de filhos, a situação jurídico-penal, o tipo de crime e a frequência do contexto escolar possuem uma relação com a existência de sintomatologia psicopatológica nos indivíduos que se encontram em reclusão. Para além disso, foi possível verificar que o sexo e os afetos negativos se constituem como as principais variáveis preditoras da experiência de mal-estar dos indivíduos inseridos no contexto prisional. Este estudo vem enfatizar a necessidade de intervenções em meio prisional que procurem minimizar os fatores de risco que possuem uma relação com a existência de sintomatologia psicopatológica neste contexto.

Palavras-chave: Contexto prisional; Inventário Breve de Sintomas; Positive and Negative Affect Schedule; Psicopatologia; Sintomas psicopatológicos.

Abstract

The prison context, due to its characteristics of a totalitarian nature and isolation from the outside world, enhances the emergence of certain mental disorders. Evidence shows that the number of prisoners with mental disorders or psychopathological symptoms continues to increase steadily in this context, with an increasing prevalence of mental health problems. Therefore, the objective of the present study was to understand the relation between certain factors and the existence of psychopathological symptoms in the prison context.

For this cross-sectional study a quantitative methodology was used. The sample consists of 164 individuals inmates from 4 portuguese prisons, with 84.1% of the participants being male ($n = 138$) and 15.9% female ($n = 26$) and aged between 18 and 79 years ($M = 38,41$ and $SD = 11,449$). Data collection was carried out through two separate procedures, which consisted of applying questionnaires to prisoners, the Brief Symptom Inventory (BSI) and the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS), and consulting individual participants' files from which a Sociodemographic and Legal Criminal Questionnaire was completed.

The results showed that variables such as gender, age group, marital status, number of children, criminal-legal status, type of crime and attendance in the school context have a relation with the existence of psychopathological symptoms on individuals who are in reclusion. In addition, it was possible to verify that gender and negative affects are the main predictor variables of the malaise experience of individuals inserted in the prison context. This study emphasizes the need for prison interventions that seek to minimize risk factors that are related to the existence of psychopathological symptoms in this context.

Keywords: Prison context; Brief Inventory of Symptoms; Positive and Negative Affect Schedule; Psychopathology; Psychopathological symptoms.

Índice

Índice de tabelas.....	I
Lista de anexos.....	II
Lista de abreviaturas, siglas, acrónimos e símbolos.....	III
Introdução.....	1
Enquadramento teórico.....	4
Saúde mental.....	4
A Teoria Bioecológica de Urie Brofenbrenner e a saúde mental.....	7
Psicopatologia.....	15
Conceito de normalidade em psicopatologia.....	15
Definição de psicopatologia.....	17
Principais campos e tipos de psicopatologia.....	20
Classificação das perturbações mentais.....	24
Sintomas e sinais psicopatológicos.....	25
Contexto prisional e Psicopatologia.....	26
Contexto prisional.....	26
Efeitos da inserção em contexto prisional.....	31
Contexto prisional em Portugal.....	36
Cuidados de saúde no contexto prisional.....	37
Prevalência de psicopatologia no contexto prisional.....	40
Fatores que influenciam a psicopatologia no contexto prisional.....	45
Fatores sociodemográficos.....	45

Fatores familiares.....	47
Fatores sociais e culturais.....	50
Acontecimentos de vida.....	50
Fatores legais.....	52
Fatores institucionais.....	56
Suicídio e psicopatologia.....	61
Papel do psicólogo clínico no contexto prisional.....	65
Objectivos.....	72
Objectivo geral.....	72
Objectivos específicos.....	72
Método.....	74
Participantes.....	74
Instrumentos.....	75
Questionário Sociodemográfico e Jurídico-penal.....	76
Inventário Breve de Sintomas.....	77
Positive and Negative Affect Schedule.....	79
Procedimentos.....	80
Resultados.....	82
Correlações.....	85
Análise de Variância (ANOVA).....	88
Regressão.....	100
Discussão.....	101

Conclusão.....	119
Referências.....	125
Anexos.....	139
Anexo A.....	140
Anexo B.....	145
Anexo C.....	148
Anexo D.....	150
Anexo E.....	153

Índice de tabelas

Tabela 1 – Distribuição das dimensões das escalas.....	84
Tabela 2 – Correlações entre as variáveis.....	85
Tabela 3 – Diferenças de médias relativamente aos sintomas psicopatológicos entre sexos.....	88
Tabela 4 – Diferenças de médias relativamente aos sintomas psicopatológicos entre distintas faixas-etárias.....	90
Tabela 5 – Diferenças de médias relativamente aos sintomas psicopatológicos em indivíduos com distintos estados civis.....	92
Tabela 6 – Diferenças de médias relativamente aos sintomas psicopatológicos em indivíduos com diferentes números de filhos.....	94
Tabela 7 – Diferenças de médias relativamente aos sintomas psicopatológicos entre indivíduos preventivos e condenados.....	95
Tabela 8 – Diferenças de médias relativamente aos sintomas psicopatológicos em indivíduos que cometeram crimes contra a vida e em indivíduos que cometeram outros tipos de crime.....	96
Tabela 9 – Diferenças de médias relativamente aos sintomas psicopatológicos em indivíduos que frequentam a escola no contexto prisional e em sujeitos que não frequentam a escola no contexto prisional.....	97
Tabela 10 – Diferenças de médias relativamente aos sintomas psicopatológicos em indivíduos que possuem uma ocupação laboral no contexto prisional e em sujeitos que não possuem uma ocupação laboral no contexto prisional.....	98
Tabela 11 – Regressão linear das variáveis sexo do sujeito, idade do sujeito, afetos positivos e afetos negativos como preditoras do índice geral de sintomas.....	100

Lista de anexos

Anexo A – Questionário de caracterização sociodemográfica e jurídico-penal.....	140
Anexo B – Inventário Breve de Sintomas.....	145
Anexo C – Positive and Negative Affect Schedule.....	148
Anexo D – Autorização da DGRSP para a realização do projeto de investigação.....	150
Anexo E – Consentimento informado.....	153

Lista de abreviaturas, siglas, acrónimos e símbolos

A - Ansiedade

AF – Ansiedade fóbica

AN – Afetos negativos

AP – Afetos positivos

BSI – Inventário Breve de Sintomas

CID - Classificação Internacional das Doenças

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

D - Depressão

DGRSP – Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais

DP – Desvio padrão

DSM - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

EP – Estabelecimento prisional

H – Hostilidade

IGS - Índice geral de sintomas

IP – Ideação paranoide

ISP - Índice de sintomas positivos

M – Média

n – Número total de casos

O – Obsessões-compulsões

OMS - Organização Mundial de Saúde

P - Psicoticismo

PANAS – Positive and Negative Affect Schedule

PIPS - Programa Integrado de Prevenção do Suicídio

r^2 – Coeficiente de determinação

r^2 - Coeficiente de determinação ajustado

S – Somatização

SCL-90 – Symptom Checklist-90

SI – Sensibilidade interpessoal

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

TSP – Total de sintomas positivos

ULD - Unidades Livres de Droga

ULL – Universidade Lusíada de Lisboa

ULP – Universidade Lusíada do Porto

Introdução

O contexto prisional, pelas suas características de natureza totalitária e de isolamento do mundo exterior, potencia o surgimento de determinadas perturbações mentais ou de um conjunto de sintomas psicopatológicos. As evidências demonstram que o número de reclusos que possuem perturbações mentais ou sintomas psicopatológicos continua a aumentar de forma progressiva neste contexto, verificando-se um incremento da prevalência dos problemas relativos à saúde mental. A intervenção direcionada para os problemas existentes ao nível da saúde mental no contexto prisional assume uma importância extrema, devendo reger-se de acordo com as normas e critérios de natureza técnica, científica e deontológica previamente definidos e divulgados, tendo em consideração as especificidades associadas a este contexto.

Tendo em consideração o facto de a existência de sintomatologia psicopatológica e de perturbações mentais ser mais frequente em indivíduos inseridos no contexto prisional, em comparação com sujeitos que não se encontram inseridos neste contexto, considerou-se pertinente estudar se determinados fatores se encontram relacionados com a existência de sintomatologia psicopatológica neste contexto. Neste sentido, o objetivo do presente estudo consistiu em compreender e caracterizar os fatores que se encontram relacionados com presença e o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos no contexto prisional.

Inicialmente, realiza-se um enquadramento conceptual do tema em questão, no qual se procede a uma caracterização e clarificação de conceitos e variáveis significativos, para uma melhor compreensão dos conteúdos por parte do leitor. No âmbito do enquadramento teórico, pretende compreender-se o estado de arte relativo ao tema em análise, procedendo-se ao esclarecimento de conceitos relevantes, analisados à luz de dados científicos atuais.

Desta forma, numa primeira parte do enquadramento conceptual, realiza-se uma abordagem geral acerca da saúde mental, procurando explicitar-se no que consiste este conceito e abordar os principais fatores que contribuem para o surgimento da doença mental. Numa segunda parte do presente trabalho, procura-se aprofundar o conceito de desenvolvimento humano, explicitando-se no que consiste e abordando-se a Teoria Bioecológica de Urie Brofenbrenner, tendo em consideração que esta teoria pode auxiliar a compreender a relação entre determinados fatores e a existência de

sintomatologia psicopatológica no contexto prisional. Na terceira parte do presente estudo procura-se abordar o tema psicopatologia, aprofundando-se o conceito de normalidade em psicopatologia, explicitando-se no que consiste a psicopatologia, caracterizando-se quais os principais campos e tipos de psicopatologia, abordando-se a classificação das perturbações mentais e explicitando-se no que consistem os sinais e os sintomas psicopatológicos. Numa quarta parte do enquadramento teórico, realiza-se um aprofundamento acerca do contexto prisional e psicopatologia, explicitando-se no que consiste o contexto prisional, abordando-se os efeitos da inserção neste contexto, caracterizando-se o contexto prisional em Portugal, discutindo-se importância dos cuidados de saúde no contexto prisional e, por fim, abordando-se a prevalência de psicopatologia no contexto prisional. Na quinta parte do presente trabalho, procura-se aprofundar os fatores que possuem uma relação com a existência de psicopatologia no contexto prisional, sendo que estes se encontram subdivididos em fatores sociodemográficos, fatores familiares, fatores sociais e culturais, acontecimentos de vida, fatores legais e fatores institucionais. Ainda no âmbito dos fatores que possuem uma relação com a existência de psicopatologia no contexto prisional, aborda-se a relação existente entre o suicídio e a psicopatologia e, por fim, o papel que o psicólogo clínico possui neste contexto e que é fundamental, no sentido de diminuir os efeitos negativos da privação de liberdade ao nível da saúde mental dos reclusos.

Seguidamente, procede-se à descrição dos objetivos do presente estudo, sendo que os objetivos se encontram subdivididos em objetivo geral e objetivos específicos. De uma forma sucinta, o objetivo e os subobjetivos do presente estudo prendem-se com a compreensão e a caracterização dos fatores que se encontram relacionados com a presença e com o desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica no contexto prisional.

Posteriormente, realiza-se a descrição da metodologia adotada no presente estudo, sendo que, tendo em consideração os objetivos propostos, se optou pela utilização de uma metodologia quantitativa. Posteriormente, procede-se à caracterização da amostra, que foi selecionada através de um processo de amostragem não probabilística, designado de amostragem por conveniência, e que é composta por 164 indivíduos condenados por diversos crimes que se encontram reclusos no Estabelecimento Prisional (EP) da Carregueira, no Estabelecimento Prisional de Caxias, no Estabelecimento Prisional de Lisboa e no Estabelecimento Prisional de Tires.

Seguidamente, realiza-se uma descrição dos instrumentos utilizados no âmbito da recolha de dados, nos quais se incluem o Questionário Sociodemográfico e Jurídico-penal, o Inventário Breve de Sintomas e o Positive and Negative Affect Schedule. Por fim, realiza-se a descrição dos procedimentos utilizados no decorrer da realização do presente estudo, no sentido de permitir a sua replicação. Os dados recolhidos foram tratados e analisados através do programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 22 para o Windows.

De seguida procede-se à apresentação dos resultados obtidos no presente estudo através de tabelas, que auxiliam a compreensão das relações existentes entre as variáveis, e através de uma análise descritiva dos mesmos, para uma melhor compreensão dos conteúdos por parte do leitor.

Posteriormente, realiza-se a discussão dos resultados obtidos, sendo que se procede a uma análise destes com base na literatura científica existente. No âmbito da discussão, realiza-se ainda uma análise em relação ao cumprimento dos objetivos inicialmente propostos, integrando-se os resultados obtidos e a literatura evidenciada no enquadramento teórico.

Por fim, na última secção do presente trabalho de investigação, procede-se à apresentação de uma conclusão relativa à realização do presente trabalho de investigação, na qual se encontram integrados os principais resultados obtidos, as principais limitações do estudo, as sugestões para estudos futuros e as principais implicações para investigações futuras.

Enquadramento teórico

Nesta secção do presente trabalho de investigação, procede-se à realização de um enquadramento conceptual acerca do tema em questão, caracterizando-se e clarificando-se conceitos relevantes, analisados à luz de dados científicos atuais, para uma melhor compreensão dos conteúdos apresentados por parte do leitor.

A presente secção encontra-se dividida em cinco partes distintas, sendo estas, a saúde mental, a Teoria Bioecológica de Urie Brofenbrenner e a saúde mental, a psicopatologia, contexto prisional e psicopatologia e fatores que influenciam a psicopatologia no contexto prisional.

Os capítulos saúde mental e o capítulo Teoria Bioecológica de Urie Brofenbrenner e a saúde mental não se encontram subdivididos em quaisquer subcapítulos, sendo que os restantes capítulos se encontram subdivididos em subcapítulos. No capítulo psicopatologia encontram-se integrados os subcapítulos conceito de normalidade em psicopatologia, definição de psicopatologia, principais campos e tipos de psicopatologia, classificação das perturbações mentais e sinais e sintomas psicopatológicos. No capítulo contexto prisional e psicopatologia inserem-se os subcapítulos contexto prisional, efeitos da inserção em contexto prisional, contexto prisional em Portugal, cuidados de saúde no contexto prisional e prevalência de psicopatologia no contexto prisional. Dentro do capítulo fatores que influenciam a psicopatologia no contexto prisional encontram-se inseridos os subcapítulos fatores sociodemográficos, fatores familiares, fatores sociais e culturais, acontecimentos de vida, fatores legais, fatores institucionais, suicídio e psicopatologia e papel do psicólogo clínico no contexto prisional.

Saúde mental

O conceito de saúde mental é amplo, sendo que a sua definição ou a identificação daquilo que o determina nem sempre consiste numa tarefa fácil. Não obstante este facto, da mesma forma que a saúde se refere a um estado de completo bem-estar físico e social, e não somente à ausência de doença (Alves & Rodrigues, 2010), também a saúde mental é mais do que apenas a ausência de perturbação mental ou de sintomatologia psicopatológica (Alves & Rodrigues, 2010; Beezhold, Galderisi, Heinz, Kastrup & Sartorius, 2015). De acordo com esta perspetiva, a saúde mental tem

sido, cada vez mais, concebida como o produto de múltiplas e complexas interações, que incluem fatores biológicos, psicológicos e sociais (Alves & Rodrigues, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001) define a saúde mental como um estado de bem-estar, no qual cada indivíduo compreende o seu próprio potencial, possui a capacidade de gerir o stress que surge no seu quotidiano, trabalha de forma eficaz e produtiva, e possui a capacidade de contribuir para a sociedade na qual se encontra inserido (Smith, 2014).

Por outro lado, a doença mental pode ser definida como a doença experienciada pelo indivíduo que afeta as suas emoções, pensamentos, comportamentos e relacionamentos sociais, e que produz um efeito negativo na sua vida e na vida daqueles que o rodeiam e que com ele interagem (World Health Organization, 2019). Os sintomas de doença mental podem surgir sob a forma de alterações persistentes do humor, de perceção da realidade ou de capacidade de organização do pensamento, entre outras. As mudanças que surgem no indivíduo interferem diretamente com a sua personalidade, com as suas crenças e com a sua função social, prejudicando-o a si e a outros de forma significativa (Smith, 2014).

Os problemas existentes ao nível da saúde mental são, atualmente, uma experiência humana comum (National Association for Mental Health, 2018) e uma das maiores preocupações existentes ao nível da saúde pública (Mental Health Foundation, 2015). Estes problemas afetam cerca de um em cada quatro sujeitos por ano, podendo ocorrer com qualquer ser humano, nas distintas fases do seu desenvolvimento. Existem diversas causas que podem contribuir para o surgimento da doença mental, podendo inclusivamente existir uma combinação de fatores que influenciam, com maior ou menor intensidade, um determinado indivíduo. De entre os diversos fatores que contribuem para a existência de doença mental, destacam-se alguns, nomeadamente o abuso, o trauma ou a negligência infantil, a violência doméstica, o bullying ou outro tipo de abuso na idade adulta, o isolamento social ou a solidão, a estigmatização ou a discriminação, a desvantagem social ou a pobreza, a experiência de luto, o stress exacerbado a longo-prazo, o facto de se ser sem-abrigo, a existência de um problema de saúde física a longo-prazo, o desemprego ou a perda de um emprego, o abuso de álcool e drogas, a existência de um trauma significativo na adultez ou causas físicas. Para além destes fatores, existem outros associados ao estilo de vida do sujeito que podem

influenciar de forma negativa a sua saúde mental, nomeadamente a ocupação laboral, a alimentação e a privação do sono (Mind, 2018).

O conhecimento acerca dos fatores que possuem influência ao nível da saúde mental dos indivíduos permite o desenvolvimento de programas de intervenção que visam a promoção de estilos de vida saudáveis e a minimização dos fatores de risco existentes para o surgimento de problemas mentais. Pretende-se, desde modo, que as intervenções realizadas possam contribuir de forma positiva, otimizando as circunstâncias nas quais os indivíduos se desenvolvem no decorrer do curso da sua vida (Alves & Rodrigues, 2010).

Os cuidados em saúde mental são complexos sendo, em diversos casos, necessários tratamentos que recorrem à utilização de fármacos variados e de suporte terapêutico e ocupacional a longo prazo. Neste sentido, o processo de assistência a indivíduos que possuem perturbações mentais, deve ser otimizado, visando a sua reabilitação e a promoção das suas competências psicossociais. Os cuidados fornecidos ao nível da saúde mental devem ser direcionados para a capacitação dos sujeitos envolvidos no processo, tais como os pacientes, familiares, profissionais e sociedade, no geral, com o objetivo de que estes compreendam melhor o conceito de saúde mental e de tudo o que esta acarreta e de que exista uma melhor qualidade na assistência prestada (Cardoso & Galera, 2011).

A saúde mental possui, assim, uma importância extrema, quer a nível individual, como para a sociedade como um todo, sendo que a realização de uma intervenção precoce a este nível consiste numa prioridade que deve traduzir-se em respostas adequadas (Palha & Palha, 2016). Neste âmbito, realça-se a necessidade de uma intervenção direcionada para as diferentes fases do desenvolvimento humano, abrangendo a etapa anterior ao nascimento, os primeiros anos da criança, a adolescência, a idade adulta e a terceira idade. Em cada uma destas fases, surgem desafios distintos, que exigem a presença de um plano de intervenção individualizado e direcionado para as necessidades existentes (Mental Health Foundation, 2015).

A Teoria Bioecológica de Urie Brofenbrenner e a saúde mental

O termo desenvolvimento refere-se ao processo através do qual um organismo, humano ou animal, cresce e se modifica no decorrer do curso da vida (Blades, Cowie & Smith, 2015). Assim, desde o momento da concepção, tem início um processo de transformação que terá continuidade até ao final da vida. O campo do desenvolvimento humano encontra-se direccionado para o estudo científico dos processos sistemáticos de mudança e de estabilidade que ocorrem nos indivíduos (Feldman, Martorell & Papalia, 2013), isto é, procura estudar as continuidades e as mudanças sistemáticas que têm lugar entre a concepção e a morte. Ao descrever as mudanças ou as continuidades como sistemáticas pretende-se sugerir que estas são organizadas, padronizadas e duradouras (Kipp & Shaffer, 2010).

O estudo do desenvolvimento humano centra-se em três principais domínios, que consistem no desenvolvimento físico, associado ao crescimento do corpo e do cérebro, às capacidades sensoriais e motoras e à saúde, no desenvolvimento cognitivo, que se encontra relacionado com a aprendizagem, a atenção, a memória, a linguagem, o pensamento, o raciocínio e a criatividade e, por fim, no desenvolvimento psicossocial, que engloba as emoções, a personalidade e as relações interpessoais. É necessário realçar o facto de que todos estes domínios estão interrelacionados e se influenciam de forma mútua (Feldman, Martorell & Papalia, 2013; Kipp & Shaffer, 2010; Miao & Zhang, 2010).

O desenvolvimento é influenciado por dois fatores distintos, os fatores hereditários e os fatores ambientais (Feldman, Martorell & Papalia, 2013; Moura & Pereira, 2017). A questão relativa à importância da hereditariedade e do meio ambiente e do seu impacto ao nível do desenvolvimento do ser humano gerou, ao longo do tempo, um debate intenso entre os diversos autores (Feldman, Martorell & Papalia, 2013). No entanto, atualmente, os estudiosos concordam com o facto de que ambos os fatores são extremamente importantes, encontrando-se mais interessados em descobrir de que forma é que estes interagem e se influenciam mutuamente para determinar o desenvolvimento psicológico individual (Feldman, Martorell & Papalia, 2013; Kipp & Shaffer, 2010; Miao & Zhang, 2010).

Para além do debate existente relativamente à importância dos fatores hereditários e ambientais, existe também uma discussão acerca do facto de o

desenvolvimento humano consistir num processo contínuo ou descontínuo. Alguns autores defendem que o desenvolvimento humano é um processo contínuo, isto é, um processo aditivo que ocorre de forma gradual, sem a existência de mudanças repentinas. Deste modo, para estes, o desenvolvimento ocorre sempre através de processos semelhantes, sendo possível prever comportamentos posteriores, a partir dos anteriores. Por outro lado, os autores que defendem a descontinuidade afirmam que o processo de desenvolvimento ocorre através de mudanças abruptas e irregulares no indivíduo, que dão origem a um nível mais avançado de funcionamento. Outro aspeto acerca da questão da continuidade e da descontinuidade encontra-se relacionado com o facto de as mudanças no desenvolvimento serem quantitativas ou qualitativas. As mudanças quantitativas são essencialmente mudanças de grau ou de quantidade contínuas e unidireccionais, como por exemplo, uma criança adquirir progressivamente mais conhecimento acerca do que a rodeia à medida que o tempo passa. Já as mudanças qualitativas são mudanças no tipo, forma, estrutura e organização, que tornam o indivíduo fundamentalmente diferente daquilo que era anteriormente. Assim, a mudança qualitativa é descontínua, sendo marcada pela emergência de novos fenómenos que não podem ser previstos com facilidade com base no funcionamento anterior do sujeito. Os autores que defendem a continuidade do desenvolvimento afirmam que as mudanças que ocorrem são basicamente de natureza quantitativa. Já os autores que defendem a existência de descontinuidade ao nível do desenvolvimento procuram descrevê-lo como uma sequência de mudanças qualitativas. Estes afirmam que os seres humanos progredem através de estágios de desenvolvimento, sendo que cada um destes estágios consiste numa fase distinta que se caracteriza por um conjunto particular de competências, de emoções ou de comportamentos que formam um padrão coerente. Deste modo, em cada estágio, os indivíduos lidam com distintos tipos de problemas e desenvolvem determinados tipos de habilidades ou de capacidades. De acordo com esta visão, cada estágio tem início a partir do anterior e prepara caminho para o seguinte, sendo que todos os indivíduos atravessam estágios semelhantes, na mesma ordem, embora o período específico em que isso ocorre apresente variações (Feldman, Martorell & Papalia, 2013; Kipp & Shaffer, 2010).

Durante o período de desenvolvimento, o indivíduo pode sofrer determinadas influências, sendo estas normativas e não normativas. As influências normativas são muito semelhantes em indivíduos de uma determinada faixa-etária, sendo que a

ocorrência de eventos biológicos é razoavelmente previsível num determinado período. Já as influências não normativas são eventos incomuns que causam um forte impacto na vida dos indivíduos, por perturbarem a sequência esperada do ciclo de vida (Feldman, Martorell & Papalia, 2013).

Diversos autores conceberam teorias acerca do desenvolvimento, sendo que um destes autores foi Urie Brofenbrenner, que enfatizou a importância do estudo do desenvolvimento em contexto ou da ecologia do desenvolvimento (Blades, Cowie & Smith, 2015). A Teoria Bioecológica, desenvolvida por este psicólogo norte-americano, descreve toda a variedade de processos interativos que afetam o indivíduo (Feldman, Olds & Papalia, 2009). De acordo com este, o termo ecologia refere-se ao contexto ambiental que o indivíduo experiencia ou que o influencia de forma direta ou indireta (Blades, Cowie & Smith, 2015). Assim, este desenvolveu a teoria dos sistemas ecológicos na tentativa de definir e compreender o desenvolvimento humano dentro do sistema de relacionamentos que formam o ambiente do indivíduo (Johnson, 2008). De acordo com a presente teoria, todos os organismos biológicos se desenvolvem dentro do contexto de sistemas ecológicos que interagem entre si (Feldman, Olds & Papalia, 2009; Feldman, Martorell & Papalia, 2013; Kipp & Shaffer, 2010). Assim, para que seja possível compreender o ser humano, é necessário ter em consideração todo o sistema bioecológico que o envolve, aquando do seu desenvolvimento (Bennetti, Crepaldi, Schneider & Vieira, 2013).

A teoria pertencente a Brofenbrenner (1979) defende que o contexto e os processos proximais consistem em elementos que exercem uma forte influência ao nível do desenvolvimento humano. Este autor afirma que o ser humano possui a capacidade de alcançar consciência emocional e intelectual, tornando-se num protagonista que influencia o seu meio social e que é ativo em relação ao seu desenvolvimento (Bennetti et al., 2013).

De acordo com Brofenbrenner, o indivíduo não é simplesmente uma resposta do desenvolvimento, mas também um formador deste (Feldman, Olds & Papalia, 2009). Deste modo, verifica-se que o desenvolvimento humano resulta de interações contínuas e que é contextualizado, sendo que o sujeito não é um ser passivo, mas que participa no seu próprio processo de desenvolvimento, sendo também dependente dos indivíduos que interagem consigo (Bennetti et al., 2013). De acordo com Brofenbrenner (1979), a

interação existente entre o indivíduo e o ambiente caracteriza-se pela existência de reciprocidade. Assim, o indivíduo molda-se e modifica o ambiente no qual se encontra inserido, e o ambiente também possui influência ao nível do seu desenvolvimento, existindo uma interação mútua e recíproca.

A teoria de Bronfenbrenner foi revista e reformulada de forma constante no decorrer da sua carreira. O primeiro modelo, delineado por este autor em 1979, denominava-se de modelo ecológico e enfatizava o ambiente como o ingrediente fundamental para a compreensão acerca do desenvolvimento do indivíduo. Posteriormente, a sua teoria evoluiu e tornou-se mais ampla, sendo que este autor propôs o modelo PPCT, composto por quatro aspectos que se encontram interrelacionados e que consistem no processo, na pessoa, no contexto e no tempo. Esta evolução teórica atribuiu um maior enfoque à pessoa e às suas disposições, tendo em consideração a dimensão tempo e a interação existente entre a pessoa e o contexto. Esses ajustes realizados no modelo original deram origem à atual Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (Bennetti et al., 2013).

O modelo bioecológico concebe de forma mais aprofundada as propriedades da pessoa e os processos de desenvolvimento. De acordo com o modelo ecológico, o desenvolvimento é um processo que ocorre aquando da interação do indivíduo com o ambiente, assim como através das relações entre os contextos mais amplos. O modelo bioecológico propôs-se a estudar de forma mais detalhada as características biopsicológicas do ser humano em desenvolvimento, concebidas em constante movimento processual. Assim, o modelo bioecológico procura explicar as componentes fundamentais das interações no desenvolvimento humano, propondo a atribuição de uma maior ênfase à compreensão relacional das dimensões e propriedades do indivíduo e dos contextos nos quais este se encontra inserido (Juliano & Yunes, 2015).

Como referido anteriormente, o modelo PPCT é constituído por quatro níveis que se encontram interrelacionados e que consistem na pessoa, no processo, no contexto e no tempo. A pessoa encontra-se associada ao fenómeno de constâncias e de mudanças que ocorrem na vida do indivíduo que se encontra em desenvolvimento, no decorrer da sua existência. A abordagem reformulada desta teoria ressalta a importância de se ter em consideração as características do sujeito em desenvolvimento, como por exemplo as suas crenças, o seu temperamento e as suas motivações. De acordo com o autor, as

características do indivíduo possuem influência na forma como este experiencia os contextos, assim como no tipo de contextos em que este se encontra integrado. O autor atribui relevância às características do tipo pessoais, como a cor da pele, defendendo que estas podem influenciar a forma como os outros indivíduos se relacionam com a pessoa em desenvolvimento. No entanto, nenhuma destas características, de forma isolada, pode exercer influência sobre o desenvolvimento do sujeito (Martins & Szymanski, 2004).

O processo encontra-se associado às relações existentes entre os distintos níveis e é constituído pelos papéis e pelas atividades diárias do indivíduo que se encontra em desenvolvimento. Para que seja possível o indivíduo desenvolver-se intelectualmente, emocionalmente, socialmente e moralmente, é necessário que este participe de forma ativa em interações progressivamente mais complexas e recíprocas, com outros indivíduos, com objetos ou com símbolos, num ambiente imediato. A interação, para que seja satisfatória, tem que ocorrer numa base regular e durante um determinado período de tempo, sendo que as formas duradouras de interação no ambiente imediato se denominam de processos proximais (Bronfenbrenner, 1994 cit in. Martins & Szymanski, 2004) que, de acordo com este autor, consistem no motor do desenvolvimento. O poder, o conteúdo e a direção que os processos proximais possuem para promover o desenvolvimento do indivíduo, apresentam variações dependendo das características do sujeito, dos contextos nos quais este se encontra inserido, das continuidades sociais e das mudanças que ocorrem através do tempo, e do período histórico no qual este vive. O contexto consiste no meio ambiente global no qual o indivíduo se encontra inserido e onde ocorrem os processos proximais (Martins & Szymanski, 2004).

Bronfenbrenner identificou cinco sistemas contextuais integrados que consistem no microsistema, no mesossistema, no exossistema, no macrosistema (Bronfenbrenner, 1979; Christensen, 2016; Feldman, Olds & Papalia, 2009) e no cronossistema (Feldman, Olds & Papalia, 2009). O ambiente ecológico é concebido por Bronfenbrenner como um conjunto de estruturas concêntricas que se movem de um nível mais interno para superfícies externas, que possuem uma maior amplitude. Estes sistemas propostos pelo autor envolvem a pessoa em crescimento (Bennetti et al., 2013), influenciando-se mutuamente (Martins & Szymanski, 2004).

O microsistema encontra-se associado ao padrão de atividades, papéis e relações pessoais que ocorrem dentro de um determinado ambiente (Feldman, Olds & Papalia, 2009; Kipp & Shaffer, 2010) que possui características físicas e materiais específicas (Bronfenbrenner, 1979). Assim, verifica-se que o microsistema consiste num ambiente no qual o indivíduo pode estabelecer interações face a face, sendo que, a família, a escola, o contexto laboral, entre outros, assumem-se como exemplos de microsistemas nos quais o sujeito pode encontrar-se inserido (Blades, Cowie & Smith, 2015; Juliano & Yunes, 2015). De acordo com Bronfenbrenner (1979), o microsistema possui elementos que influenciam o desenvolvimento psicológico do sujeito, nomeadamente as atividades, os papéis e as relações interpessoais. O microsistema consiste, deste modo, no conjunto de estruturas com as quais o indivíduo possui contacto e nas influências bidirecionais entre o sujeito em desenvolvimento e essas mesmas estruturas (Johnson, 2008).

O mesossistema consiste na interação existente entre dois ou mais microsistemas nos quais o indivíduo em se encontra integrado (Arditti, 2005; Bennetti et al., 2013; Blades, Cowie & Smith, 2015; Bronfenbrenner, 1979; Feldman, Olds & Papalia, 2009) e engloba as influências bidirecionais existentes nesses contextos (Johnson, 2008), por exemplo, entre a família e a escola. Assim, o mesossistema encontra-se associado às inter-relações entre os contextos nos quais a pessoa em desenvolvimento participa, e cujas interações podem ser promotoras ou desinibidoras do desenvolvimento (Bennetti et al., 2013; Bronfenbrenner, 1979). Quando o indivíduo é inserido num novo contexto, o mesossistema é formado ou ampliado (Martins & Szymanski, 2004), sendo que, em suma, este consiste num sistema de microsistemas (Arditti, 2005).

O exossistema, tal como o mesossistema, consiste nas ligações existentes entre dois ou mais ambientes. No entanto, ao contrário do que ocorre no mesossistema, pelo menos um desses ambientes não envolve o indivíduo e, por este motivo, apenas o afeta de forma indireta (Feldman, Olds & Papalia, 2009; Martins & Szymanski, 2004). Assim, de acordo com Juliano e Yunes (2015), o exossistema diz respeito a um ou mais ambientes que não envolvem o indivíduo como um participante ativo (Bronfenbrenner, 1979; Johnson, 2008), mas que o influenciam enquanto ser humano (Blades, Cowie & Smith, 2015). No exossistema ocorrem determinados eventos que afetam ou são afetados pelo ambiente no qual o indivíduo em desenvolvimento se encontra inserido

(Juliano e Yunes, 2015). Deste modo, verifica-se que o exossistema exerce uma influência unidirecional, que direta ou indiretamente possui impacto no indivíduo em desenvolvimento (Johnson, 2008).

O macrossistema envolve todos os outros ambientes (Martins & Szymanski, 2004), encontra-se associado aos padrões culturais gerais e integra os valores dominantes, as crenças, os costumes e os sistemas políticos, económicos e sociais de uma determinada cultura ou subcultura, que influenciam o quotidiano do indivíduo (Arditti, 2005; Blades, Cowie & Smith, 2015; Feldman, Olds & Papalia, 2009; Johnson, 2008). Assim, de acordo com Brofenbrenner (1979), o macrossistema refere-se à consistência observada numa determinada cultura ou subcultura na forma e no conteúdo dos seus microssistemas, mesossistemas e exossistemas constituintes, assim como a qualquer sistema de crença ou ideologia subjacente a essas consistências. De uma forma sucinta, os macrossistemas influenciam de forma unidirecional o desenvolvimento do indivíduo, possuindo ainda influência sobre restantes níveis sistémicos (Arditti, 2005; Johnson, 2008). O modelo de Brofenbrenner ilustra, por exemplo, como uma determinada decisão ou mudança no macrossistema afeta os restantes sistemas existentes (Blades, Cowie & Smith, 2015).

O cronossistema acrescenta a dimensão tempo, que se encontra associada ao grau de estabilidade ou mudança no mundo de um determinado indivíduo (Feldman, Olds & Papalia, 2009). Assim, o cronossistema pode ser entendido como o desenvolvimento no sentido histórico (Martins & Szymanski, 2004) e acrescenta a dimensão tempo às restantes estruturas existentes. Este procede à captação das mudanças do meio, isto é, ao grau de estabilidade ou às mudanças na vida dos sujeitos face aos eventos ambientais, e às transições que ocorrem no decorrer da existência, que produzem determinadas condições que afetam o desenvolvimento dos indivíduos. O cronossistema consiste no efeito do tempo sobre outros sistemas, cujas dimensões se encontram vinculadas aos atributos da pessoa, aos processos proximais e aos parâmetros do contexto. Torna-se fundamental realçar que essas mudanças podem ser impostas por condições que são externas ao sujeito, ou podem advir de condições internas ao organismo, tendo em consideração os indivíduos possuem a capacidade de selecionar, modificar e criar a maioria das suas experiências (Bennetti et al., 2013).

Neste sentido, verifica-se que o desenvolvimento ocorre através da interação do indivíduo em desenvolvimento e os cinco contextos referidos anteriormente, o micro, o meso, o exo, o macro e o cronossistema que são flexíveis e interagem de forma contínua (Feldman, Olds & Papalia, 2009), influenciando-se mutuamente (Arditti, 2005; Bennetti et al., 2013). De acordo com o autor, os diferentes tipos de ambientes nos quais o indivíduo se encontra inserido, originam distintos padrões de papéis, atividades e relações entre as pessoas que neles participam (Bronfenbrenner, 1994 cit in. Martins & Szymanski, 2004).

A principal contribuição da presente teoria encontra-se associada à ênfase colocada na componente social do desenvolvimento, sendo que o indivíduo só pode ser compreendido nos contextos sociais em que se encontra inserido (Christensen, 2016; Feldman, Olds & Papalia, 2009) e que possuem influência ao nível do seu bem-estar biopsicossocial. O indivíduo, de acordo com Bennetti et al., (2013) constrói-se através de relações recíprocas com o meio, sendo influenciado pelos significados que se encontram subjacentes a essas interações e que se encontram associados à cultura e aos ingredientes sociais e económicos presentes.

Assim, através do desenvolvimento desta teoria, a pesquisa passou a focar-se nas unidades interacionais mais amplas, ao invés de se focar apenas no sujeito. Esta perspectiva contextual enfatiza também o facto de que as descobertas acerca do desenvolvimento dos indivíduos numa determinada cultura, ou num grupo inserido numa cultura, não podem ser generalizadas a indivíduos de outras sociedades ou grupos culturais (Feldman, Olds & Papalia, 2009).

Assim, Bronfenbrenner propôs uma visão do desenvolvimento humano como o processo de compreensão e de reestruturação do ambiente ecológico que se vai progressivamente complexificando. Em diversas situações, no decorrer do processo de desenvolvimento, o indivíduo é confrontado com desafios e possui a necessidade de se adaptar, sendo desta forma que se desenvolve. Deste modo, de acordo com o autor, observar a forma como o indivíduo gere o processo de mudança é imprescindível para o compreender (Blades, Cowie & Smith, 2015).

No decorrer do processo do desenvolvimento do ser humano, estão presentes determinados fatores de risco que podem influenciar de forma negativa o bem-estar de um dado indivíduo, originando determinadas formas de psicopatologia (Feldman,

Martorell & Papalia, 2013). Estas doenças ou perturbações podem surgir de forma mais ou menos repentina, após um período de desenvolvimento normal e ajustado, ou podem surgir e confundir-se com o próprio processo de desenvolvimento (Godinho & Paulino, 2016).

Psicopatologia

Conceito de normalidade em psicopatologia

Não existe um consenso entre os distintos autores relativamente aos conceitos de saúde e de normalidade em psicopatologia, sendo possível verificar-se diversas controvérsias no âmbito desta temática (Dalgarrondo, 2008; Fridlund, Gleitman & Reisberg, 2014). Em situações extremas, nas quais as alterações comportamentais e mentais possuem uma intensidade acentuada e uma longa duração, o delineamento das fronteiras existentes entre o normal e o patológico torna-se mais simplificado. Contudo, existem diversos casos limítrofes, nos quais a delimitação entre formas de sentir e de se comportar normais e patológicas adquire uma maior complexidade (Dalgarrondo, 2008).

Existem diversos critérios de normalidade que se podem destacar. Determinados autores consideram que aquilo que é designado de psicopatologia engloba apenas comportamentos normais que se afastam da norma no que diz respeito à sua frequência ou à sua intensidade, estando essencialmente associados a um desvio estatístico (Fridlund, Gleitman & Reisberg, 2014). Deste modo, de acordo com o critério estatístico ou quantitativo (Cheniaux, 2015; Godinho & Paulino, 2016), o conceito de normalidade encontra-se associado àquilo que é comum e que se encontra próximo da norma (Cheniaux, 2015) e aplica-se especialmente a fenómenos quantitativos, que possuem uma determinada distribuição na população em geral. No entanto, é possível verificar a existência de determinadas lacunas neste critério, particularmente no que diz respeito à saúde em geral e à saúde mental em particular. Nesta perspetiva, verifica-se que nem tudo o que é frequente é obrigatoriamente saudável e, nem tudo o que é raro, é necessariamente patológico (Dalgarrondo, 2008). Assim, determinados padrões comportamentais podem ser considerados perturbados independentemente da frequência com que ocorrem, podendo constatar-se que o desvio da norma estatística está frequentemente presente na psicopatologia, mas não a caracteriza (Fridlund, Gleitman & Reisberg, 2014).

Para além do critério estatístico de normalidade, existem outros critérios que se destacam (Cheniaux, 2015). Para diversos autores, os distintos tipos de psicopatologia existentes são qualitativamente diferentes da norma e os sintomas podem ser considerados mais do que versões comuns de maior intensidade ou frequência de padrões que ocorrem e que se manifestam naturalmente. Neste sentido, os sintomas são considerados distintos dos padrões normais que ocorrem e constituem doenças verdadeiras (Fridlund, Gleitman & Reisberg, 2014).

Um dos critérios existente consiste no critério subjetivo de normalidade e encontra-se associado ao sujeito que sofre ou que se encontra doente (Cheniaux, 2015). Neste critério é atribuída uma ênfase à percepção subjetiva do indivíduo relativamente ao seu estado de saúde e àquelas que são consideradas as suas vivências subjetivas (Dalgalarrodo, 2008). Assim, é o indivíduo que analisa, em relação a um padrão anterior seu, se existiu um desvio (Godinho & Paulino, 2016). É possível constatar a existência de determinadas lacunas neste critério, sendo que se verifica que existem inúmeros indivíduos que se sentem saudáveis, quando na verdade não o estão. É o caso dos sujeitos que possuem uma perturbação maníaca, que apresentam níveis elevados de bem-estar, não obstante o facto de possuírem uma perturbação mental grave (Cheniaux, 2015; Dalgalarrodo, 2008).

Outros dos critérios consiste no critério da normalidade ideal (Cheniaux, 2015; Godinho & Paulino, 2016), sendo que de acordo com este, é considerado normal aquilo que se encontra em consonância com um determinado padrão funcional classificado como ótimo ou ideal (Cheniaux, 2015), que é socialmente construído e desenvolvido (Dalgalarrodo, 2008). No entanto, é possível verificar que este critério possui como base normas socioculturais arbitrárias que apresentam variações nos distintos locais, ao longo do tempo (Cheniaux, 2015).

O critério de normalidade como bem-estar, encontra-se associado à definição proposta pela Organização Mundial de Saúde para definir o conceito de saúde. De acordo com esta, a saúde encontra-se associada ao completo bem-estar físico, mental e social, e não exclusivamente à inexistência ou à ausência de doença. Este critério é passível de ser criticado, tendo em consideração que o conceito de saúde é tão vasto e impreciso e a existência de um completo bem-estar físico, mental e social tão utópico e

difícil de operacionalizar, que poucos sujeitos seriam considerados saudáveis (Dalgarrondo, 2008; Godinho & Paulino, 2016).

De acordo com o critério da normalidade funcional, um determinado fenómeno é considerado patológico em situações nas quais é disfuncional e produz, conseqüentemente, sofrimento para o próprio indivíduo, para o seu grupo social ou para o contexto no qual este se encontra inserido. Destaca-se ainda o critério da normalidade como liberdade, sendo que, de acordo de determinados autores, a doença mental associa-se à perda de liberdade existencial por parte do sujeito. Por fim, salienta-se a existência do critério da normalidade operacional, que consiste num critério arbitrário que possui uma finalidade pragmática. De acordo com este critério, define-se previamente aquilo que é considerado normal e patológico, e procura-se operacionalizar esses conceitos, aceitando-se as conseqüências da definição prévia existente (Dalgarrondo, 2008).

É assim possível verificar a inexistência de unanimidade relativamente aos critérios de normalidade e de doença em psicopatologia (Fridlund, Gleitman & Reisberg, 2014), sendo que estes sofrem variações em função dos fenómenos específicos que ocorrem no indivíduo e de acordo com as opções do profissional. Em diversos casos, é possível proceder-se à utilização de uma associação de diversos critérios de normalidade ou de doença, de acordo com o objetivo estabelecido. Deste modo, verifica-se que esta consiste numa área controversa da psicopatologia que exige uma postura permanentemente crítica, analítica e flexível por parte dos profissionais (Dalgarrondo, 2008).

Definição de psicopatologia

Nas diversas áreas da medicina, é fundamental o estudo e a descrição dos sintomas e sinais patológicos. À ocorrência simultânea e sistemática de determinados sinais e sintomas, atribui-se o nome de síndromes (Dalgarrondo, 2008; Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2014; Godinho & Paulino, 2016; Valente, 2014) ou de doenças, quando existe um conhecimento prévio acerca da sua etiologia. Por sua vez, para que seja exequível a realização de uma investigação etiológica e terapêutica, é necessária a constituição das síndromes. Em psiquiatria, as entidades nosológicas denominam-se de perturbações, que se constituem como quadros clínicos ou síndromes, nos quais se verifica a ocorrência simultânea de determinados sintomas ou comportamentos

cl clinicamente reconhecíveis, que se encontram associados ao sofrimento e/ ou à interferência nas funções pessoais, sociais ou ocupacionais de um dado sujeito. Existe um desconhecimento ao nível da etiopatogenia das perturbações mentais, existindo nestas uma interação entre fatores biológicos, sociais e psicológicos (Valente, 2014).

As perturbações mentais ocorrem, deste modo, em condições nas quais um determinado sujeito se encontra perturbado, incapacitado ou em risco de danos, independentemente do facto de possuir uma doença, como no caso do alzheimer, ou quando não existe nenhuma doença específica, como no caso de uma fobia de locais fechados (Fridlund, Gleitman & Reisberg, 2014).

Para que seja possível uma compreensão acerca das perturbações mentais existentes, torna-se necessário recorrer à psicopatologia (Valente, 2014), que teve origem, na sua generalidade, na tradição médica, que permitiu uma observação prolongada e cuidadosa de um vasto número de indivíduos com perturbações mentais (Dalgarrondo, 2008). Esta pode ser definida como a ciência que procura estudar ou descrever de forma sistemática os sintomas psíquicos ou as vivências anómalas (Valente, 2014) e as perturbações do funcionamento psicológico (Fridlund, Gleitman & Reisberg, 2014). Assim, verifica-se que o campo da psicopatologia abrange um vasto número de fenómenos humanos associados ao que se denominou, historicamente, de doença mental (Dalgarrondo, 2008).

O termo psicopatologia surgiu no ano de 1817 e foi introduzido pelo autor Jeremy Benthan (Cheniaux, 2015). Este termo provém do grego (Godinho & Paulino, 2016) e é composto três palavras distintas, *psyché*, que significa alma, *pathos* que se encontra associado ao sofrimento e à doença e, por fim, *logos*, que consiste em estudo ou ciência (Cheniaux, 2015). Traduzido de forma literal, este termo significa o estudo da patologia do espírito (Correia & Sampaio, 2014). Não obstante o facto de ter sido o autor Jeremy Benthan a propor o termo, Esquirol e Griesinger, que procederam à publicação de diversos trabalhos acerca do tema, é que são efetivamente considerados os criadores da psicopatologia (Cheniaux, 2015).

A psicopatologia consiste no conjunto de conhecimentos associados ao adoecimento mental do ser humano (Dalgarrondo, 2008) e procura estudar, de forma sistemática e aprofundada, as vivências, cognições e comportamentos que resultam da existência de uma mente perturbada (Correia & Sampaio, 2014). Esta visa, deste modo,

investigar os estados mentais patológicos e as manifestações comportamentais que evidenciam um estado mental patológico ou com determinadas alterações (Demingo, 2018).

Esta disciplina científica, dedica-se ao estudo da doença mental nos seus distintos aspetos e nas suas diferentes áreas, procurando aferir quais as suas causas, as alterações estruturais que se lhe encontram associadas, os seus métodos de investigação e, por fim, as suas formas de manifestação, que se constituem como os sinais e os sintomas (Cheniaux, 2015).

O principal impulsionador do estudo desta área foi Karl Jaspers, um filósofo e psiquiatra alemão que redigiu a obra *A Psicopatologia Geral* (1913), que atualmente é ainda considerada fundamental no que se refere ao estudo da psicopatologia (Correia & Sampaio, 2014; Valente, 2014). Este autor defendia que o objeto de estudo da psicopatologia consiste no ser humano na sua totalidade, não se podendo reduzi-lo, por completo, a conceitos psicopatológicos (Dalgalarrondo, 2008).

A conceptualização realizada por Karl Jaspers acerca da psicopatologia foi influenciada um movimento filosófico que se denomina de fenomenologia, com o qual Karl Jaspers teve contacto através dos documentos redigidos por E. Husserl (Correia & Sampaio, 2014). A psicopatologia possui alguma proximidade e recorre à utilização da fenomenologia, mas estes são conceitos diferenciados, não obstante o facto de em diversas situações, os termos serem utilizados de forma indistinta (Valente, 2014).

De acordo com Jaspers, as manifestações psicopatológicas podem possuir um carácter objetivo ou subjetivo. Enquanto o carácter objetivo destas pode ser observado pelo clínico, é necessário que o seu carácter subjetivo seja aferido através da fenomenologia. Assim, o método fenomenológico possui como principais objetivos a descrição das manifestações psicopatológicas subjetivas, a sua ordenação e classificação e a criação de uma terminologia para as designar (Correia & Sampaio, 2014), consistindo num método empírico que atribui um enfoque às vivências subjetivas conscientes do indivíduo, descritas pelo próprio (Cheniaux, 2015). De acordo com a visão fenomenológica, para compreender o indivíduo, não importa tanto a sua realidade objetiva, isto é, os acontecimentos que o sujeito vive ou percebe, mas sim a forma como este os vivencia e a verdade que este possui acerca daquilo que o rodeia (Godinho & Paulino, 2016). Assim, este autor fornecia uma maior importância à forma em

detrimento do conteúdo, sendo que, por exemplo, este atribuía uma maior ênfase à existência da alucinação e à sua descrição, do que àquilo que efetivamente era percebido pelo sujeito no decorrer da alucinação (Valente, 2014).

Um dos aspetos que possui maior relevância na obra de Jaspers consiste no desenvolvimento de um método psicopatológico. De acordo com este autor, os principais objetivos da metodologia psicopatológica consistem na apreensão e exploração dos sintomas do indivíduo, desconsiderando determinados fatores e influências externas que possam contaminar o processo psicopatológico, tais como preconceitos e pressupostos teóricos, filosóficos ou religiosos (Correia & Sampaio, 2014). Verifica-se, deste modo, que a perspetiva fenomenológica se encontra associada à descrição objetiva, tanto quanto possível sem a influência de teorias pré-existentes, dos estados anormais da mente, auxiliando o esclarecimento da perturbação mental pela definição das suas características principais e pela compreensão daquilo que o indivíduo experiencia (Godinho & Paulino, 2016). Para que seja possível aceder aos fenómenos subjetivos, a fenomenologia recorre à empatia, que consiste num instrumento clínico que possibilita a avaliação das manifestações subjetivas da mente (Correia & Sampaio, 2014). Assim, verifica-se que, de acordo com esta perspetiva, a mera observação objetiva do comportamento do indivíduo não permite um conhecimento aprofundado acerca do fenómeno psicopatológico (Cheniaux, 2015).

Principais campos e tipos de psicopatologia

A psicopatologia, de uma forma geral, encontra-se associada a múltiplas abordagens e a diversos referenciais teóricos (Cheniaux, 2015; Dalgarrondo, 2008; Deminco, 2018). As diversas abordagens existentes no contexto do modelo patológico consistem em conjuntos de crenças sobre a forma correta de classificação das perturbações mentais, acerca da sua etiologia e da forma como se desenvolvem e sobre a intervenção mais adequada a realizar no seu âmbito. Alguns destes modelos possuem uma maior utilidade do que os restantes, sendo que mesmo aqueles que são considerados mais úteis, aplicam-se apenas a um número limitado de perturbações mentais (Fridlund, Gleitman & Reisberg, 2014). No entanto, é necessária a aceitação, no ramo da psicopatologia, da convivência destes modelos tão distintos que são, em diversas situações, complementares e não redutíveis uns aos outros (Godinho & Paulino, 2016).

De acordo com Cheniaux (2015) as psicopatologias podem ser subdivididas entre dois grupos distintos, as psicopatologias explicativas e as psicopatologias descritivas (Correia & Sampaio, 2014). As psicopatologias explicativas possuem como base modelos teóricos ou conclusões experimentais (Berrios, 2012; Correia & Sampaio, 2014) e procuram esclarecimentos relativamente à etiologia das perturbações mentais, podendo ainda reger-se de acordo com uma orientação biológica, psicodinâmica, cognitiva, existencial, social, entre outras. Por sua vez, as psicopatologias descritivas dizem respeito à descrição e à categorização precisa de manifestações psicopatológicas objetivas, que poderão ser observadas por parte do clínico e às quais, comumente, se designa de sinais, e de manifestações psicopatológicas subjetivas, que poderão ser verbalizadas por parte do indivíduo, e às quais, habitualmente, se designa de sintomas. Deste modo, a psicopatologia descritiva pode ser definida como um conjunto sistemático de princípios gerais e de regras de aplicação, que possuem como função a descrição de determinados aspetos do comportamento que resultam de uma disfunção orgânica, ou psíquica (Correia & Sampaio, 2014). A psicopatologia descritiva concede uma interface dinâmica entre o observador e os fenómenos psicopatológicos, sendo que entre as psicopatologias descritivas se pode salientar a psicopatologia fenomenológica (Berrios, 2012). De acordo com Correia e Sampaio (2014), a evolução da psicopatologia descritiva tem-se sustentado em diversos pressupostos, nomeadamente, a existência de estabilidade das manifestações psicopatológicas, a associação duradoura entre as entidades nosológicas e as manifestações que sustentam o seu diagnóstico e a crença de que as manifestações psicopatológicas são sinais de uma disfunção orgânica interna, clinicamente reconhecida, não obstante o facto de existir uma contribuição de fatores psicossociais. A psicopatologia explicativa e a psicopatologia descritiva não se excluem, existindo uma complementaridade entre ambas (Cheniaux, 2015).

Já de acordo com Dalgarrondo (2008), a psicopatologia consiste numa área multifacetada e complexa, pelo que não se encontra apenas associada a uma conceção teórica. Nesta perspetiva, este autor distingue a existência de distintas correntes de psicopatologia, nomeadamente a psicopatologia descritiva e a psicopatologia dinâmica. De acordo com a sua visão, a psicopatologia descritiva procura estudar a forma das alterações psíquicas, a estrutura dos sintomas existentes e aquilo que caracteriza e distingue a vivência patológica. Já a psicopatologia dinâmica encontra-se relacionada com os conteúdos da vivência do indivíduo, com os seus movimentos de afetos, desejos

e temores internos, e com a sua experiência pessoal, não necessariamente classificável em sintomas descritos de forma prévia. De acordo com a perspectiva deste autor, uma prática adequada em saúde mental combina, de forma equilibrada, uma abordagem descritiva, diagnóstica e objetiva, e uma abordagem dinâmica e subjetiva do sujeito. Para além desta diferenciação, este autor distingue ainda a existência da psicopatologia médica e da psicopatologia existencial. A perspectiva médica enfatiza a noção do ser humano centrado no corpo e da existência do ser biológico. De acordo com esta corrente, o adoecimento mental encontra-se associado ao funcionamento cerebral desajustado, a uma desregulação ao nível do aparelho biológico do indivíduo. Já na perspectiva existencial é enfatizada a existência singular do sujeito que, não obstante o facto de, na sua dimensão básica, ser apenas natural e biológico, é fundamentalmente histórico e humano. De acordo com esta visão, o indivíduo constrói-se e desenvolve-se através das suas experiências particulares e singulares e da relação que estabelece com outros sujeitos, sendo que a doença mental, nesta perspectiva, não é encarada como uma disfunção biológica ou psicológica, mas como uma forma particular de existência ou como um modo de ser no mundo.

Verifica-se ainda a existência de uma psicopatologia comportamental-cognitivista e de uma psicopatologia psicanalítica (Fridlund, Gleitman & Reisberg, 2014). De acordo com a visão comportamental, o sujeito é influenciado por determinados estímulos específicos e gerais e por certos determinantes e leis que regulam o seu comportamento. Já segundo a perspectiva cognitiva, que se encontra associada à visão comportamental, existe um enfoque nas representações cognitivas conscientes de cada indivíduo, que são essenciais ao funcionamento mental, normal e patológico. Assim, nesta perspectiva, os sintomas resultam de comportamentos e de representações cognitivas disfuncionais e desajustados, que são aprendidos e reforçados pelo contexto sociocultural do sujeito (Dalgalarondo, 2008). De acordo com esta visão, determinadas perturbações mentais possuem como causa padrões de pensamentos desajustados. Os terapeutas cognitivo-comportamentais intervêm ao nível das perturbações mentais, procurando modificar a forma como o indivíduo pensa acerca de si próprio, sobre as suas condições de vida e acerca do seu futuro (Fridlund, Gleitman & Reisberg, 2014).

Já de acordo com a perspectiva psicanalítica, o ser humano é considerado como um ser determinado, que é regido por forças, desejos e conflitos inconscientes

(Dalgarrondo, 2008) e as perturbações mentais resultam de conflitos psicológicos internos, que têm origem nas experiências vivenciadas durante o período da infância (Fridlund, Gleitman & Reisberg, 2014). Assim, a sintomatologia psicopatológica e as perturbações mentais são consideradas formas de expressão de conflitos, de desejos e de temores que são predominantemente inconscientes, sendo que, de acordo com esta perspectiva, o sintoma consiste numa formação de compromisso entre o desejo inconsciente, as normas e permissões culturais e, as possibilidades reais de satisfação desse desejo (Dalgarrondo, 2008). Existem diversos tipos de modelos psicodinâmicos, nomeadamente o modelo psicanalítico clássico desenvolvido por Sigmund Freud e pelos seus colegas. Este modelo enfatiza o papel da repressão de instintos sexuais e de instintos agressivos na psicopatologia (Fridlund, Gleitman & Reisberg, 2014). A psicopatologia, na perspectiva psicodinâmica, é avaliada através da descrição por parte do paciente das suas experiências mentais e pela observação do comportamento deste por parte do clínico, sendo que esta procura ainda explicar as causas que estão na origem da existência dos acontecimentos mentais anormais, enfatizando essencialmente os processos mentais inconscientes (Godinho & Paulino, 2016). As intervenções preferenciais no âmbito das perturbações mentais, de acordo com este modelo, consistem em formas de psicoterapia que possuem como base princípios psicanalíticos e cujo objetivo consiste em proporcionar ao sujeito a consciencialização dos seus conflitos internos, procurando remover a causa da patologia existente (Fridlund, Gleitman & Reisberg, 2014).

Constata-se ainda a existência da psicopatologia biológica e da psicopatologia sociocultural. A psicopatologia biológica coloca uma ênfase nos aspetos cerebrais, neuroquímicos e neurofisiológicos das perturbações e da sintomatologia psicopatológica. De acordo com esta visão, a base das perturbações mentais encontra-se associada às alterações existentes ao nível dos mecanismos neuronais do indivíduo e dos circuitos e áreas cerebrais. Numa perspectiva oposta, a psicopatologia sociocultural procura estudar as perturbações mentais como comportamentos desviantes que surgem devido à existência de determinados fatores socioculturais, nomeadamente, a pobreza ou o stress ocupacional. De acordo com esta visão, a sintomatologia psicopatológica e as perturbações mentais devem ser estudadas no contexto sociocultural, simbólico e histórico no qual ocorrem, sendo que a cultura é fundamental na determinação daquilo que é efetivamente normal e daquilo que é patológico (Dalgarrondo, 2008).

Classificação das perturbações mentais

As perturbações mentais apresentam variações, nomeadamente no que diz respeito às suas manifestações específicas, à sua gravidade, à sua duração e ao seu prognóstico. Diversos autores procuraram proceder ao estabelecimento de sistemas que permitissem a classificação sistemática das perturbações mentais, de forma semelhante ao que ocorre noutras áreas da medicina. A realização de sistemas que permitem a classificação das perturbações mentais consiste numa tentativa de ordenar em categorias algo que, inicialmente, surge como um conjunto de fenómenos diferenciados. Caso esta categorização seja válida, as perturbações que foram agrupadas de forma conjunta possuirão a mesma causa, o mesmo prognóstico e, possivelmente, tratamentos semelhantes (Fridlund, Gleitman & Reisberg, 2014). Assim, atualmente é fornecida uma importância extrema à construção de sistemas de classificação categórica das perturbações mentais, nomeadamente o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) e a Classificação Internacional das Doenças (CID) que permitem a realização de diagnósticos que possuem uma elevada fiabilidade (Correia & Sampaio, 2014).

O psiquiatra de nacionalidade alemã, Emil Kraepelin deu início à prática do diagnóstico sistemático das perturbações mentais. Tal como na medicina, na psicopatologia, o diagnóstico inicia-se através da realização de uma entrevista, na qual se procura o estabelecimento da relação entre o paciente e o clínico e a respetiva recolha da história clínica do indivíduo. A história clínica engloba uma anamnese cronológica da patologia atual, que inclui a descrição por parte do paciente dos seus problemas, a sua contextualização, isto é, a sua história biográfica pessoal e social, e a realização de um exame do seu estado físico e mental e atual. A recolha da história clínica deve permitir a elaboração de um diagnóstico da patologia, denominado de diagnóstico nosológico, e a obtenção de uma descrição geral do sujeito em questão (Godinho & Paulino, 2016).

Sintomas e sinais psicopatológicos

O primeiro elemento a ter em consideração nas situações nas quais se procede à recolha da história clínica do sujeito, consiste no seu conjunto de queixas, que se denominam de sintomas. De seguida, o clínico deve procurar quaisquer sinais que possam estar relacionados com os sintomas existentes (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2014). No âmbito desta temática, é necessário salientar que sinais, sintomas e comportamentos que surgem de forma isolada não são indicadores da existência de patologia (Godinho & Paulino, 2016). Em determinados casos, os sintomas não correspondem aos sinais existentes, sendo que esta consiste numa discrepância que é necessário que o clínico tenha em consideração. Não é possível, de uma forma geral, afirmar que os sintomas psicopatológicos representam um padrão que é qualitativamente diferente da norma, tendo em consideração que as situações que integram a psicopatologia possuem um carácter bastante heterogéneo (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2014).

Os sintomas que surgem num determinado indivíduo podem ser classificados como primários ou secundários. Estes são considerados primários em situações nas quais existe um funcionamento normal do sujeito e surge a sintomatologia. Em contrapartida, os sintomas assumem um carácter secundário quando surgem na sequência da existência de outro fenómeno psicopatológico (Godinho & Paulino, 2016).

Os sintomas psicopatológicos possuem dois aspetos fundamentais, que se encontram associados à sua forma e ao seu conteúdo. A forma dos sintomas relaciona-se com a sua estrutura básica, que é relativamente semelhante nos distintos indivíduos. O conteúdo da sintomatologia consiste naquilo que preenche a alteração estrutural e é, geralmente, mais particular. O conteúdo desta depende da história de vida do indivíduo, dos contextos nos quais este se encontra inserido e da personalidade prévia à existência da patologia. De uma forma geral, o conteúdo dos sintomas encontra-se associado aos temas centrais da existência humana, nomeadamente à sobrevivência, à segurança, à sexualidade, a determinados temores, como a morte, a doença e a miséria, e, por fim, à religiosidade. Estes temas são fundamentais na constituição da experiência psicopatológica (Dalgarrondo, 2008).

Contexto prisional e psicopatologia

Contexto prisional

A privação de liberdade, imposta por parte do poder judiciário a sujeitos condenados por determinados tipos de crime, possui como objetivo a inibição da prática criminosa, o isolamento de indivíduos que são considerados socialmente perigosos e a sua, conseqüente, reabilitação (Damas & Oliveira, 2013).

O termo arguido refere-se a uma qualificação processual que é atribuída ao indivíduo contra o qual é aberto um inquérito, deduzida acusação ou requerida instrução num processo penal e que, por esse motivo, é considerado suspeito da prática de um determinado crime. Os termos preso e recluso, num sentido amplo, abrangem, para além do condenado a pena de prisão, o arguido que se encontra privado da sua liberdade, em virtude da aplicação de medidas de coação de prisão preventiva ou de obrigação de permanência na habitação. Num sentido restrito, estes termos referem-se ao sujeito condenado a pena de prisão na fase de cumprimento da pena que lhe foi imposta por parte do poder judiciário. O arguido sujeito a prisão preventiva mantém o estatuto de arguido, submetido à medida de coação prisão preventiva, até ao trânsito em julgado da sentença condenatória (Almeida, Prata & Veiga, 2018).

O crime consiste numa ação típica, ilícita, culposa e punível (Almeida, Prata & Veiga, 2018; Dupret & Mendonça, 2018). Este conceito encontra-se associado à conduta humana que afeta de modo particularmente grave bens jurídicos essenciais à subsistência da comunidade (Almeida, Prata & Veiga, 2018).

De acordo com o Código Penal (2018a) existem diversos tipos de crime, salientando-se os crimes contra as pessoas, os crimes contra o património, os crimes contra a identidade cultural e integridade pessoal, os crimes contra a vida em sociedade, os crimes contra o estado e os crimes contra animais de companhia.

Os crimes contra as pessoas abrangem um conjunto de acusações relacionadas com bens pessoais (Almeida, Prata & Veiga). Nos crimes contra as pessoas incluem-se os crimes contra a vida que abrangem o homicídio, que integra o homicídio qualificado, o homicídio privilegiado, entre outros. No âmbito dos crimes contra as pessoas incluem-se ainda os crimes contra a vida intrauterina, que incluem o aborto, os crimes contra a integridade física, que abrangem a ofensa à integridade física simples e a ofensa à

integridade física grave, os crimes contra a liberdade pessoal, que incluem a ameaça, a coação e a perseguição, os crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual, que abrangem a coação sexual, a violação e o abuso sexual de crianças, os crimes contra a honra, que incluem a difamação e a injúria, e os crimes contra a reserva da vida privada, nos quais se destacam a violação de domicílio ou a perturbação da vida privada (Código Penal, 2018b).

Para além dos crimes contra a vida, salientam-se os crimes contra o património, que consistem num conjunto de acusações relacionadas com bens patrimoniais, como a propriedade e certos direitos patrimoniais (Almeida, Prata & Veiga, 2018). Nos crimes contra o património evidenciam-se os crimes contra a propriedade que incluem o furto, o furto qualificado, o furto de uso de veículo, o roubo, o dano, o dano qualificado e o dano com violência. Salientam-se ainda os crimes contra o património em geral, que integram a burla, a burla qualificada, a extorsão e a infidelidade (Código Penal, 2018a; Código Penal, 2018b).

Evidenciam-se ainda os crimes contra a identidade cultural e integridade pessoal e os crimes contra a vida em sociedade, que incluem os crimes contra a família e os crimes contra a ordem e tranquilidade públicas (Código Penal, 2018b).

Relativamente aos crimes contra o estado, estes englobam os crimes contra a segurança do estado, os crimes contra a autoridade pública, os crimes contra a realização da justiça e os crimes cometidos no exercício de funções públicas (Almeida, Prata & Veiga, 2018).

Por fim, salientam-se os crimes contra animais de companhia (Código Penal, 2018a; Código Penal, 2018b), que incluem os maus tratos a animais de companhia e o abandono destes (Almeida, Prata & Veiga, 2018).

A pena e as medidas de segurança constituem-se como espécies de sanção penal (Manzano, 2011). A pena consiste na consequência jurídica do crime, isto é, na consequência jurídica desfavorável da prática culposa de um determinado delito (Almeida, Prata & Veiga, 2018).

Existem diversas medidas de coação aplicadas aquando da prática de um crime, sendo que estas se encontram submetidas ao princípio da legalidade ou da tipicidade, o que significa que apenas são plausíveis se forem previstas na lei. Deste modo, não

podem existir outras medidas que limitem, de forma total ou parcial, a liberdade dos cidadãos (Direito Penal, 2018b). As medidas de coação previstas no Código de Processo Penal consistem no termo de identidade e residência, na caução, na obrigação de apresentação periódica, na suspensão do exercício de profissão, de função, de atividade e de direitos, na obrigação de permanência na habitação e, por fim, na prisão preventiva (Direito Penal, 2018b; Manzano, 2011).

O termo de identidade e residência consiste na primeira medida de coação e naquela que é considerada como menos grave. A sujeição a termo de identidade e residência implica para o arguido a indicação da sua identificação, a indicação da sua residência, local de trabalho ou outro domicílio à sua escolha, a obrigação de comparecer perante a autoridade competente ou de se manter à sua disposição sempre que a lei o obrigar ou for devidamente notificado e, por fim, a obrigação de não mudar de residência nem dela se ausentar por mais de cinco dias sem comunicar a nova residência ou lugar no qual pode ser encontrado. Já a caução, consiste na imposição ao arguido de garantia patrimonial para acautelar o cumprimento das suas obrigações processuais, a comparência em ato processual e o cumprimento de obrigações derivadas de medida de coação que lhe tiver sido imposta (Direito Penal, 2018a; Manzano, 2011). A obrigação de apresentação periódica consiste na obrigação de o arguido proceder à sua apresentação periódica a uma entidade judiciária ou a um certo órgão de polícia criminal em dias e horas preestabelecidos. A suspensão do exercício de profissão, de função, de atividade e de direitos (Direito Penal, 2018b) é aplicável quando o crime praticado pelo arguido for punível com pena de prisão de máximo superior a dois anos, podendo ser cumulável com outras medidas como a obrigação de permanência na habitação (Alves & Gonçalves, 2015). A obrigação de permanência na habitação consiste na obrigação do arguido não se ausentar da habitação própria ou de outra em que de momento reside (Alves & Gonçalves, 2015; Código Penal, 2018b), só podendo dela ausentar-se com autorização judicial (Manzano, 2011). Para a fiscalização do cumprimento desta medida de coação recorre-se à utilização de meios técnicos de controlo à distância, nomeadamente de vigilância eletrónica (Alves & Gonçalves, 2015; Código Penal, 2018b; Manzano, 2011). Por fim, a prisão preventiva consiste numa medida de coação de natureza excecional, necessariamente provisória ou precária, que se encontra associada à privação da liberdade individual (Almeida, Prata & Veiga, 2018; Alves & Gonçalves, 2015). Esta resulta de forma obrigatória de uma decisão

judicial interlocutória e consiste na mais grave das medidas de coação previstas na lei (Alves & Gonçalves, 2015; Redburn, Travis & Western, 2014). A natureza excepcional da prisão preventiva encontra-se associada ao facto de que esta não pode ser decretada, nem mantida, sempre que possa ser aplicada caução ou outra medida mais favorável prevista na lei. Esta é também provisória ou precária, na medida em que, pode ser alterada, revogada, suspensa ou extinta. Para além disso, a aplicação da prisão preventiva a um determinado sujeito resulta da decisão judicial interlocutória, tendo em consideração que tem sempre lugar antes do trânsito em julgado judicial condenatório (Alves & Gonçalves, 2015). Assim, a prisão preventiva pode ser decretada em qualquer etapa da investigação do crime ou do processo penal, até ao trânsito em julgado, sendo que, posteriormente, existe o cumprimento da pena na prisão. Decreta-se prisão preventiva para garantia da ordem pública devido à existência de antecedentes ou de reincidência. No entanto, ainda que o indivíduo tenha cometido o crime pela primeira vez e possua bons antecedentes, esta medida pode ser aplicada, dependendo da espécie de crime cometido, se este for cometido mediante violência ou grave ameaça à pessoa, e das circunstâncias em que foi praticado (Manzano, 2011). A prisão preventiva está prevista se se considerarem inadequados ou insuficientes os tipos de coação referidos anteriormente (Almeida, Prata & Veiga; Alves & Gonçalves, 2015). Os estabelecimentos prisionais, consistem nos locais destinados aos arguidos que cumprem pena de prisão resultante da sua condenação transitada em julgado pelo crime de que foram acusados na audiência de discussão e no julgamento, ou àqueles a quem seja aplicada, no decurso do processo, a medida de coação de prisão preventiva (Almeida, Prata & Veiga).

A aplicação da liberdade condicional a um condenado apenas ocorre se determinado período da pena se encontrar cumprido e se for de esperar, tendo em consideração as circunstâncias do caso, a vida anterior, a personalidade e a evolução desta durante a execução da pena de prisão, que o condenado, quando se encontrar em liberdade, conduzirá a sua vida de modo socialmente responsável, sem cometer crimes e se a libertação se revelar compatível com a defesa da ordem e da paz social (Código Penal, 2018b).

Historicamente, a inserção no contexto prisional tinha como objetivo a punição dos indivíduos que haviam prejudicado a sociedade, através do ato de infligir sofrimento no corpo dos reclusos (Fuentes, Giacóia & Hammerschmidt, 2011; Nunes &

Rosa, 2014; Tomar, 2013). No entanto, atualmente, a inserção no contexto prisional não se encontra já associada a formas acentuadas de punições corporais, mas a um recurso que procura trabalhar determinados aspetos psicológicos do sujeito através da abordagem de três áreas fundamentais, que consistem na punição, na dissuasão e na reabilitação. A interligação das três áreas anteriormente mencionadas num processo único, possui como objetivo permitir que os indivíduos sejam retirados de uma posição em que existe a possibilidade de estes darem continuidade ao seu comportamento criminoso, inseri-los numa instituição que satisfaça a sociedade que exige algum tipo de retribuição ou de punição pela prática de um determinado crime, persuadir os reclusos de que as ações realizadas por estes não são efetivamente benéficas e, ao longo de um dado período de tempo, torná-los em cidadãos que produzem e que cumprem a lei, através da realização de um condicionamento psicológico positivo, que possui como objetivo a reintegração do indivíduo na sociedade (Tomar, 2013) e a sua reabilitação (Redburn, Travis & Western, 2014; Tomar, 2013).

A reabilitação neste contexto constitui-se como um desafio, tendo em consideração que, para que seja possível a sua realização, são necessárias determinadas condições das infraestruturas, da organização destas e dos serviços (Damas & Oliveira, 2013; Fuentes, Giacóia & Hammerschmidt, 2011). Numa perspetiva mais ampla, os estabelecimentos prisionais que possuem como objetivo proporcionar a reabilitação dos reclusos, devem promover um ambiente favorável, que integre o acesso dos indivíduos a serviços de assistência à saúde, a apoios psicossociais, pedagógicos e laborais e a atividades desportivas e de lazer. Neste sentido, verifica-se que a ressocialização dos reclusos depende das condições de saúde existentes no contexto prisional, sendo que as componentes psicossocial, pedagógica, laboral, jurídica e da assistência médica devem ser complementadas com ações promotoras de inclusão social (Damas & Oliveira, 2013). A ressocialização encontra-se associada à finalidade de reintegração do arguido na sociedade, após a condenação (Almeida, Prata & Veiga, 2018). A função ressocializadora presente neste contexto encontra-se, assim, relacionada com o facto de o sistema prisional ter como obrigação a transmissão, aos indivíduos reclusos, de novos estilos comportamentais, para que no futuro estes sejam novamente integrados na sociedade e realizem escolhas mais adaptativas e ajustadas (Ferreira, Novais & Santos, 2010).

Na teoria, este processo funciona de forma satisfatória. No entanto, na realidade, existe uma ampla variedade de experiências psicológicas negativas associadas ao contexto prisional que não permitem o cumprimento destes objetivos estruturados (Tomar, 2013). Ghisleni (2014) defende que a função ressocializadora do contexto prisional consiste num mito, tendo em consideração que privar o recluso do convívio social resulta numa rejeição deliberada por parte da sociedade. Para além disso, verifica-se que a inserção em contexto prisional se encontra associada à exclusão e ao isolamento do indivíduo sendo, desta forma, incoerente, a ideia de que existe uma função ressocializadora na privação da sua liberdade (Fuentes, Giacóia & Hammerschmidt, 2011).

Assim, atualmente, verifica-se que os estabelecimentos prisionais se constituem como contextos nos quais ocorrem constantes violações dos direitos humanos (Damas & Oliveira, 2013; Ghisleni, 2014). Estas violações contribuem para a impossibilidade da realização de um processo de reabilitação adequado dos reclusos (Damas & Oliveira, 2013; Ghisleni, 2014; Fuentes, Giacóia & Hammerschmidt, 2011). Nesta perspetiva, é possível constatar que os reclusos inseridos no contexto criminal, não são apenas privados da sua liberdade, como ainda adquirem um estado de saúde debilitado no decorrer da sua inserção e da sua permanência neste contexto (Damas & Oliveira, 2013; Ghisleni, 2014).

Em Portugal, o sistema prisional, os processos que lhe são inerentes e os efeitos da inserção em contexto prisional consistem num tema pouco abordado e estudado. Atualmente, existe uma tentativa de compreensão cada vez maior acerca do sistema punidor e ressocializador, e das dinâmicas envolvidas neste, nomeadamente no que diz respeito ao recluso e à sua adaptação, à delinquência, ao crime e à punição (Ferreira, Novais & Santos, 2010).

Efeitos da inserção em contexto prisional

Os efeitos da inserção no contexto prisional encontram-se associados às formas através das quais o indivíduo é influenciado pelo facto de se encontrar em reclusão. Durante a última metade do século XIX e no decorrer do século XX, que consistiu num período considerado como a era da reabilitação, os autores acreditavam que as instituições prisionais poderiam ser organizadas e estruturadas de forma a produzir efeitos positivos nos sujeitos que se encontravam em reclusão. Durante esses anos, a

existência do contexto prisional era justificada, em grande parte, devido ao facto de possuir a capacidade de reduzir a reincidência dos criminosos, isto é, de realizar modificações benéficas nos reclusos, diminuindo conseqüentemente a sua probabilidade de praticar crimes no futuro, aquando da sua reinserção na sociedade. No entanto, diversos desenvolvimentos que ocorreram nesta área, originaram uma mudança ao nível deste enfoque específico nos efeitos da inserção em contexto prisional. A elaboração de uma pesquisa sistemática que procurou abordar a utilidade e os benefícios dos programas de reabilitação e explorar se estes possuíam efeitos ao nível da redução da reincidência dos reclusos, conduziu a um aumento do ceticismo relativamente à sua utilidade, sendo que a eficácia da reabilitação demonstrou uma maior complexidade do que aquela que se pensava, inicialmente, que teria. Para além destes resultados, verificou-se um aumento ao nível do conhecimento sociológico e psicológico acerca dos efeitos das instituições, nomeadamente dos estabelecimentos prisionais, no funcionamento psicológico humano, que conduziu a uma análise mais crítica da inserção em contexto prisional. Por volta do ano de 1970 abandonou-se a reabilitação como meta principal da inserção no contexto prisional (Haney, 2012), sendo que as investigações se têm focado nos efeitos negativos ou potencialmente negativos da inserção neste contexto, ao invés de se focarem nos benefícios esperados (Fuentes, Giacóia & Hammerschmidt, 2011; Haney, 2012).

Os estabelecimentos prisionais consistem em instituições que se encontram associadas a condições humanas e materiais desfavoráveis (Fuentes, Giacóia & Hammerschmidt, 2011) e que podem originar nos reclusos diversas conseqüências físicas, psicológicas e comportamentais (Fuentes, Giacóia & Hammerschmidt, 2011; Redburn, Travis & Western, 2016). Os efeitos que ocorrem no contexto prisional podem ser descritos de duas formas distintas que se encontram interligadas. A primeira forma aborda os efeitos diretos, negativos ou potencialmente prejudiciais do sofrimento associado à inserção no contexto prisional, nomeadamente a forma como as privações e os traumas vivenciados no interior do meio prisional produzem reações adversas e conseqüências negativas para os reclusos que se encontram inseridos neste contexto. O segundo tipo de efeito que ocorre no contexto prisional engloba as mudanças psicológicas subtis que se verificam, em diversos casos, nos reclusos e que permitem que estes sobrevivam e se adaptem às normas rígidas deste contexto (Haney, 2012; Redburn, Travis & Western, 2016). Este tipo de efeito representa uma forma específica

de socialização, associada a determinadas acomodações psicológicas que ocorrem no sujeito em situações nas quais este procura adaptar-se às exigências formais e informais das instituições e dos contextos sociais nos quais se encontra inserido (Haney, 2012; Fuentes, Giacóia & Hammerschmidt, 2011; Redburn, Travis & Western, 2016). Este fenómeno de adaptação denomina-se de institucionalização, quando ocorre em ambientes institucionais na sua generalidade (Haney, 2012), e de prisionização, quando ocorre em estabelecimentos prisionais (Fuentes, Giacóia & Hammerschmidt, 2011; Haney, 2012). Deste modo, verifica-se que a prisionização consiste na adaptação do recluso à vida no contexto prisional, existindo por parte deste uma assimilação dos seus valores, que são opostos aos que se encontram implementados na comunidade em geral (Fuentes, Giacóia & Hammerschmidt, 2011).

O cumprimento da pena pelo crime cometido e a forma como cada sujeito lida com esse cumprimento apresenta diversas variações, sendo influenciado pela natureza do crime, pela classe social à qual o sujeito pertence, pelo facto de este se encontrar inserido no contexto prisional devido à imposição de terceiros, entre outros aspetos (Ferreira, Novais & Santos, 2010). A inserção em contexto prisional acarreta privações materiais, de liberdade e de movimento extremamente restritas (Ghisleni, 2014; Haney, 2012), falta de atividade significativa, uma inexistência quase total de privacidade, níveis elevados de incerteza pessoal, e perigo e medo constantes para o indivíduo (Haney, 2012). Para além disso, esta encontra-se também associada à rutura das relações interpessoais e dos laços familiares (Fuentes, Giacóia & Hammerschmidt, 2011; Prakash, Sengar, Sharma & Singh, 2015) e à abstinência sexual (Fuentes, Giacóia & Hammerschmidt, 2011). Estes fatores desencadeadores de stress psicológico podem influenciar de forma negativa o bem-estar emocional dos reclusos, particularmente se forem experienciados em graus acentuados e por longos períodos de tempo (Haney, 2012). Assim, verifica-se que estes fatores possuem um efeito prejudicial sobre a personalidade do sujeito que se encontra em reclusão, reforçando a sua baixa autoestima e criando ou agravando possíveis perturbações que existiam no indivíduo numa fase anterior à inserção no contexto prisional (Fuentes, Giacóia & Hammerschmidt, 2011).

Existem diversas dimensões psicológicas envolvidas no processo de inserção no contexto prisional. Os estabelecimentos prisionais encontram-se associados, em diversos casos, à desistência de poder por parte dos reclusos, que são forçados a abdicar da sua tomada de decisão e da realização das suas escolhas. Esta prática torna-se

extremada neste contexto, tendo em consideração que os reclusos são forçados a abdicar do controlo de aspetos básicos da sua existência, nomeadamente no que diz respeito às suas rotinas diárias, o que pode originar nestes um sentimento de infantilidade. Com o decorrer do tempo inseridos num estabelecimento prisional, a lacuna existente ao nível da autonomia pessoal começa a normalizar-se, sendo que os reclusos começam a depender da estrutura institucional (Haney, 2012; Tomar, 2013) e das tomadas de decisão institucionais para a realização de escolhas, e a confiar na estrutura e nas rotinas institucionais para organizar e programar as suas tarefas quotidianas. O controlo externo existente neste contexto, a perda de autonomia e a dependência da estrutura institucional podem ser tão acentuados, que os reclusos podem apresentar dificuldades em gerir a desestruturação e a imprevisibilidade que são características do mundo exterior. Em casos extremos, estes podem efetivamente perder a capacidade de iniciar projetos e atividades, de recorrer à utilização da sua capacidade de julgamento e de proceder à tomada das suas próprias decisões, podendo envolver-se ou adotar determinados comportamentos desajustados (Haney, 2012).

O contexto prisional engloba elevados níveis de violência (Modvig, 2014; Paterline & Orr, 2016), nomeadamente violência física entre reclusos, violência psicológica, que envolve o bullying ou a humilhação, entre os reclusos, ofensas ou abusos sexuais entre reclusos ou por parte dos funcionários prisionais, violência por parte dos funcionários para com os reclusos, que inclui a utilização da tortura, violência por parte dos reclusos para com os funcionários, nomeadamente através dos motins, e suicídio ou automutilação. A vitimização consiste, assim, num fenómeno que ocorre de forma frequente aos indivíduos que se encontram inseridos no contexto prisional, verificando-se que cerca de 25% dos reclusos são vítimas de violência a cada ano, e entre 4 a 5% experimentam violência sexual (Modvig, 2014). Deste modo, é necessário que estes desenvolvam estratégias para gerirem esta realidade e para se adaptarem. Determinados reclusos identificam alvos que apresentam um maior grau de vulnerabilidade, sendo que este consiste num padrão que efetivamente acarreta consequências negativas para os reclusos mais frágeis. Deste modo, grande parte dos reclusos adaptam-se de forma a não demonstrar as suas vulnerabilidades e uma aparência suscetível a comportamentos intimidatórios, procurando preservar o seu self, para manter o respeito num contexto no qual os comportamentos invasivos e a insubordinação são frequentes e inevitáveis. Determinados reclusos gerem a ameaça

existente de vitimização através da promoção da sua própria reputação direcionada para a resistência, respondendo de forma imediata e agressiva a determinados insultos ou sinais de desrespeito que são insignificantes e recorrendo, inclusivamente, à utilização de força física. Verifica-se que, os perigos e a degradação presentes no contexto prisional são fatores que contribuem de forma direta para a adoção por parte dos reclusos de estratégias de sobrevivência agressivas, e que acarretam consequências negativas para os reclusos que são agredidos. A questão da agressão sexual consiste num exemplo da presença de comportamentos prejudiciais neste contexto que possuem um carácter traumatizante para os reclusos que sofrem deste tipo de violência (Haney, 2012). Existem grupos que possuem um risco acrescido de se constituírem como vítimas de violência, de abuso sexual ou inclusivamente de tortura, nomeadamente os indivíduos que possuem perturbações mentais. Com o objetivo de prevenir a existência de episódios de violência, particularmente com estes grupos, pode-se proceder à identificação dos reclusos que possuem necessidades especiais e que apresentam maior risco de vitimização. Para além disso, pode-se procurar promover um clima positivo nos estabelecimentos prisionais, encorajando-se o respeito, a humanidade e a justiça (Modvig, 2014).

Como já referido anteriormente, os reclusos que interiorizam um vasto conjunto de hábitos, de valores e de perspetivas pertencentes ao contexto prisional, tendem a possuir transições complexas para a comunidade, sendo que os estudos demonstram que a capacidade de adaptação com sucesso ao contexto prisional pode estar inversamente relacionada com o ajustamento posterior ao mundo exterior. A desconfiança generalizada e a tendência para reagir de forma exagerada face a provocações mínimas ou insignificantes são reações funcionais adotadas pelos reclusos inseridos no contexto prisional, mas altamente desajustadas noutros contextos (Haney, 2012). Deste modo, verifica-se que os efeitos persistentes que derivam da inserção no meio prisional podem funcionar como barreiras psicológicas que podem impedir o recluso de se adaptar quando for reinserido na sociedade (Fuentes, Giacóia & Hammerschmidt, 2011; Ghisleni, 2014; Haney, 2012).

De um modo geral, os efeitos da reclusão encontram-se associados às distintas formas através das quais os reclusos são afetados de forma negativa pelos fatores indutores de stress que caracterizam o quotidiano no contexto prisional, nomeadamente o perigo constante, a privação e a degradação e incluem ainda as acomodações que estes

possuem a necessidade de realizar para se ajustarem e para garantirem a sua sobrevivência face às pressões psicológicas presentes neste contexto (Haney, 2012; Redburn, Travis & Western, 2016).

Contexto prisional em Portugal

De acordo com a Direcção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) (2019), em Portugal, os estabelecimentos prisionais encontram-se subdivididos por quatro distritos distintos, o Distrito Judicial do Porto, o Distrito Judicial de Coimbra, o Distrito Judicial de Lisboa e o Distrito Judicial de Évora. Na sua totalidade, existem 49 estabelecimentos prisionais, sendo que 14 destes se encontram localizados no Distrito Judicial do Porto, 9 no Distrito Judicial de Coimbra, 15 no Distrito Judicial de Lisboa, que inclui a região autónoma da Madeira e dos Açores e, por fim, 11 no Distrito Judicial de Évora. Dos 49 estabelecimentos prisionais verifica-se que 43 são considerados de alta segurança.

Os 49 estabelecimentos prisionais existentes possuem uma taxa de ocupação efetiva de 110% e mais de 14 mil reclusos. O período médio de reclusão ronda os 30 meses, que corresponde a mais do triplo da média da europeia, que é de 9,5 meses (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2018).

De acordo com os dados estatísticos publicados pela DGRSP (2019), a 31 de Dezembro de 2018, existiam 12.039 indivíduos do sexo masculino e 828 indivíduos do sexo feminino reclusos nos estabelecimentos prisionais portugueses, o que constituía um total de 12.867 sujeitos inseridos no contexto prisional. Os dados indicam que 10.914 reclusos possuíam nacionalidade portuguesa e que 1.953 reclusos possuíam nacionalidade estrangeira, sendo maioritariamente provenientes de países pertencentes ao continente africano. De acordo com os dados estatísticos, apenas 176 reclusos possuíam idades compreendidas entre os 16 e os 20 anos, sendo que a faixa-etária dos 30 aos 39 anos era a que apresentava uma maior representatividade, com um total de 4.187 reclusos de ambos os sexos. Em relação às habilitações literárias, 11.820 reclusos possuíam habilitações literárias, sendo que destes, apenas 326 possuíam o ensino superior. Relativamente às ações de formação, existiam 3.209 reclusos em formação escolar e 1.129 reclusos em formação profissional. Para além disso, existiam 5.890 reclusos que se encontravam em atividade no contexto prisional. Relativamente à situação penal, no total, 2.196 eram reclusos preventivos e 10.386 eram reclusos

condenados, sendo que os restantes 285 se encontravam sob medidas de segurança. No que diz respeito ao tipo de crime, os crimes contra o património que integram o furto simples e qualificado, o roubo e a burla simples e qualificada, entre outros, eram os mais cometidos, sendo que existiam 3.476 indivíduos inseridos no contexto prisional devido a este tipo de crime. A segunda categoria de crimes mais cometidos consistia nos crimes contra as pessoas que incluem os homicídios, as ofensas à integridade física, a violência doméstica, o tráfico de pessoas, o sequestro, a violação e o abuso sexual de crianças ou de menores, entre outros, sendo que existiam 2.936 indivíduos inseridos em contexto prisional devido este tipo de crime. Seguiam-se os crimes relativos a estupefacientes, que incluem o tráfico e o tráfico de quantidades diminutas, de menor gravidade, e o tráfico para consumo. O quarto tipo de crimes mais cometidos consistia nos crimes contra o estado, que incluem a resistência e coação sobre funcionários, a corrupção, a desobediência e o peculato, entre outros. De seguida evidenciavam-se os crimes contra a vida a sociedade que englobam crimes de incêndio, crimes de incêndio florestal, condução perigosa de veículo rodoviário, condução de veículo em estado de embriaguez, sob a influência de estupefacientes ou de substâncias psicotrópicas, a associação criminosa, entre outros. Por fim, surgiam os outros crimes que incluem os crimes fiscais, a condução sem habilitação legal, entre outros.

Cuidados de saúde no contexto prisional

O estado, ao privar o indivíduo do direito à liberdade, deve responsabilizar-se pelos seus cuidados de saúde, quer no que diz respeito às condições de reclusão, quer relativamente aos cuidados de saúde que este venha, eventualmente, a necessitar (Coyle, 2014; Fraser, 2014; Quaresma, 2014).

Os indivíduos que se encontram inseridos no contexto prisional possuem o direito, previsto por lei, ao acesso a cuidados de saúde correspondentes aos que existem na comunidade (Almeida & Jesus, 2017; Quaresma, 2014), devendo, deste modo, existir um sistema adequado para satisfazer as necessidades dos sujeitos que se encontram em reclusão, quer no que diz respeito à saúde na sua globalidade, quer no que diz respeito à saúde mental em particular. Existe uma falta de concordância no que diz respeito à obrigação de os cuidados serem garantidos no interior ou no exterior do contexto prisional, sob a responsabilidade do Ministério da Justiça ou do Ministério da Saúde. Assim, diversas alternativas têm sido realizadas, desde o acompanhamento dos reclusos

a consultas em locais exteriores ao contexto prisional, à contratação de técnicos de saúde que cumprem as suas funções no interior dos estabelecimentos prisionais (Almeida & Jesus, 2017).

Atendendo à prevalência das perturbações mentais no contexto prisional, verifica-se a importância da presença de técnicos de saúde mental neste contexto (Durcan & Zwemstra, 2014; Kolodziejczak & Sinclair, 2018). Deste modo, atualmente, salienta-se a presença de médicos psiquiatras e de psicólogos clínicos que cumprem as suas funções nos estabelecimentos prisionais, sendo que estes, tanto pertencem à Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, como são contratados por empresas privadas de prestação de serviços (Almeida & Jesus, 2017).

Os reclusos devem ter acesso aos serviços de saúde disponíveis no país, sem que exista qualquer discriminação baseada na sua situação jurídica (Coyle, 2014). Os serviços médicos que estão presentes no contexto prisional devem procurar identificar, realizar o diagnóstico e proceder ao tratamento das patologias físicas e mentais do recluso. Deste modo, aquando da inserção do recluso no sistema prisional, deverá ser realizada uma observação deste e, se necessário, exames clínicos, com o objetivo de salvaguardar a sua saúde. É colocada, assim, uma ênfase na necessidade de garantir uma intervenção especializada aos reclusos que dela necessitem, nomeadamente àqueles que apresentam sintomas psicopatológicos ou perturbações mentais (Almeida & Jesus, 2017).

Como já foi referido anteriormente, a existência de cuidados adequados ao nível da saúde mental no contexto prisional consiste num direito dos indivíduos que se encontram em reclusão e numa oportunidade para o estado auxiliar e assistir sujeitos que, de uma forma geral, são negligenciados. Para que seja possível proceder-se à implementação de serviços especializados, com abordagens terapêuticas multidisciplinares, torna-se necessário identificar a população presente neste contexto e procurar conhecer-se o seu perfil clínico e criminal, adotando-se uma política de respeito pela dignidade humana (Almeida & Jesus, 2017; Coyle, 2014).

Não obstante o facto de os psicólogos exercerem determinadas funções relevantes nos contextos prisionais, facto já mencionado anteriormente, existem apenas 30 psicólogos nos estabelecimentos prisionais portugueses. A maioria dos psicólogos trabalha a meio tempo e o número de horas atribuído a cada psicólogo é bastante

escasso. Existem estabelecimentos prisionais que possuem um total de apenas 4 horas de acompanhamento psicológico semanal e existem outros estabelecimentos que não possuem psicólogos. A intervenção psicológica realizada nos estabelecimentos prisionais possui objetivos preventivos, promocionais e remediativos, visando ainda a proteção da sociedade e a defesa dos cidadãos. As funções do psicólogo neste contexto abrangem o acolhimento e apoio psicológico dos indivíduos que se encontram em reclusão, a promoção da mudança de comportamentos e do desenvolvimento vocacional, a redução da reincidência dos comportamentos criminosos e a reintegração dos reclusos na sociedade, a realização de avaliações, a emissão de relatórios informativos para os tribunais e a intervenção em situações de crise e ao nível da saúde mental dos reclusos. Para além disso, tendo em consideração que as prisões se constituem como ambientes de trabalho exigentes, os psicólogos podem realizar um trabalho direcionado para a avaliação dos riscos psicossociais dos estabelecimentos prisionais enquanto locais de trabalho e procurar prevenir e intervir nesses riscos. A escassez de psicólogos nos contextos prisionais portugueses contribui para o aumento do risco de existência de problemas ao nível da saúde mental, nomeadamente do suicídio e da automutilação, impedindo ainda a realização e o sucesso de programas de reabilitação e de reintegração social. Para além disso, verifica-se um aumento do risco de violência nos estabelecimentos prisionais, um comprometimento ao nível da implementação de programas relacionados com a toxicodependência e com as adições e a inexistência de prevenção criminal ou de reinserção social, tendo em consideração que estas decorrem, maioritariamente, da mudança comportamental proporcionada pela intervenção específica e individualizada realizada por parte do psicólogo. Salienta-se ainda que o psicólogo contribui para a diminuição das taxas de reincidência e que, a sua escassez nos estabelecimentos prisionais portugueses, coloca em causa a segurança dos cidadãos. Deste modo, torna-se evidente a importância da realização de uma intervenção psicológica contínua, com qualidade e eficácia, que permita promover a saúde psicológica dos indivíduos que se encontram em reclusão, e desenvolver uma cultura de civismo e cidadania, de reeducação e de reabilitação (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2018).

Prevalência de psicopatologia no contexto prisional

O contexto prisional, pelas suas características de natureza totalitária e de isolamento da comunidade, potencia o surgimento de um conjunto de sintomatologia, nomeadamente de sintomas psicossomáticos (Almeida & Jesus, 2017), ansiosos, depressivos (Almeida & Jesus, 2017; Fuentes, Giacóia & Hammerschmidt, 2011), psicóticos e hipocondríacos. Frequentemente, esta sintomatologia coexiste com a existência de problemas associados ao álcool, ao consumo de substâncias ilícitas (Almeida & Jesus, 2017; Drapalsky et al., 2009) e à falta de controlo da agressividade, e com outros tipos de problemas de comportamento e de personalidade disfuncionais. As evidências científicas demonstram que o número de reclusos com perturbações mentais e com sintomas psicopatológicos continua progressivamente a aumentar no contexto prisional (Almeida & Jesus, 2017).

O contexto prisional consiste numa instituição social que possui o potencial de originar diversos efeitos psicológicos negativos nos sujeitos que se encontram em reclusão (Fuentes, Giacóia & Hammerschmidt, 2011; Haney, 2012). Assim, a inserção neste contexto consiste num evento que possui impacto, podendo ser traumático e noutros casos desencadeador de determinadas patologias psicológicas (Fraser, Gatherer, Moller & Van der Bergh, 2011). A existência de reações psicológicas de ajustamento é frequente e provável com a inserção no meio prisional e a consequente privação de liberdade dos reclusos (Damas & Oliveira, 2013).

A área de investigação acerca da inserção no contexto prisional e o seu respetivo efeito sobre os indivíduos que se encontram reclusos possui uma história duradoura e complexa, sendo que os pesquisadores possuem opiniões diversificadas acerca desta temática. Existem diversos estudos que comprovam que a prisão possui efeitos físicos e psicológicos negativos para os reclusos, podendo efetivamente conduzir à sua deterioração psicológica (Fuentes, Giacóia & Hammerschmidt, 2011; Picken, 2012; Tomar, 2013).

No geral, distintos estudos realizados concluíram que existem diversas consequências negativas associadas à inserção no contexto prisional, nomeadamente sintomas de sofrimento psíquico, ansiedade, depressão, automutilação e suicídio, e uma série de outras reações adversas como o aumento da hostilidade, da introversão e de outros problemas interpessoais (Haney, 2012). Num estudo realizado por Amado et al.,

(2017) verificou-se que existe um incremento ao nível da sintomatologia psicopatológica no contexto prisional, nomeadamente de sintomas de somatização (Casares, García, Lamelas, Lanza, Martín & Menéndez, 2011), de sintomas obsessivo-compulsivos (Amado et al., 2017; Casares et al., 2011; Dirkzwager, Endrass, Gonçalves & Rossegger, 2016; Fritsch, Gabrysch, Mundt & Priebe, 2019), que incluem pensamentos, impulsos e ações que são experimentados como impossíveis de evitar ou de controlar e que não são desejados, e de sintomas de sensibilidade interpessoal (Amado et al., 2017; Dirkzwager et al., 2016), que incluem sentimentos de inferioridade e de inadequação, hipersensibilidade às opiniões e atitudes de outros indivíduos e inibição ao nível das relações interpessoais. Para além disso, foi ainda possível verificar, no estudo anteriormente referido, que os reclusos apresentavam sintomas depressivos (Ahmad & Mazlan, 2014; Al-Rousan et al., 2017; Alves & Maia, 2010; Amado et al., 2017; Casares et al., 2011; Coloma, Pérez & Salaberría, 2018; Dirkzwager et al., 2016; Fritsch et al., 2019; Fuentes, Giacóia & Hammerschmidt, 2011; Gonçalves & Moreira, 2010; O'Connell, 2018; Prakash et al., 2015), associados a um estado de ânimo disfórico, à falta de motivação, à desesperança, a pouca energia e a ideias autodestrutivas, sintomas de ansiedade (Al-Rousan et al., 2017; Alves & Maia, 2010; Amado et al., 2017; Casares et al., 2011; Coloma, Pérez & Salaberría, 2018; Fritsch et al., 2019; Fuentes, Giacóia & Hammerschmidt, 2011; Gonçalves & Moreira, 2010; Prakash et al., 2015) que incluem o nervosismo, a tensão e ataques de pânico, sintomas característicos da hostilidade (Amado et al., 2017; Coloma, Pérez & Salaberría, 2018; Gonçalves & Moreira, 2010), como pensamentos, sentimentos e comportamentos próprios de estados de agressividade, raiva, irritabilidade e ressentimento, e sintomas de ansiedade fóbica, que englobam o medo irracional e desproporcional de pessoas, objetos, lugares ou situações. De acordo com Amado et al., (2017), os reclusos inseridos em contexto prisional apresentavam também um maior número de sintomas de ideação paranoide (Alves & Maia, 2010; Casares et al., 2011; Coloma, Pérez & Salaberría, 2018; Dirkzwager et al., 2016; Gonçalves & Moreira, 2010), que incluem a suspeita, a ideação delirante, a hostilidade, o medo da perda de autonomia e a necessidade de controlo e, por fim, de sintomas de psicoticismo (Amado et al., 2017; Coloma, Pérez & Salaberría, 2018; Dirkzwager et al., 2016; Gonçalves & Moreira, 2010), associados à alienação social. Em suma, no estudo anteriormente referido, verificou-se uma discrepância entre a população reclusa e a população em geral em todos os aspetos

clínicos, sendo que esta apresentou graus mais elevados e acentuados de sintomatologia psicopatológica (Amado et al., 2017).

De acordo com diversos autores, nomeadamente Almeida e Jesus (2017) existem determinados quadros clínicos que, pela sua frequência no contexto prisional, devem ser evidenciados. Um destes quadros clínicos consiste na perturbação de adaptação, cuja principal característica consiste na existência de um fator precipitante que origina stress psicossocial, que neste caso específico consiste na situação de reclusão e em todos os aspetos associados a esta, nomeadamente a privação de liberdade. Os sintomas característicos desta perturbação apresentam variações nos distintos indivíduos no decorrer do período de inserção no contexto prisional, sendo que se vão inclusivamente modificando no próprio sujeito. As manifestações associadas a esta perturbação podem incluir níveis elevados de ansiedade, alterações ao nível dos padrões de sono, sentimentos de desânimo e de desesperança, pensamentos e imagens de natureza obsessiva, ideação suicida, isolamento social, associado ao evitamento de situações e de contextos de grupo e, por fim, hostilidade e agitação. Também um elevado número de investigações, nas últimas décadas, e como consequência do interesse crescente na saúde mental dos ofensores, se tem focado na prevalência das perturbações de personalidade da população inserida no contexto prisional (Almeida & Jesus, 2017; Durcan & Zwemstra, 2014). Da realização destes estudos, foram retiradas diversas conclusões, nomeadamente a associação existente entre as perturbações de personalidade e as ofensas violentas, verificando-se que as perturbações de personalidade, nomeadamente a perturbação antissocial e a perturbação borderline da personalidade, se constituem como preditoras do comportamento violento e se encontram associadas a uma maior probabilidade de reincidência criminal. Assim, o contexto prisional poderá constituir-se como um fator de manutenção, ou mesmo de agravamento, dos traços ou das perturbações de personalidade previamente existentes, nomeadamente da perturbação de personalidade paranoide. Uma lacuna ao nível da avaliação rigorosa das perturbações de personalidade no contexto prisional, a inexistência da sua identificação por parte dos técnicos que possuem a responsabilidade pelo tratamento neste contexto, e o facto de estas não serem consideradas nas intervenções que visam a reabilitação e a reinserção dos reclusos, encontram-se associadas a consequências negativas para os indivíduos que possuem estas perturbações. Deste modo, verifica-se que as perturbações da personalidade exigem uma

intervenção especializada que possui como objetivo prevenir a reincidência criminal que provém da existência deste fator de risco (Durcan & Zwemstra, 2014). Esta intervenção deve ser realizada num espaço diferenciado do estabelecimento prisional, de forma semelhante ao que ocorre no tratamento da toxicod dependência neste contexto, através da existência de comunidades terapêuticas. Assim, salienta-se que, no decorrer do cumprimento da pena, os reclusos que sofrem de um determinado tipo de perturbação mental, devem ser sujeitos a um processo terapêutico, com capacidade para modificar os seus padrões disfuncionais de pensamento e, conseqüentemente, o seu estilo de vida criminoso (Almeida & Jesus, 2017).

Não obstante as evidências apresentadas anteriormente, existem também pesquisas realizadas mais recentemente que sugerem que o contexto prisional não se encontra associado a tantos fatores prejudiciais quanto o que se pensava inicialmente (Picken, 2012).

Por exemplo, de acordo com Damas e Oliveira (2013), as perturbações mentais severas verificadas em indivíduos que se encontram inseridos no contexto prisional, comumente, já existiam numa fase prévia à inserção neste contexto, sendo que estes autores afirmam que este ambiente pode apenas contribuir para o desencadeamento ou para a descompensação de uma determinada psicopatologia. Assim, a etiologia das perturbações mentais existentes nem sempre pode ser determinada, sendo que diversas patologias são condições já preexistentes, outras são exacerbadas pelo sofrimento vivenciado pelo indivíduo no contexto prisional e outras podem originar-se devido às privações e aos traumas psicológicos associados à experiência da inserção neste contexto (Haney, 2012).

Os resultados de um estudo realizado por Araújo, Gouveia e Nakano (2009) corroboraram esta hipótese de que as bases etiológicas das perturbações, nomeadamente das perturbações depressivas e das perturbações ansiosas, parecem não estar relacionadas com o contexto prisional, sendo que este pode apenas ser considerado como um desencadeador ou como um ativador das perturbações ou da sintomatologia psicopatológica em reclusos que possuem uma predisposição biológica para que tal. Assim, a reclusão parece não exacerbar os sintomas psicopatológicos de indivíduos que possuem uma perturbação mental grave, continuando, no entanto, a predizer de forma

significativa uma contínua fragilidade ao nível da saúde mental dos sujeitos que se encontram inseridos no contexto prisional.

Em suma, no contexto prisional, no qual os indivíduos se encontram em reclusão, existe um incremento ao nível dos problemas de saúde mental (Acin, Baybutt, Dooris & Hayton, 2014; Al-Rousan, Deol, Rubenstein & Wallace, 2017; Bartellas, Clerici, Fazel, Hayes & Trestman, 2016; Brooker, Ferriter, Gojkovic & Sirdifield, 2009; Casares-López, González-Menéndez, Hoffman, Reinhard & Villagrà, 2011; Ciorciari, Ogloff, Pfeifer & Shepherd, 2017; Drapalsky, Stuewig, Tangney & Youman, 2009; Enggist, Gatherer & Moller, 2014; Fazel & Seewald, 2012). A permanência neste contexto encontra-se associado a um esforço de adaptação psicossocial constante, sendo que existem diversos fatores sociodemográficos, como o sexo, a idade, o estado civil, o grau académico e a situação laboral, que podem contribuir para o aumento da prevalência de determinadas perturbações mentais (Maestre-Miquel, Martínez-Lorca, Rodríguez, Rodríguez-Martín, Romero, Segura & Zabala-Baños, 2016).

A literatura tem vindo a indicar que a população inserida no contexto prisional parece revelar índices mais elevados de psicopatologia quando comparada à população que não se encontra inserida neste contexto (Allen, Arndt, Black, Gunter, Loveless, Sieleni & Wenman, 2008; Baillargeon & Fazel, 2011; Berzofsky & Bronson, 2017; Brooker et al., 2009; Christopher & Gottfried, 2017; Durcan & Zwemstra, 2014; Fraser et al., 2011; Kolodziejczak & Sinclair, 2018; Sinha, 2010).

Assim, no que diz respeito à psicopatologia, diversos estudos realizados comprovam que tanto reclusos do sexo masculino, como reclusos do sexo feminino (Baillargeon & Fazel, 2011; Drapalsky et al., 2009; Durcan & Zwemstra, 2014; Grant, Hopkins & Light, 2014; Kolodziejczak & Sinclair, 2018), independentemente da sua raça e da sua faixa-etária (Allen et al., 2008), apresentam uma elevada prevalência de psicopatologia, em comparação com sujeitos que não se encontram inseridos no contexto prisional (Baillargeon & Fazel, 2011; Drapalsky et al., 2009; Durcan & Zwemstra, 2014; Grant, Hopkins & Light, 2014; Kolodziejczak & Sinclair, 2018). Verifica-se, no entanto, que existem diferenças nas prevalências encontradas nos distintos estudos realizados que podem estar associadas às características particulares da população investigada (Almeida & Jesus, 2017).

Fatores que influenciam a psicopatologia no contexto prisional

Fatores sociodemográficos

A elevada prevalência de problemas ao nível da saúde mental de indivíduos que se encontram em reclusão encontra-se associada a diversos fatores (Bolger, Boothby, Carrington, Cases & Mulholland, 2010).

Relativamente à existência de sintomatologia psicopatológica nos distintos sexos, de acordo com um estudo realizado por Alves, Dutra e Maia (2013), existe uma elevada prevalência em reclusos do sexo feminino, sendo que estes padecem de um número mais elevado de perturbações mentais em comparação com sujeitos do sexo masculino (Aguirre, Bergh & Plugge, 2014; Al-Rousan et al., 2017; Amboni, Comim, Mina, Quevedo, Rosa & Silva, 2011; Berzofsky & Bronson, 2017; Brooker et al., 2009; Coloma, Pérez & Salaberría, 2018; Drapalsky et al., 2009; Durcan & Zwemstra, 2014; Grant, Hopkins & Light, 2014; Meade & Steiner, 2013).

Nos últimos anos, o número de indivíduos do sexo feminino envolvidos com o sistema criminal de justiça aumentou de forma significativa. Apesar de os reclusos do sexo feminino terem sido, durante um longo período de tempo, negligenciados pelos investigadores devido ao facto de constituírem uma porção relativamente diminuta da população reclusa, o seu crescente aumento conduziu à realização de diversos estudos acerca destes e acerca da sua inserção no contexto prisional (Anumba, Dematteo, Erickson, Fretz, Heilbrun & Yasuhara, 2008; Bijleveld, Kruttschnitt, Menting & Slotboom, 2011).

A noção de que os indivíduos do sexo feminino reclusos são afetados de forma desigual e desproporcional à dos sujeitos do sexo masculino pela inserção no contexto prisional encontra-se fundamentada na literatura existente (Birmingham, Harty, Hassan, Jarret, Jones, King, Lathlean, Lowthian, Mills, Senior, Shaw, Thornicroft & Webb, 2011). Assim, os estudos têm vindo a comprovar que os problemas de desajustamento psicológico tendem a ser mais frequentes em indivíduos do sexo feminino do que em indivíduos do sexo masculino (Alves, Dutra & Maia, 2013). Neste sentido, quando se procede à realização de comparações entre indivíduos do sexo masculino e indivíduos do sexo feminino que se encontram reclusos, os sujeitos do sexo feminino tendem a revelar um número mais elevado de sintomas psicopatológicos (Aguirre, Bergh &

Plugge, 2014; Al-Rousan et al., 2017; Amboni et al., 2011; Anumba et al., 2008; Berzofsky & Bronson, 2017; Brooker et al., 2009; Coloma, Pérez & Salaberría, 2018; Drapalsky et al., 2009; Durcan & Zwemstra, 2014; Grant, Hopkins & Light, 2014; Meade & Steiner, 2013), nomeadamente de sintomas de ansiedade (Anumba et al., 2008; Drapalsky et al., 2009; Grant, Hopkins & Light, 2014), de sintomas depressivos (Ahmad & Mazlan, 2014; Anumba et al., 2008; Grant, Hopkins & Light, 2014), de fobias, de neuroses (Anumba et al., 2014), de automutilação e de suicídio (Anumba et al., 2008; Grant, Hopkins & Light, 2014).

Outro estudo realizado mais recentemente encontra-se também em consonância com as conclusões anteriormente mencionadas. Assim, Alves, Dutra e Maia (2013) procuraram realizar comparações entre indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino reclusos e concluíram que, os sujeitos do sexo feminino revelam níveis mais elevados de psicopatologia, particularmente ao nível das obsessões e das compulsões, da sensibilidade interpessoal, da depressão, da ansiedade, da ideação paranoide, do psicoticismo e da perturbação de stress pós-traumático (Aguirre, Bergh & Plugge, 2014).

No que diz respeito à faixa-etária dos reclusos, de acordo Meade e Steiner (2013), indivíduos mais jovens manifestam um maior número de sintomatologia maníaca, depressiva e delirante. Noutro estudo, realizado por Cunningham, Kuanliang e Sorensen (2008), verificou-se que indivíduos mais jovens possuem uma maior tendência para apresentar hostilidade, comportamentos disruptivos e agressivos e violência neste contexto (Gonçalves & Gonçalves, 2012). Para além disso, de acordo com Berzofsky e Bronson (2017) os indivíduos reclusos que possuem uma idade superior a 65 anos possuem menor propensão para apresentar problemas ao nível da saúde mental quando comparados a sujeitos pertencentes a outras faixas-etárias.

No que diz respeito à raça, verifica-se que os reclusos negros ou hispânicos possuem tendência para experimentar um maior número de sintomas delirantes, quando comparados a reclusos caucasianos. Para além disso, os reclusos hispânicos apresentam também um número menor de sintomas maníacos e depressivos, em comparação com reclusos caucasianos e negros (Meade & Steiner, 2013)

Relativamente às habilitações literárias dos reclusos, existem autores que evidenciam que estas possuem uma relação com a existência de sintomatologia

psicopatológica sendo que, num estudo realizado por Gameda (2013), se evidenciou que os indivíduos analfabetos e os sujeitos que possuíam apenas o ensino primário apresentavam um maior número de sintomatologia psicopatológica. Também de acordo com Dirkzwager et al., (2016) se verificou que os sujeitos com menores níveis de habilitações literárias apresentavam uma maior tendência para o desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica e de problemas ao nível da saúde mental (Berzofsky & Bronson, 2017). No entanto, existem também estudos que demonstram que não existe uma relação entre as distintas habilitações literárias dos reclusos e a prevalência de sintomatologia psicopatológica no contexto prisional (Ahmadvand, Akasheh, Saei & Sepehrmanesh, 2014).

Verifica-se, deste modo, a existência de diversos fatores sociodemográficos que podem contribuir para um aumento da prevalência das perturbações mentais ou da sintomatologia psicopatológica no contexto prisional (Maestre-Miquel et al., 2016), salientando-se a necessidade de intervenções direcionadas para as características específicas e para as particularidades de cada indivíduo (Almeida & Jesus, 2017; Coyle, 2014).

Fatores familiares

O vínculo familiar consiste num fator protetor para a saúde mental em contexto prisional, sendo que a manutenção de uma ligação entre o recluso e a sua família neste contexto pode trazer inúmeros benefícios, nomeadamente ao nível da reinserção do indivíduo na sociedade (Assis, Constantino & Pinto, 2016; Durcan & Zwemstra, 2014). Deste modo, os estudos demonstram que o suporte e o apoio social, nomeadamente aquele que é fornecido pela família, associa-se de forma positiva ao bem-estar e à saúde mental (Arriola, Avery, Booker, Frew, Jordan, Loewenthal, Porter, Spaulding & Williams, 2015; Cotton, Fahmy, Jimmons, McKay, Stoffer, Syed & Wallace, 2016).

No que diz respeito ao estado civil dos reclusos, num estudo realizado por Berzofsky e Bronson (2017), verificou-se que os indivíduos casados possuem menor tendência para apresentar problemas ao nível da saúde mental, em comparação com os reclusos solteiros e divorciados ou separados. Deste modo, as investigações realizadas colocam a hipótese de que o facto de os indivíduos serem casados e de possuírem o

suporte social da esposa/o, pode constituir-se como um fator protetor da existência de sintomatologia psicopatológica no contexto prisional (Ahmadvand et al., 2014).

Relativamente aos reclusos que possuem filhos, a separação entre estes e os seus filhos aquando da sua inserção nos estabelecimentos prisionais pode resultar em distintos níveis de stress parental. Os reclusos do sexo masculino que possuem filhos tendem a manter menos contacto com estes, apresentando também maiores níveis de stress parental, nomeadamente em relação à ligação emocional que mantém com os seus filhos e à sua competência enquanto pais, apresentando ainda uma aliança mais fraca com os cuidadores dos seus filhos. Assim, o maior nível de stress parental relatado pelos reclusos pode estar relacionado com o facto de estes manterem menos contacto com os seus familiares (Carlson, Levitt, Loper & Scheffel, 2009).

Ao nível da sintomatologia depressiva, a preservação de um bom vínculo familiar constitui-se como um fator de proteção para reclusos de ambos os sexos (Assis, Constantino & Pinto, 2016). Um estudo realizado por Carlson et al., (2009), demonstrou que, para indivíduos do sexo feminino, maiores níveis de contacto com os seus filhos, nomeadamente através de cartas, facilitaram a redução do stress parental. Também a manutenção de contacto por parte dos reclusos do sexo feminino com os cuidadores dos seus filhos se encontra relacionada com a diminuição dos seus níveis de stress parental. Não obstante o facto de o contacto entre os reclusos e os seus filhos ser limitado, uma ligação positiva destes com o cuidador, assim como a existência de confiança de que o seu filho está a ser cuidado de forma adequada, contribui para a redução do stress parental. Em indivíduos do sexo feminino reclusos, o aumento do stress parental e a diminuição da aliança com os cuidadores dos seus filhos, estão relacionados com a prevalência de sintomatologia depressiva.

Num estudo realizado por Argimon e Canazaro (2010) verificou-se que os reclusos do sexo feminino que possuem filhos, apresentam uma média mais elevada relativamente à sintomatologia depressiva, do que os sujeitos que não possuem filhos. Também de acordo com Aristizábal, García e Serrano (2016), um dos fatores de risco para a existência de sintomas ou perturbações depressivas consiste na separação dos reclusos do sexo feminino dos seus filhos, no facto de não poderem estar presentes e acompanhar o seu crescimento e na falta de contacto que estabelecem com estes. Assim, verifica-se que, em indivíduos do sexo feminino que se encontram inseridos no contexto

prisional, a separação dos seus filhos consiste num fator contributivo para a existência de dificuldades e de problemas ao nível da sua saúde mental (Aguirre, Bergh & Plugge, 2014; Durcan & Zwemstra, 2014). Em indivíduos do sexo feminino que não possuem filhos, um dos fatores de risco para a existência de perturbações depressivas consiste no facto de estes não possuírem a capacidade de realizar atividades produtivas que contribuam para auxiliar os seus familiares, ou no facto de lhes poderem causar sofrimento (Bijleveld et al., 2011).

Para além disso, de acordo com investigações realizadas verificou-se que em reclusos do sexo feminino e do sexo masculino que possuem filhos, existe uma associação entre os altos níveis de stress parental e o incremento da violência e dos comportamentos agressivos no contexto prisional, salientando-se ainda um aumento dos sintomas de hostilidade nestes sujeitos (Carlson et al., 2009).

Verifica-se, deste modo, a importância do vínculo familiar como um fator de proteção para a saúde mental em contexto prisional (Assis, Constantino & Pinto, 2016; Durcan & Zwemstra, 2014). É assim necessário reconhecer o impacto que possui a separação existente entre os indivíduos inseridos em contexto prisional e os seus respetivos filhos, sendo necessário promover a existência de intervenções parentais que abordem de forma direta estratégias de gestão da separação e do stress parental (Carlson et al., 2009; Durcan & Zwemstra, 2014).

Essa intervenção deve abordar determinadas componentes, nomeadamente orientações acerca do contacto positivo com as crianças, competências de construção da relação com os cuidadores, psicoeducação direcionada para o stress associado à parentalidade e fornecimento de estratégias para lidar com o stress parental de forma não violenta e construtiva (Carlson et al., 2009). De acordo com esta perspetiva, a adoção de estratégias de fortalecimento dos vínculos familiares em contexto prisional, constitui-se como um fator de prevenção da existência e do agravamento de problemas emocionais e psicopatológicos (Assis, Constantino & Pinto, 2016).

Fatores sociais e culturais

No âmbito dos fatores sociais, de acordo com Tomar (2013), o bem-estar emocional e psicológico do recluso não depende da quantidade de educação, recreação e aconselhamento que este recebe, mas da forma como este se relaciona com os restantes reclusos que, no interior do contexto prisional, assumem um papel extremamente significativo. Num estudo realizado por Aristizábal, García e Serrano (2016), verificou-se que alguns dos fatores de risco para a saúde mental dos reclusos do sexo feminino inseridos em meio prisional consistem nos problemas de convivência com os restantes indivíduos que se encontram em reclusão e com a existência de escassas competências sociais, sendo que no contexto prisional ocorrem diversos conflitos que estes não possuem a capacidade de gerir de forma adequada e que agravam a sua sintomatologia.

Num estudo realizado, verificou-se que reclusos do sexo feminino que se sentiam excluídos por parte de outros reclusos apresentavam um maior número de sintomatologia psicopatológica no decorrer da sua inserção em contexto prisional, nomeadamente de sintomas depressivos, de ideação suicida e de sintomas associados à perturbação de stress pós-traumático (Bijleveld et al., 2011).

No âmbito dos fatores culturais, salienta-se que a religião se constitui como um fator de proteção relevante no que diz respeito à existência de sintomas depressivos, nomeadamente em indivíduos do sexo masculino que se encontram em reclusão (Assis, Constantino & Pinto, 2016). Assim, é possível constatar, de acordo com Junges e Oliveira (2012) que a religião, quando integrada de forma adequada na vida do sujeito, contribui de forma benéfica para a sua saúde mental.

Acontecimentos de vida

A existência de experiências adversas durante o período da infância consiste numa realidade frequente em indivíduos que se encontram inseridos nos estabelecimentos prisionais, sendo que esta é considerada uma variável que pode inclusivamente ser responsável pelos comportamentos desajustados dos reclusos e que possui impacto ao nível da sua saúde mental (Alves & Maia, 2010; Alves, Dutra & Maia, 2013).

A infância consiste numa fase de desenvolvimento crucial para o ser humano, sendo que as experiências vivenciadas nesta fase possuem uma influência significativa em diversos domínios da vida do indivíduo, nomeadamente no domínio físico, cognitivo, emocional, comportamental e social, dando origem ou exacerbando determinados sintomas ou perturbações mentais (Alves, Dutra & Maia, 2013). Deste modo, diversos investigadores focam-se no estudo das experiências adversas que ocorrem no decorrer deste período do desenvolvimento, procurando explorar qual a sua influência ao nível da saúde mental do sujeito e dos comportamentos que este adota. As conclusões obtidas através destas investigações realçam o facto de a exposição à adversidade no decorrer deste período crítico para o desenvolvimento do ser humano contribuir para precipitar ou para exacerbar patologias do foro mental (Alves, Dutra & Maia, 2013; Alves & Maia, 2010).

Os estudos demonstram que estas experiências, não só influenciam de forma negativa o desenvolvimento do indivíduo e a forma como este se comporta, como também se encontram associadas à elevada prevalência de psicopatologia em população que se encontra inserida no contexto prisional (Alves & Maia, 2010; Casares-López et al., 2011). A sintomatologia psicopatológica de indivíduos do sexo feminino inseridos em meio prisional é exacerbada pelo facto de a sua infância ter sido marcada pela existência de experiências adversas. Face ao facto de as experiências adversas na infância constituírem uma realidade frequente nesta população, torna-se necessária a elaboração de planos ao nível da intervenção e do acompanhamento psicológico destes indivíduos (Alves & Maia, 2010).

Também a exposição a determinados tipos de violência, como por exemplo, o abuso, a vitimização sexual durante a infância e a agressão, se encontra relacionada com a existência de sintomas e de perturbações ao nível da saúde mental dos reclusos (Haney, 2012; Meade & Steiner, 2013). É frequente que os reclusos, nomeadamente do sexo feminino, relatem elevadas taxas de vitimização infantil (Onifade, Pettus-Davis & Tripodi, 2014). A exposição à violência, geralmente, influencia aspetos comportamentais e de saúde mental dos indivíduos que se encontram inseridos no contexto prisional, podendo estar associada à existência de sintomatologia psicopatológica (Meade & Steiner, 2013), nomeadamente de ansiedade (Casares-López et al., 2011), de depressão, de mania (Meade & Steiner, 2013) e de sintomas de stress

pós-traumático, que se podem inclusivamente manifestar após a reintegração do indivíduo na sociedade (Haney, 2012).

Num estudo realizado por Meade e Steiner (2013) verificou-se que as exposições à vitimização, nomeadamente à vitimização repetida, à vitimização por parte de um conhecido e à vitimização física, consistiram nos preditores mais fortes da existência de sintomas depressivos, maníacos e delirantes no contexto prisional. A exposição à violência na infância (Casares-López et al., 2011), nomeadamente o abuso infantil, o abuso por parte de conhecidos, o abuso sexual infantil, o abuso físico infantil e o abuso lesivo foram os preditores mais consistentes da presença de sintomatologia psicopatológica nos sujeitos que se encontram em reclusão. Para além destes fatores de exposição à violência, numa fase adulta, também os assaltos, nomeadamente por parte de conhecidos ou por parte do parceiro íntimo, as agressões sexuais, por parte de conhecidos, e as agressões físicas, por parte de parceiros íntimos, foram os preditores mais consistentes da existência de sintomatologia depressiva, maníaca e delirante nos indivíduos que se encontram inseridos no contexto prisional. Verificou-se ainda que os efeitos da exposição a distintos tipos de violência na existência de sintomatologia psicopatológica apresentaram variações de acordo com o agressor. Assim, os reclusos que sofreram violência física ou psicológica por parte de um conhecido apresentaram uma maior propensão para desenvolver sintomatologia psicopatológica, quando comparados com indivíduos que sofreram de violência por parte de um desconhecido. Este fenómeno pode estar associado ao facto de os indivíduos que foram vítimas de violência por parte de desconhecidos considerarem que foram vítimas das circunstâncias sendo que, estes eventos, na maioria dos casos, não dão origem a consequências significativas ao nível da saúde mental (Meade & Steiner, 2013)

Fatores legais

O tempo em contexto prisional constitui-se como um fator que pode explicar a existência de maiores níveis de stress em indivíduos do sexo masculino que se encontram inseridos neste contexto (Assis, Constantino & Pinto, 2016; Birmingham et al., 2010). Deste modo, é mais frequente que os reclusos que foram recentemente inseridos no contexto prisional experienciem maiores níveis de stress, em comparação com indivíduos que se encontram em reclusão desde um a nove anos (Assis, Constantino & Pinto, 2016). As circunstâncias inerentes à admissão dos reclusos no

contexto prisional, força-os a experienciarem determinadas adversidades que exacerbam os seus níveis de perturbação emocional (Bolger et al., 2010; Gonçalves & Moreira, 2010), sendo possível verificar que, com o decorrer do tempo, este fenómeno tende a diminuir de forma significativa (Gonçalves & Moreira, 2010).

De acordo com um estudo realizado por Díaz e Girón (2016), os reclusos inseridos no meio prisional num período de tempo inferior a um ano, apresentaram um maior número de indicadores de depressão quando comparados com indivíduos que se encontravam inserido há um período de tempo mais prolongado em contexto prisional. O facto de os reclusos que permanecem durante um período de tempo mais prolongado em contexto prisional apresentarem menores níveis de stress pode estar associado ao desenvolvimento de estratégias por parte destes para lidar com a experiência.

Existem ainda estudos que sugerem que a sintomatologia psicopatológica em indivíduos do sexo feminino que se encontram inseridos em contexto prisional é mais elevada nas primeiras quarenta e oito horas de reclusão. Diversos autores explicam este fenómeno através das mudanças ao nível das relações familiares e da inserção neste novo contexto, que requer uma adaptação brusca e rápida por parte dos sujeitos que se encontram em reclusão (Picken, 2012).

Gonçalves e Moreira (2010) exploraram a prevalência de perturbações emocionais em sessenta e seis presos preventivos durante a primeira semana que estes estiveram inseridos no contexto prisional e após seis meses do cumprimento da pena. De uma forma geral, os sintomas psicopatológicos e os índices globais de perturbação emocional diminuíram de forma significativas com o decorrer da execução da pena. Durante a primeira semana de reclusão, as dimensões de ideação paranoide, hostilidade, depressão e ansiedade apresentavam valores elevados. Após seis meses de inserção em meio prisional, apenas a dimensão sensibilidade interpessoal registava valores elevados, sendo que a dimensão ansiedade foi a que mais decresceu comparativamente à avaliação realizada durante a primeira semana de reclusão. De acordo com os autores, estes resultados sugerem que, após seis meses de execução da pena, existe uma redução ao nível da sintomatologia psicopatológica evidenciada, o que pode estar associado ao facto de os sujeitos possuírem fatores protetores que aumentam a sua resiliência, ou ao facto de o estabelecimento prisional ser bem-sucedido na sua vertente de prestação de

cuidados, o que atenua conseqüentemente o sofrimento psicológico vivenciado pelos reclusos.

Noutro estudo realizado por Birmingham et al., (2011), que tinha como objetivo investigar a prevalência e os preditores de sintomatologia psicopatológica na população reclusa durante o início da sua inserção em contexto prisional, foi possível verificar um decréscimo dos sintomas psicopatológicos nos reclusos que possuíam depressão no decorrer do período de inserção em meio prisional, mas não naqueles que apresentavam outras perturbações mentais. Foram assim verificadas diminuições lineares de sintomatologia nos reclusos com perturbação depressiva, mas não naqueles que apresentavam psicoses. Nesse mesmo estudo, verificou-se que a prevalência de sintomas foi superior durante a primeira semana de reclusão, sendo que este consiste num período associado a maiores níveis de sofrimento e de risco para esta população. Esta prevalência demonstrou um declínio linear entre os reclusos do sexo masculino e os indivíduos condenados, mas não entre os sujeitos do sexo feminino ou aqueles que se encontravam em prisão preventiva. O facto de a sintomatologia ter diminuído de forma significativa apenas nos reclusos condenados, pode estar relacionado com o stress adicional que os sujeitos vivenciam por se encontrarem em prisão preventiva, tendo em consideração que possuem visitas judiciais repetidas e um grau considerável de incerteza relativamente ao seu futuro, o que pode, conseqüentemente, contribuir para o incremento dos sintomas evidenciados.

Nesta perspetiva, também num estudo realizado por Almeida e Jesus (2017), foi possível verificar que existe uma maior prevalência de perturbações mentais em reclusos que se encontram em prisão preventiva do que em reclusos condenados. De acordo com Aristizábal, García e Serrano (2016), os sintomas de ansiedade podem surgir associados ao desconhecimento, por parte dos reclusos que se encontram em prisão preventiva, do estado judicial dos seus processos, à falta de comunicação ou conhecimento dos seus advogados e à espera por determinados benefícios ou sentenças. Neste sentido, de acordo os estudos existentes, verifica-se que os sujeitos que se encontram em prisão preventiva tendem a apresentar um maior número de sintomatologia psicopatológica, quando comparados a indivíduos que se encontram condenados (Dirkzwager et al., 2016).

Em suma, através dos diversos estudos realizados, foi possível concluir que a ocorrência de distúrbios emocionais e de problemas ao nível da adaptação surgem, geralmente, no início da pena. Deste modo, à medida que os reclusos se vão adaptando ao contexto prisional e ao cumprimento das normas, estes distúrbios emocionais tendem a reduzir-se ou a dissipar-se (Ferreira, Novais & Santos, 2010).

Verifica-se ainda que existem reclusos que vivenciam a fase inicial de inserção no contexto prisional de forma mais adaptativa. No entanto, devido ao facto de a agressão psicológica e do stress serem fatores constantes neste contexto, existe o surgimento de determinados sintomas psicológicos no decorrer do período inicial de reclusão (Haney, 2012).

A implementação de uma rede de apoio psicossocial no decorrer da integração no contexto prisional consiste numa medida apropriada que deve ser promovida (Birmingham, et al., 2011). Assim, com o objetivo de possibilitar uma melhoria na saúde mental primária e secundária dos reclusos, é necessária a implementação de sistemas robustos e de recursos para todos os indivíduos que deles necessitem (Allen et al., 2008; Baillargeon & Fazel, 2011; Birmingham, et al., 2011).

Tendo em consideração o comprometimento psicológico que acarreta a inserção em meio prisional, assim como o tempo de condenação dos reclusos, torna-se ainda pertinente a implementação de ações que potencializem a alocação de recursos pessoais e de grupo (Díaz & Girón, 2016). Assim, é necessário que no contexto prisional sejam fornecidas as condições para suportar e para promover o bem-estar psicológico dos indivíduos, tendo em consideração que estes voltarão a ser integrados na sociedade (Bijleveld et al., 2011).

Para além do tempo de inserção em contexto prisional e da situação jurídico-penal dos reclusos, também o tempo de pena (Ahmadvand et al., 2014) e o tipo de crime cometido pelos indivíduos inseridos neste contexto, apresentam uma relação com a presença de sintomatologia psicopatológica (Gemeda, 2013) e com o nível de distress emocional (Buckaloo, Krug & Nelson, 2009). Num estudo realizado por Meade e Steiner (2013) verificou-se que os reclusos inseridos no contexto prisional por delito relacionado com drogas, quando comparados a sujeitos condenados por delito violento, apresentavam um menor número de sintomatologia depressiva, maníaca e delirante. Já os reclusos inseridos no contexto prisional devido a crimes de ofensa à propriedade

apresentavam um menor número de sintomas delirantes, quando comparados com reclusos que cometeram outros tipos de crime. Nessa mesma investigação foi possível concluir que um dos fatores que contribui para a manifestação de um maior número de sintomatologia maníaca, depressiva e delirante consiste no facto de os indivíduos já terem estado, anteriormente, inseridos no contexto prisional. Noutro estudo realizado por Prakash et al., (2015) verificou-se que os indivíduos que se encontravam condenados por violação apresentavam um maior número de sintomatologia depressiva, quando comparados com sujeitos que se encontravam condenados por homicídio. Para além disso, nesse mesmo estudo, verificou-se que os indivíduos condenados por violação apresentavam ainda maior gravidade dos sintomas depressivos e um maior número de sintomatologia associada à ansiedade e ao stress, em comparação com o grupo de indivíduos condenados por homicídio. Não obstante estas evidências, existem também estudos que sugerem que não existe qualquer relação entre o tipo de crime e a existência de determinadas perturbações mentais ou de sintomatologia psicopatológica (Ahmadvand et al., 2014).

Fatores institucionais

As condições do contexto prisional apresentam variações e possuem influência sobre a natureza das mudanças vivenciadas pelos reclusos, sendo que, também estes, apresentam variações na forma como são afetados pelas condições existentes neste contexto. Os fatores negativos do contexto prisional interagem e, em diversas situações, exacerbam as vulnerabilidades psicológicas preexistentes dos indivíduos que se encontram em reclusão. No entanto, é necessário salientar que nem todos os contextos prisionais são prejudiciais ou possuem a capacidade de infligir danos aos indivíduos neles inseridos. As condições degradadas do contexto prisional podem contribuir para a diminuição da autoestima dos indivíduos que se encontram em reclusão e para redução da sua perceção de valor, tendo em consideração que estas condições recordam constantemente o seu papel social comprometido e estigmatizado (Haney, 2012).

Num estudo realizado na Holanda que procurava avaliar a prevalência das queixas psicológicas e o grau em que estas poderiam ser explicadas por determinados fatores, verificou-se que os reclusos do sexo feminino apresentavam sintomas depressivos, que um terço possuía pensamentos suicidas e que dois terços apresentavam perturbação de stress pós-traumático. A sintomatologia dos reclusos, nomeadamente os

sintomas depressivos, a automutilação e a irritabilidade foram associados ao contexto prisional. Assim, os indivíduos reclusos do sexo feminino que percebiam o meio no qual estavam inseridos como inseguro ou stressante, que percebiam as condições de trabalho, de lazer e de educação como sendo negativas e que se sentiam desrespeitados ou reprimidos por parte da equipa de segurança, apresentavam um maior número de sintomatologia psicopatológica no decorrer da inserção em contexto prisional (Bijleveld et al., 2011).

A integração dos reclusos numa ocupação no decorrer da sua inserção no contexto prisional pode contribuir para a diminuição da existência de sintomas psicopatológicos (Assis, Constantino & Pinto, 2016). Assim sendo, num estudo realizado por Fritsch et al., (2019) foi possível verificar que o facto de os sujeitos estudarem enquanto se encontravam em reclusão possui uma associação forte com a melhoria de sintomatologia psicopatológica durante a sua inserção no contexto prisional. Salienta-se também o facto de os sujeitos do sexo feminino que percecionam as suas condições de educação como negativas, possuírem tendência para apresentar um maior número de sintomas psicopatológicos no decorrer da sua integração no contexto prisional (Bijleveld et al., 2011). Para além disso, verifica-se que a inserção dos reclusos no contexto escolar se encontra associada a uma redução da sua reincidência criminal (Chalatsis, 2016; Crabbe, 2016; Esperian, 2010), facilitando ainda a sua, posterior, reintegração na sociedade e no mercado de trabalho (Chalatsis, 2016; Crabbe, 2016).

A integração numa ocupação laboral no contexto prisional constitui-se como um fator de proteção para a existência de stress e de sintomatologia psicopatológica neste contexto (Argimon & Canazaro, 2010), particularmente em reclusos do sexo feminino. Os estudos demonstram que os sujeitos, de ambos os sexos, inseridos numa atividade laboral apresentam um menor número de sintomas depressivos, em comparação com sujeitos que não possuem uma ocupação laboral (Argimon & Canazaro, 2010; Assis, Constantino & Pinto, 2016). Os indivíduos do sexo masculino que despendem de menos horas numa ocupação laboral apresentam também um número superior de sintomatologia depressiva, delirante e maníaca, em comparação com sujeitos que se encontram mais horas envolvidos numa determinada tarefa (Meade & Steiner, 2013). Para além disso, num estudo realizado por Fritsch et al., (2019) foi possível verificar-se que o facto de os indivíduos em reclusão possuírem uma ocupação laboral remunerada demonstrou uma associação forte com a melhoria dos sintomas psicopatológicos no

decorrer da sua inserção no contexto prisional. A perceção negativa por parte dos reclusos relativamente às condições de trabalho existentes, pode contribuir para a presença e para o agravamento dos sintomas psicopatológicos em indivíduos do sexo feminino (Bikleveld, 2011).

Assim, mediante as conclusões apresentadas anteriormente, verifica-se que deve existir um incentivo para que os reclusos se integrem numa ocupação enquanto se encontram inseridos no contexto prisional (Ferreira, Novais & Santos, 2010). Esta integração, para além de contribuir para a diminuição dos sintomas psicopatológicos existentes (Assis, Constantino & Pinto, 2016), consiste numa forma de estes se manterem ativos e de sentirem que estão a contribuir de forma eficiente para a sociedade (Ferreira, Novais & Santos, 2010).

No âmbito dos fatores institucionais, salienta-se ainda o facto de o contacto com a família através de visitas familiares contribuir para a manutenção dos laços familiares (Dixey & Woodall, 2015), para a realização de uma reabilitação bem-sucedida, para a reintegração do recluso na sociedade e para a redução da sua reincidência criminal (Connor & Tewksbury, 2015; Dixey & Woodall, 2015). O suporte externo, fornecido através das visitas, pode representar um fator protetor relevante no que diz respeito ao agravamento da sintomatologia depressiva neste contexto (Argimon & Canazaro, 2010). De acordo com Balbar e Duncan (2008), a ausência de visitas neste contexto pode encontrar-se relacionada com a existência de sintomas de ansiedade nos reclusos, particularmente devido ao facto de estes sentirem a falta dos indivíduos que se encontram no exterior. Para além disso, um menor número de visitas pode também encontrar-se associado a valores mais elevados ao nível da agressividade e da hostilidade dos reclusos (Gonçalves & Gonçalves, 2012). As visitas no contexto prisional contribuem para a redução da sintomatologia depressiva em sujeitos do sexo feminino (Argimon & Canazaro, 2010; Claire & Dixon, 2015) e em jovens que se encontram em reclusão (Cauffman, Goldweber & Monahan, 2011; Claire & Dixon, 2015), contribuindo para uma melhoria ao nível do seu bem-estar neste contexto (Claire & Dixon, 2015). No caso dos jovens, verifica-se que, à medida que existe um aumento no número de visitas dos pais, existe uma diminuição ao nível da sintomatologia depressiva apresentada por estes (Cauffman, Goldweber & Monahan, 2011).

Para além do sofrimento associado à rotina no contexto prisional e aos seus efeitos psicológicos negativos, existem ainda, neste contexto, determinados tipos extremos de reclusão que podem produzir consequências ainda mais adversas para os reclusos. Estas condições prisionais que limitam ou que promovem o contacto social excessivo no interior dos estabelecimentos prisionais são frequentes e possuem efeitos psicológicos negativos para os indivíduos que se encontram em reclusão (Haney, 2012). A superlotação, maximiza e potencializa a tensão vivenciada neste contexto, encontrando-se associada a uma série de efeitos adversos (Haney, 2012; Prakash et al., 2015). As condições superlotadas aumentam o nível de tensão dos reclusos ao introduzir variáveis como a instabilidade interpessoal num contexto já perigoso, no qual equívocos ao nível dos julgamentos sociais podem adquirir dimensões desproporcionais. A superlotação aumenta ainda os níveis de frustração coletiva no interior do contexto prisional e encontra-se associada à diminuição da quantidade de recursos disponíveis para cada recluso. No outro extremo, introduzido como uma forma de gerir problemas sistémicos e disfuncionais causados pela sobrelotação, determinados estabelecimentos prisionais recorrem à prática do isolamento a longo-prazo, que é em diversas situações implementado como uma forma de controlo e de punição dos reclusos (Haney, 2012). Existem diversas pesquisas que se focaram na inserção de reclusos em celas solitárias e no risco psicológico associado à inserção nesse tipo de ambiente, sendo que os resultados são robustos e confirmam os seus efeitos psicológicos negativos, particularmente devido à privação e à perda de contacto social (Haney, 2012; Shalev, 2014). Assim, verifica-se que os riscos associados ao isolamento são efetivamente elevados e que este possui um carácter prejudicial ao nível da saúde mental dos reclusos (Haney, 2012).

As investigações realizadas acerca do isolamento em meio prisional, demonstraram que a inserção em contexto de isolamento se encontrava associada a uma vasta gama de sintomatologia psicopatológica e de comportamentos desajustados, nomeadamente afetos e atitudes negativas, insónias, ansiedade, pânico, hipersensibilidade, disfunções cognitivas, alucinações, perda do controlo dos impulsos, irritabilidade acentuada, agressão e raiva, paranoia, desesperança, depressão, uma sensação de colapso emocional iminente, automutilação e ideação e comportamento suicida (Haney, 2012; Shalev, 2014). Existem ainda estudos que demonstram que, a automutilação e o suicídio, são mais frequentes no contexto de isolamento, assim como

a deterioração da saúde física e mental, a violência dirigida e a violência coletiva. Para além disso, a utilização de formas extremas de isolamento, que incluem a lavagem cerebral e a utilização de métodos de tortura, potencializam a existência de danos emocionais (Haney, 2012) e podem também originar a existência de perturbações de stress pós-traumático nos reclusos (Tomar, 2013). A inserção em contextos isolados, pode acarretar ainda efeitos negativos discretos associados ao facto de os reclusos se adaptarem à ausência do contacto social, modificando os seus pensamentos, ações e sentimentos. Essas mudanças possuem o potencial de se tornarem rígidas e de se tornarem num modo de ser enraizado do recluso que, ao ser libertado do contexto de isolamento, pode apresentar comportamentos desajustados ao nível das interações sociais, que se traduzem em patologias sociais (Haney, 2012). As patologias sociais, que são adotadas como forma de o recluso reagir e sobreviver a um conjunto de circunstâncias adversas, são altamente disfuncionais e incapacitantes se persistirem após a libertação do contexto de isolamento, sendo que, os reclusos, devem possuir a capacidade de adaptação a novos contextos (Haney, 2012; Shalev, 2014). A lei internacional dos direitos humanos defende que apenas se deve recorrer à prática do isolamento em situações nas quais esta se assume como estritamente necessária, sendo que esta deve ser utilizada por um período de tempo o mais curto possível e respeitar a dignidade humana dos reclusos (Shalev, 2014).

Em consonância com o referido anteriormente, diversos autores, nomeadamente Damas e Oliveira (2013) defendem que as condições desfavoráveis dos estabelecimentos prisionais (Fuentes, Giacóia & Hammerschmidt, 2011), aliadas à fraca rede comunitária de apoio à saúde mental dos reclusos, contribuem para o incremento da prevalência de perturbações mentais. Assim, verifica-se que a existência de diversos fatores de risco e de várias formas de trauma no contexto prisional, predispõe os reclusos a uma vasta gama de problemas psicológicos, que incluem o abuso de substâncias, o crime e a violência. Estas experiências vivenciadas pelos indivíduos que se encontram em reclusão torna-os vulneráveis aos fatores stressantes a que se encontram sujeitos no contexto prisional. Grande parte desses efeitos negativos apenas se tornam visíveis após a libertação do sujeito do contexto prisional, quando o impacto da experiência prisional e das suas consequências potencialmente incapacitantes começa a surgir num contexto distinto daquele em que o indivíduo se encontrava inserido (Damas & Oliveira, 2013; Haney, 2012).

Suicídio e psicopatologia

Devido ao facto de a inserção no contexto prisional consistir numa fase que possui um impacto negativo na maioria dos reclusos, e de estes evidenciarem ainda vulnerabilidades psicológicas consideráveis, a ideação suicida surge, em determinados casos, como uma estratégia adaptativa que estes utilizam para o cumprimento da pena e que permanece durante o decorrer do tempo de reclusão (Gonçalves & Moreira, 2010). Verifica-se que, em determinadas situações, os comportamentos suicidas dos reclusos podem possuir um carácter manipulador, sendo adotados por estes para obter controlo sobre o ambiente no qual estão inseridos e para influenciar decisões, nomeadamente transferências para um determinado hospital ou para outros estabelecimentos prisionais menos restritivos e que possuam uma maior proximidade com a sua área de residência. No entanto, a crença de que os reclusos apenas recorrem à adoção de comportamentos suicidas ou de automutilação como forma de controlar ou de manipular o ambiente que os rodeia é errónea (Almeida & Jesus, 2017), existindo uma correlação entre a existência de determinadas perturbações mentais e a adoção de comportamentos suicidas ou de automutilação no contexto prisional (Ciorciari et al., 2017; Fazel et al., 2010; Gaskin, Indig & Moore, 2015).

A taxa de mortalidade por suicídio nos estabelecimentos prisionais portugueses é de, aproximadamente, 16 suicídios por 10 mil detidos, sendo que a média europeia é menos de metade, de acordo com as estatísticas penais anuais do Conselho da Europa (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2018).

De forma similar aos níveis de psicopatologia, as taxas de suicídio em população inserida no contexto prisional são consideravelmente superiores às taxas verificadas em população não reclusa (Baillargeon & Fazel, 2011; Fuentes, Giacóia & Hammerschmidt, 2011; Gaskin, Indig & Moore, 2015; Onifade, Pettus-Davis & Tripodi, 2014), sendo que os indivíduos do sexo feminino (Gaskin, Indig & Moore, 2015) mais jovens, de acordo com Benning e Fazel (2009), consistem num grupo de risco para a adoção desse tipo de comportamentos.

Os estudos sugerem que os indivíduos do sexo feminino possuem vinte vezes mais probabilidade de se suicidarem, em comparação com indivíduos do sexo feminino que não se encontram inseridos em contexto prisional (Benning & Fazel, 2009; Fazel et

al., 2010) e que, os sujeitos do sexo feminino que tentaram o suicídio, apresentam algum tipo de perturbação psicopatológica (Benning & Fazel, 2009).

Num estudo realizado por Onifade, Pettus-Davis e Tripodi (2014), que teve como objetivo o estudo do suicídio não fatal em reclusos do sexo feminino, verificou-se que esta população relata taxas mais elevadas de comportamento suicida não fatal quando comparada aos indivíduos do sexo feminino pertencentes à população em geral. Verifica-se ainda que as taxas de suicídio não fatal dos reclusos do sexo feminino são superiores às dos reclusos do sexo masculino, sendo, no entanto, significativamente menores do que as dos sujeitos do sexo masculino pertencentes à população em geral. Para além disso, foi possível constatar, através dos resultados, que a vitimização infantil, física e sexual, a negligência e a falta de suporte estão significativamente associados ao comportamento suicida não fatal entre os reclusos do sexo feminino inseridos no contexto prisional, sendo que nos indivíduos que possuem a perceção de que existiu suporte durante o período da sua infância, existe menor tendência para a adoção de comportamentos de suicídio. O facto de o suporte positivo durante o período da infância consistir num fator protetor para a adoção de comportamentos suicidas, pode significar que o suporte positivo durante o período da idade adulta pode constituir-se igualmente como um fator protetor para a adoção destes comportamentos, sendo que se verifica que o suporte social pode assumir-se como um mecanismo de prevenção do suicídio em reclusos, devendo ser integrado na intervenção realizada com esta população.

De acordo com uma investigação realizada por Allen et al., (2008), que procurou estudar a frequência de perturbações mentais e aditivas no sistema prisional de Iowa, verificou-se que as perturbações mentais (Gaskin, Indig & Moore, 2015; Gonçalves & Moreira, 2010) e aditivas são frequentes em indivíduos que se encontram inseridos no contexto prisional, e encontram-se associadas ao risco de comportamentos suicidas por parte destes sujeitos (Choi, DiNitto & Marti, 2018; Gonçalves & Moreira, 2010; Onifade, Pettus-Davis & Tripodi, 2014).

Num estudo realizado por Gonçalves e Moreira (2010) acerca da perturbação mental e da ideação suicida entre reclusos preventivos, concluiu-se que a ideação suicida se encontra fortemente associada à existência de perturbações mentais, nomeadamente à presença de sintomatologia depressiva, ansiosa, hostil e psicótica. Para

além disso, nesse mesmo estudo, verificou-se que nos reclusos que possuíam ideação suicida, a perturbação mental se manteve constante no decorrer do cumprimento da pena. Já nos reclusos que não possuíam ideação suicida, a perturbação mental apresentou um carácter reativo, regredindo após seis meses de inserção no contexto prisional, o que permitiu aos indivíduos retornar ao seu funcionamento normal.

Noutro estudo realizado por Fazel et al., (2010), que procurou investigar a prevalência de perturbações mentais em reclusos do sexo feminino que, recentemente, tinham adotado comportamentos de automutilação quase letal, verificou-se que os fatores que apresentavam uma maior associação com estes comportamentos consistiam na presença de uma depressão atual, na presença de dois ou mais diagnósticos de perturbação mental, na existência de uma história de tratamento psiquiátrico do paciente e, por fim, na existência de tentativas anteriores de suicídio, particularmente no contexto prisional. Para além destes fatores, verificaram-se ainda associações entre a perturbação ansiosa, particularmente a perturbação de ansiedade social e a perturbação do pânico, as perturbações psicóticas e a perturbação de stress pós-traumático, e a adoção de comportamentos de automutilação quase letais. Nesse mesmo estudo, verificou-se que os únicos diagnósticos de perturbação mental que não se encontravam associados à existência de tentativas de automutilação quase letais, consistiam na perturbação de personalidade antissocial, na perturbação do uso de substâncias e nas perturbações do comportamento alimentar. Por fim, evidenciou-se a importância do risco das perturbações mentais na adoção de comportamentos de suicídio no contexto prisional, sendo que foi possível compreender que os reclusos do sexo feminino que se envolveram em comportamentos de automutilação quase letais possuíam níveis mais elevados de comorbidade psiquiátrica, em comparação com sujeitos que não tinham adotado este tipo de comportamentos.

Assim, tendo em consideração a prevalência da ideação suicida nos estabelecimentos prisionais, torna-se necessário o incremento de iniciativas que possam como objetivo realizar a prevenção do suicídio entre os reclusos (Benning & Fazel, 2009; Choi, DiNitto & Marti, 2018M; Gaskin, Indig & Moore, 2015). Na tentativa de prevenir o fenómeno do suicídio e dos comportamentos de automutilação no contexto prisional, foi criado um Programa Integrado de Prevenção do Suicídio (PIPS), que possui como objetivo a monitorização de fatores de risco de suicídio, através do preenchimento de uma checklist de alerta para os elementos que realizam

vigilância no contexto prisional, e através da aplicação de uma escala que se denomina Intake Screening, numa fase inicial de inserção do recluso neste contexto, por parte dos técnicos que realizam intervenções a este nível (Almeida & Jesus, 2017). Caso sejam identificados sinais de alerta de risco suicida, deverá proceder-se ao encaminhamento do recluso para os respetivos serviços clínicos, para a realização de uma intervenção especializada. Deste modo, verifica-se que os serviços clínicos no sistema prisional devem assegurar o tratamento dos reclusos, o seu apoio e suporte, e fornecer especial enfoque à prevenção do suicídio (Almeida & Jesus, 2017; Choi, DiNitto & Marti, 2018; Gaskin, Indig & Moore, 2015). Devido à complexidade das necessidades, dos indivíduos que se encontram em reclusão, ao nível da saúde mental, é necessário conjugar a implementação de medidas farmacológicas e de intervenções psicológicas, com o objetivo de minimizar o risco de automutilação quase letal e de suicídio por parte desta população. As intervenções acerca do suicídio realizadas no decorrer do período de reclusão possuem o potencial de auxiliar os reclusos, nomeadamente os do sexo feminino, a gerir de forma mais ajustada os seus problemas emocionais (Onifade, Pettus-Davis & Tripodi, 2014). O desenvolvimento destas intervenções deve orientar-se por uma avaliação das necessidades de cada recluso (Fazel et al., 2010), devendo sempre considerar-se as diferenças individuais existentes (Picken, 2012).

O reconhecimento dos fatores que contribuem para a existência de problemas ao nível da saúde mental dos reclusos inseridos no contexto prisional é de extrema importância (Durcan & Zwemstra, 2014). Deste modo, verifica-se que, no decorrer do cumprimento da pena e, tendo em consideração os fatores que contribuem para a existência de determinadas perturbações ou sintomas psicopatológicos, os reclusos devem ser sujeitos a um processo terapêutico, com capacidade para modificar os seus padrões disfuncionais de pensamento e o seu estilo de vida criminoso (Almeida & Jesus, 2017).

Papel do psicólogo clínico no contexto prisional

A perspetiva comum acerca do indivíduo criminoso possui como base a convicção de que cometer um determinado crime consiste no resultado de um processo de tomada de decisão racional. No entanto, verifica-se que, em diversos casos, este processo não ocorre desta forma. Dependendo da visão que é adotada, praticar um ato criminoso pode ser perspetivado como o resultado de uma variedade de processos que o indivíduo nem sempre possui um controlo total e que incluem, a aprendizagem por parte deste de atitudes e de formas de comportamento desajustadas, e uma lacuna ao nível do desenvolvimento apropriado deste relativamente ao seu controlo de respostas emocionais. Esta conceção acerca do ato criminoso, introduz a possibilidade da utilização de intervenções terapêuticas que permitam auxiliar o sujeito a evitar o comportamento criminoso no futuro. Geralmente, não se sugere que essas intervenções terapêuticas substituam as sanções judiciais aplicadas, mas é possível afirmar que estas possuem importância ao nível da reabilitação dos reclusos que se encontram a cumprir uma punição judicial no contexto prisional (Tomar, 2013).

Em Portugal, tal como noutros países, um número elevado de reclusos com perturbações mentais encontra-se a cumprir pena de prisão em estabelecimentos para presos de delito comum, exigindo a existência de estruturas que ofereçam os serviços necessários de saúde mental (Durcan & Zwemstra, 2014; Kolodziejczak & Sinclair, 2018; Prakash et al., 2015). Na realidade prisional portuguesa não se verifica a existência de psicólogos prisionais, existindo apenas psicólogos clínicos que integram os serviços clínicos de diversos estabelecimentos prisionais e que fornecem resposta às necessidades de cuidados de saúde mental existentes na população reclusa, que, frequentemente, não se encontram satisfeitas (Almeida & Jesus, 2017).

Recentemente, tem existido um crescimento ao nível do enfoque na saúde mental dos reclusos e tem-se verificado uma necessidade cada vez mais acentuada de psicólogos que forneçam cuidados básicos ao nível da saúde mental dos indivíduos inseridos no contexto prisional (Durcan & Zwemstra, 2014; Tomar, 2013). No contexto prisional, a psicologia positiva encontra-se, progressivamente, a ocupar o lugar da psicologia correcional, introduzindo uma nova visão acerca das emoções dos reclusos e da sua conseqüente adaptação à prisão. Assim, no âmbito deste contexto, verifica-se uma necessidade de os indivíduos receberem apoio psicológico, sendo que

determinados reclusos necessitam de auxílio para lidar com a duração da reclusão, para gerir a existência de uma separação entre estes e a sociedade, para aceitar que o contexto prisional será a sua casa por um determinado período de tempo e para aprender como viver e como sobreviver neste ambiente (Tomar, 2013).

Como já referido anteriormente, a intervenção direcionada para os problemas ao nível da saúde mental no contexto prisional assume uma importância extrema, nomeadamente no âmbito da sintomatologia depressiva (Ahmad & Mazlan, 2014; Bijleveld et al., 2011), da irritabilidade e dos comportamentos de automutilação (Bijleveld et al., 2011). No entanto, verifica-se que os recursos terapêuticos disponíveis não são efetivamente proporcionais à magnitude das necessidades apresentadas pela população reclusa (Haney, 2012; Kolodziejczak & Sinclair, 2018).

De acordo com o modelo de intervenção da psicologia em meio prisional, proposto pela DGRSP, baseado no modelo cognitivo-comportamental, são funções do psicólogo clínico no contexto prisional avaliar todos os reclusos que são inseridos neste contexto no prazo de 30 dias, facilitar a adaptação do sujeito à instituição prisional, promover no indivíduo competências pessoais e de relacionamento interpessoal, desenvolver a sua autonomia, nomeadamente no que diz respeito aos processos de tomada de decisão, prevenir comportamentos de risco, elaborar um diagnóstico e uma intervenção adequada a reclusos com problemas emocionais e comportamentais, encaminhar os sujeitos, caso seja necessário, para programas de reabilitação adequados e elaborar relatórios e pareceres sobre as condições psicológicas dos reclusos (Almeida & Jesus, 2017).

É inegável a importância da identificação e da orientação dos reclusos com perturbações mentais aquando da sua detenção ou numa fase inicial do processo de integração no contexto prisional (Ahmad & Mazlan, 2014; Almeida & Jesus, 2017; Durcan & Zwemstra, 2014; Enggist, Gatherer & Moller, 2014; Kolodziejczak & Sinclair, 2018), com o seu posterior desvio para o sistema de saúde ou para outras colaborações existentes entre o sistema de saúde mental e o sistema judicial (Almeida & Jesus, 2017; Durcan & Zwemstra, 2014; Enggist, Gatherer & Moller, 2014). Aquando da inserção do recluso em contexto prisional, nomeadamente na primeira semana de reclusão que consiste num período crítico (Bolger et al., 2010), devem ser promovidas triagens (Ahmad & Mazlan, 2014; Bolger et al., 2010; Carbonell, Gallagher & Gottfried, 2013;

Kolodziejczak & Sinclair, 2018), que podem ser desenvolvidas por psicólogos, com o objetivo de detetar a presença de perturbações mentais e de sofrimento emocional, que justifiquem a existência de determinados cuidados ao nível da saúde mental ou de suporte emocional. Estes rastreios possuem como objetivo realizar o encaminhamento de indivíduos que possuem perturbações mentais ou níveis elevados de sofrimento emocional para serviços ajustados aos problemas existentes, sendo que este encaminhamento minimiza o risco da existência de comportamentos de automutilação e de suicídio (Bolger et al., 2010).

O trabalho do psicólogo inserido no contexto prisional, como já referido anteriormente, deverá incidir, fundamentalmente, na avaliação e na intervenção ao nível da sintomatologia psicopatológica e das perturbações mentais dos sujeitos que se encontram em reclusão (Ahmad & Mazlan, 2014; Almeida & Jesus, 2017), devendo ainda garantir a formação de psicólogos forenses, com capacidade para avaliar os fatores de risco e para proceder a uma intervenção especializada neste contexto. A intervenção pode ser realizada através de programas individuais e grupais que promovam a estabilidade comportamental, a modificação de traços de personalidade disfuncionais e a aquisição de competências sociais, contribuindo para a otimização da reinserção dos reclusos na sociedade e para a diminuição da reincidência criminal por parte desta população (Almeida & Jesus, 2017).

O psicólogo pode também realizar, no contexto prisional, intervenção na crise, procedendo à elaboração de um contrato no qual o recluso se compromete verbalmente ou por escrito a não infligir danos a si próprio durante um determinado período de tempo ou enquanto se encontrar a realizar terapia. Este profissional pode ainda desenvolver programas relacionados com as necessidades dos reclusos, realizar avaliações especializadas e fornecer tratamento clínico. Para além disso, o psicólogo inserido neste contexto possui como função realizar pesquisas que têm como objetivo avaliar a eficácia de determinadas intervenções e programas, e explorar novas áreas, nomeadamente a psicologia forense, correcional e clínica (Tomar, 2013).

As substâncias ilícitas e o seu consumo, estão presentes e predominam nos contextos prisionais (Almeida & Jesus, 2017; Ciorciari et al., 2017; Giraudon, Montanari, Pasinetti, Royuela, Vicente & Wiessing, 2014; Grant, Hopkins & Light, 2014), encontrando-se, em diversos casos, associadas à existência de perturbações

mentais (Al-Rousan et al., 2017; Giraudon et al., 2014; Graffam, Meneilly & Shinkfield, 2009). A relação existente entre o consumo de drogas e o crime, assim como o facto de o consumo descomedido de bebidas alcoólicas e de drogas ilícitas constituírem fatores de alto risco ao nível da reincidência criminal, origina a crença de que o contexto prisional consiste num meio privilegiado, no que diz respeito à reabilitação do sujeito e preparação da sua reinserção social. Assim a realização de uma intervenção psicológica deve possuir como objetivo a promoção de uma mudança significativa na forma como o indivíduo percebe os seus consumos, nomeadamente ao nível dos efeitos e das consequências diretas e indiretas dos mesmos, e deve encontrar-se direcionada para os processos motivacionais do próprio, para que este se envolva e invista num processo de mudança do seu padrão comportamental, mantendo a abstinência de substâncias ilícitas e generalizando estes ganhos aquando da sua reinserção na comunidade Almeida & Jesus, 2017; Giraudon et al., 2014). Nesta vertente, ressalta-se a existência de programas direcionados para toxicodependentes no contexto prisional, que promovem a aquisição de determinados comportamentos e que procuram trabalhar aspetos cognitivos e variáveis afetivas, tais como os valores, as crenças e as atitudes do indivíduo. Neste sentido, diversos estabelecimentos prisionais criaram Unidades Livres de Droga (ULD), que consistem em espaços físicos independentes das zonas prisionais comuns, para aqueles que desejam integrar um tratamento e interromper o consumo de substâncias ilícitas (Almeida & Jesus, 2017; Giraudon et al., 2014; Quaresma, 2014). Este consiste num programa de tratamento realizado em unidades residenciais, orientado para a abstinência do consumo de substâncias e que inclui atividades de cariz educativo, ocupacional e terapêutico. Estas atividades desenvolvem-se num contexto grupal, sendo que o grupo assume um papel simultâneo de instrumento e de objeto de trabalho, proporcionando aos indivíduos um contexto de aprendizagem e de desenvolvimento de competências pessoais e sociais que facilitam e promovem a organização de um projeto de vida sem a necessidade de recorrer ao consumo de substâncias ilícitas (Almeida & Jesus, 2017).

Numa revisão de literatura realizada por Picken (2012), que procurou compreender se as mudanças institucionais podem contribuir para o ajustamento e para a adaptação dos reclusos ao contexto prisional, verificou-se que as oportunidades e mudanças institucionais podem ser benéficas e que as comunidades terapêuticas adquirem um papel de destaque ao nível do ajustamento dos reclusos, da promoção do

seu bem-estar e da sua reabilitação (Giraudon et al., 2014; Picken, 2012). O uso de substâncias ilícitas, nomeadamente o seu consumo, o abuso e a dependência, em indivíduos com doenças ou perturbações mentais, consiste num desafio particular ao nível da intervenção terapêutica, tendo em consideração que requer programas específicos que diferem dos modelos de tratamento utilizados para as perturbações de forma isolada (Alás-Brun & Chérrez-Bermejo, 2014; Almeida & Jesus, 2017).

Relativamente à intervenção realizada com reclusos nos quais se verifica que a fronteira existente entre a patologia e um mero desvio da normalidade é ténue, salienta-se a existência de programas, organizados em módulos, para grupos relativamente homogêneos de reclusos, com problemáticas específicas e frequentes. Estes programas possuem como objetivo a reestruturação cognitiva dos reclusos, isto é, a modificação dos seus pensamentos e crenças disfuncionais relativos ao comportamento desviante, e a aquisição de competências pessoais e relacionais que otimizem a sua reinserção na comunidade, prevenindo assim a reincidência criminal. Ao nível internacional, foram realizados diversos estudos acerca do impacto destes programas de intervenção grupal, sendo que a sua eficácia tem sido confirmada, nomeadamente no que diz respeito à diminuição da reincidência, sobretudo em crimes sexuais e ofensas graves contra pessoas (Almeida & Jesus, 2017). Os programas existentes no contexto prisional devem encorajar a utilização de estratégias de coping por parte dos reclusos, sendo que é ainda necessário que estes sejam implementados de forma rápida e eficaz com o objetivo de diminuir a existência de sintomatologia psicopatológica e de facilitar a adaptação dos reclusos ao ambiente no qual se encontram inseridos. Para além disso, estes programas ou o trabalho realizado em grupo deve incentivar os reclusos a partilhar as suas emoções e os seus sentimentos, ao invés de reprimi-los, tendo em consideração que reprimir as emoções negativas possui consequências adversas ao nível da sua saúde física e mental (Picken, 2012).

O papel do psicólogo clínico no contexto prisional inclui também a promoção da adaptação dos reclusos ao ambiente no qual estão inseridos, intervindo junto destes para que aprendam novas formas de comportamento e para que recorram à utilização dos seus recursos e dos recursos pertencentes ao contexto em que estão inseridos, utilizando-os em função do seu bem-estar. Para além desta função, o psicólogo clínico neste contexto, pode procurar modificar as crenças, atitudes e comportamentos do

indivíduo recluso, para que este tenha capacidade de se adaptar a aspetos que não pode modificar (Gonçalves, 2010).

A intervenção por parte do psicólogo pode assumir um carácter psicoeducativo e englobar programas de autocontrolo, treinos de competências sociais e programas que visem promover a adoção de estratégias de resolução de problemas (Gonçalves & Gonçalves, 2012). Para além destes aspetos, no contexto prisional, o psicólogo pode ainda proceder à realização de avaliações criteriosas que possuem como objetivo a emissão de pareceres acerca de um determinado recluso, sendo que, em determinados casos, estes pareceres poderão inclusivamente resultar na libertação de um dado sujeito (Gonçalves, 2010).

É necessário, deste modo, que a intervenção seja direcionada para os problemas de saúde mental existentes e para o ajustamento dos reclusos ao contexto prisional, sendo que se deve ter em consideração a importância da reabilitação do recluso com o objetivo de minimizar o risco de reincidência, tendo em consideração que, eventualmente, este voltará a ser inserido na comunidade (Kolodziejczak & Sinclair, 2018; Sinha, 2010). No entanto, deve ter-se em consideração que a existência de serviços de psicologia no contexto prisional se constitui como um desafio, devido à limitação dos recursos existentes, sendo que este consiste num ambiente no qual existe uma limitação ao nível do suporte social e em que os reclusos se encontram confinados a um espaço diminuto (Tomar, 2013).

Salienta-se, por fim, que a intervenção realizada por parte dos profissionais prestadores de serviços de saúde, nomeadamente dos psicólogos, se deve reger de acordo com todas as normas e critérios de natureza técnica, científica e deontológica definidos e divulgados pelas respetivas ordens profissionais, devendo também ter em consideração as especificidades que se encontram associadas ao próprio contexto prisional (Almeida & Jesus, 2017). Verifica-se que uma adequada colaboração entre os guardas prisionais e os serviços clínicos existentes nos estabelecimentos prisionais requer a existência de respeito mútuo, comunicação eficaz e cooperação, independentemente da distinta missão das profissões (Almeida & Jesus, 2017; Brooker et al., 2009). A psicologia, enquanto ciência e profissão que se encontra direcionada para a garantia dos direitos humanos, pode contribuir de forma positiva para a melhoria das condições existentes nos estabelecimentos prisionais, criando estratégias e práticas

que procurem promover a saúde mental e a qualidade de vida dos indivíduos que se encontram em reclusão (Bandeira & Nascimento, 2018).

De uma forma sucinta, verifica-se que, no decorrer do processo de desenvolvimento do ser humano, encontram-se presentes fatores de risco que podem influenciar de forma negativa o bem-estar de um dado indivíduo, originando determinadas formas de psicopatologia. A inserção no contexto prisional, pelas características que se lhe encontram associadas, consiste num fator de risco, que pode contribuir para o surgimento de perturbações mentais ou para o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos nos indivíduos. A presença de sintomatologia psicopatológica e de perturbações mentais, de acordo com a literatura existente, consiste numa realidade cada vez mais comum nos indivíduos que se encontram em reclusão. Neste sentido, torna-se imprescindível compreender os fatores que contribuem para a existência de psicopatologia neste contexto, com o objetivo de procurar minimizar os fatores de risco e de procurar promover os fatores protetores existentes. A psicologia clínica assume um papel fundamental ao nível do estudo e do tratamento das perturbações e dos sintomas psicopatológicos no contexto prisional, devendo ter em consideração as especificidades associadas a este contexto nas intervenções realizadas. Deste modo, torna-se fundamental que o psicólogo clínico procure reduzir os efeitos negativos da inserção dos reclusos no contexto prisional, procurando contribuir para a melhoria das condições existentes neste contexto e criando estratégias que procurem promover a saúde mental e a qualidade de vida dos indivíduos que se encontram em reclusão.

Objetivos

Nesta secção, procede-se à descrição do objetivo geral e dos objetivos específicos que orientaram a realização do presente trabalho de investigação.

Objetivo geral

Relativamente ao objetivo geral do presente estudo, elaborado com base na revisão de literatura realizada, este consiste em compreender e caracterizar os fatores que se relacionam com a existência de sintomas psicopatológicos no contexto prisional.

Objetivos específicos

Em relação aos objetivos específicos, pretende-se através da realização do presente estudo:

- 1) Compreender e caracterizar os tipos de sintomatologia psicopatológica nos estabelecimentos prisionais nos quais se procedeu à realização da recolha de dados.
- 2) Compreender a relação existente entre o sexo dos participantes e a presença de determinados sintomas psicopatológicos.
- 3) Compreender a relação entre a faixa-etária e a existência de determinados sintomas psicopatológicos nos participantes.
- 4) Compreender a relação entre a nacionalidade dos participantes e a existência de sintomatologia psicopatológica.
- 5) Compreender e caracterizar a relação existente entre as habilitações literárias e a presença de sintomatologia psicopatológica nos participantes.
- 6) Compreender e caracterizar a relação entre o estado civil dos participantes e a presença de sintomas psicopatológicos.
- 7) Compreender a relação entre o número de filhos dos participantes e a existência de sintomatologia psicopatológica.
- 8) Compreender e caracterizar a relação existente entre a situação jurídico-penal dos indivíduos que se encontram em reclusão e a presença de sintomas psicopatológicos.
- 9) Compreender a relação entre a duração da pena e a existência de sintomas psicopatológicos.

- 10) Compreender a relação existente entre o número de crimes cometidos pelos reclusos e a presença de sintomatologia psicopatológica.
- 11) Compreender a relação entre o tipo de crime cometido pelos participantes do estudo e a existência de sintomatologia psicopatológica.
- 12) Compreender e caracterizar a relação entre a frequência do contexto escolar em meio prisional e a existência de sintomas psicopatológicos.
- 13) Compreender a relação entre a existência de uma ocupação laboral no contexto prisional e a presença de sintomatologia psicopatológica.
- 14) Compreender a relação existente entre as visitas e a presença de sintomas psicopatológicos.
- 15) Compreender a relação existente entre a sintomatologia psicopatológica e os afetos positivos e negativos dos reclusos.
- 16) Compreender quais as principais variáveis preditoras da intensidade de mal-estar experienciado pelos indivíduos que se encontram inseridos no contexto prisional.

Método

Nesta secção do presente trabalho de investigação, procede-se à descrição dos participantes que integraram a amostra, à caracterização dos instrumentos que foram utilizados na recolha dos dados e à apresentação dos procedimentos que foram adotados, no sentido de permitir uma replicação do estudo. O presente estudo possui um design transversal e, tendo em consideração os seus objetivos, optou-se pela utilização de uma metodologia quantitativa.

Participantes

Os participantes do presente estudo foram selecionados através de um processo de amostragem não probabilística, designado de amostragem por conveniência, sendo que os dados foram recolhidos com reclusos nos estabelecimentos prisionais que autorizaram a realização da investigação.

A amostra do presente estudo de investigação é composta por 164 indivíduos que se encontram reclusos em distintos estabelecimentos prisionais portugueses.

Relativamente aos critérios de inclusão do presente estudo, a seleção dos participantes foi realizada de acordo com os seguintes critérios de inclusão: (1) o sujeito encontrar-se recluso num estabelecimento prisional português e (2) o indivíduo possuir competências básicas ao nível da leitura e da escrita, de forma a possibilitar o autopreenchimento dos questionários. Relativamente aos critérios de exclusão, estes foram os seguintes: (1) o indivíduo não se encontrar recluso num estabelecimento prisional português, (2) o sujeito não possuir competências básicas de leitura e de escrita e (3) o indivíduo não preencher de forma correta o seu número de recluso.

A amostra era, inicialmente, composta por 173 sujeitos, sendo que 7 destes desistiram de participar no estudo e se procedeu à exclusão de 2 participantes, devido ao facto de estes terem preenchido de forma errónea o seu número de recluso, provavelmente para preservarem o seu anonimato.

Os participantes do presente estudo possuem idades compreendidas entre os 18 e os 79 anos ($M=38,41$ e $DP=11,449$), sendo que 84,1% pertencem ao sexo masculino ($n=138$) e 15,9% pertencem ao sexo feminino ($n=26$). Deste modo, verifica-se que não existe um equilíbrio entre os participantes do sexo masculino e os participantes do sexo

feminino, sendo que o número de sujeitos do sexo masculino é consideravelmente superior ao número de indivíduos do sexo feminino.

Os participantes do presente estudo encontram-se reclusos no Estabelecimento Prisional (EP) da Carregueira, no Estabelecimento Prisional de Caxias, no Estabelecimento Prisional de Lisboa e no Estabelecimento Prisional de Tires. Deste modo, do total de reclusos que constituem a amostra, 45,7% encontram-se em reclusão no Estabelecimento Prisional da Carregueira (n=75), 17,7% encontram-se a cumprir pena no Estabelecimento Prisional de Caxias (n=29), 20,7% encontram-se em reclusão no Estabelecimento Prisional de Lisboa (n=34) e 15,9% encontram-se a cumprir pena no Estabelecimento Prisional de Tires (n=26).

Os dados referentes à amostra foram obtidos a partir da consulta dos processos individuais dos participantes, que permitiu recolher informações sociodemográficas e jurídico-penais acerca destes.

Instrumentos

No presente estudo de investigação e, com o objetivo de relacionar determinados fatores com a existência de sintomatologia psicopatológica em indivíduos que se encontram em reclusão, procedeu-se à recolha de informação acerca das dimensões sociodemográficas e jurídico-penais e do funcionamento psicossocial dos reclusos.

O presente estudo encontra-se inserido num projeto de investigação mais amplo, que pretende proceder ao estudo das características psicobiológicas dos reclusos e dos preditores de reinserção social, e que se encontra a ser desenvolvido pelo Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social (CLISSIS). O projeto de investigação anteriormente referido, recorre à utilização de diversos instrumentos, com o objetivo de recolher informações acerca de variadas dimensões dos reclusos em questão. No entanto, neste subcapítulo, procede-se apenas à descrição dos instrumentos utilizados no presente estudo de investigação.

De seguida, é realizada uma descrição acerca dos instrumentos que foram utilizados para avaliar as distintas dimensões e que consistiram no Questionário Sociodemográfico e Jurídico-Penal (adaptado de Matos, 2006), no Inventário Breve de

Sintomas (Derogatis, 1993) e no Positive and Negative Affect Schedule (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Questionário Sociodemográfico e Jurídico-Penal

Procedeu-se à aplicação de um Questionário Sociodemográfico e Jurídico-Penal adaptado de Matos (2006) (Anexo A) aos indivíduos que se encontram inseridos na amostra do presente estudo. Este questionário é constituído por diversos itens, sendo que, relativamente aos dados sociodemográficos, são colocadas questões que visam recolher informações acerca da idade, da naturalidade, da nacionalidade, da etnia, do concelho de residência, das habilitações literárias, da ocupação laboral, do estado civil, do estatuto socioeconómico, da composição do agregado familiar, da parentalidade, da história de contactos com a justiça na família e da história de institucionalização dos indivíduos que se encontram em reclusão. Relativamente à dimensão jurídico-penal, esta abrange dados acerca da situação jurídico-penal do recluso que incluem a data da prisão, o tipo de crime cometido, a duração da pena e o tempo de pena já cumprido por este. Para além destes dados, constam nas informações jurídico-penais as condenações anteriores do recluso e os processos-crime anteriores deste. O questionário aplicado aos sujeitos inseridos no contexto prisional procura ainda recolher informações em relação ao seu comportamento institucional, às visitas recebidas, à sua história de dependências, nomeadamente do consumo de álcool e de drogas, e à sua história de saúde, atual e passada.

O Questionário Sociodemográfico e Jurídico-Penal foi preenchido a partir da consulta dos processos individuais dos distintos indivíduos entrevistados, sendo que estes foram identificados através do seu número de recluso.

Relativamente ao funcionamento psicossocial dos reclusos, este foi avaliado através da aplicação de dois questionários de autorrelato, que serão descritos de seguida.

Inventário Breve de Sintomas

O Inventário Breve de Sintomas (BSI) (Derogatis, 1993) (Anexo B) consiste numa forma breve do Symptom Checklist-90 (SCL-90), que foi adaptado à população portuguesa por Canavarro (1999). De forma global, o instrumento procede à avaliação da presença e da intensidade de sintomas psicopatológicos em indivíduos com idade igual ou superior a 13 anos, que pertençam à população médica, psiquiátrica ou geral. Este é um questionário de autopreenchimento, composto por 53 itens que formam 9 dimensões de sintomatologia e 3 índices globais.

As dimensões de psicopatologia que se encontram presentes no BSI consistem na somatização (S), nas obsessões-compulsões (O), na sensibilidade interpessoal (SI), na depressão (D), na ansiedade (A), na hostilidade (H), na ansiedade fóbica (AF), na ideação paranoide (IP) e no psicoticismo (P). A somatização consiste numa dimensão que reflete o mal-estar que resulta da perceção do funcionamento somático, isto é, das queixas relacionadas com o sistema cardiovascular, gastrointestinal, respiratório ou com outro sistema com mediação autonómica. Para além disso, dores localizadas nos músculos e outros sintomas somáticos da ansiedade consistem ainda em componentes da somatização. Os itens incluídos na somatização consistem nos itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37. No que diz respeito à dimensão das obsessões-compulsões, esta inclui as cognições, os impulsos e os comportamentos que são percecionados pelo sujeito como persistentes e aos quais este não consegue resistir, não obstante o facto de a sua natureza ser indesejada. Para além disso, encontram-se também incluídos nesta dimensão comportamentos que indicam uma dificuldade cognitiva mais geral. Esta dimensão inclui os itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36 (Canavarro, 2007). Relativamente à dimensão da sensibilidade interpessoal, esta centra-se essencialmente nos sentimentos de inadequação pessoal e de inferioridade do indivíduo, particularmente no que diz respeito à comparação com outros sujeitos. Características como o a timidez, o desconforto e a autodepreciação no âmbito das interações sociais consistem em manifestações específicas desta dimensão. Os itens incluídos na dimensão relativa à sensibilidade interpessoal consistem nos itens 20, 21, 22 e 42. No que diz respeito à dimensão da depressão, os itens que compõem esta dimensão englobam manifestações de depressão clínica, estando representados sintomas como o afeto e o humor disfórico, a perda de energia e a falta de motivação e de interesse pela vida. Os itens que compõem esta dimensão consistem nos itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50. Relativamente à dimensão da

ansiedade, esta engloba manifestações gerais como o nervosismo e a tensão, sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico, componentes cognitivas, que envolvem a apreensão, e determinados correlatos somáticos da ansiedade. Esta dimensão inclui os itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49. A dimensão da hostilidade inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado negativo da cólera e inclui os itens 6, 13, 40, 41 e 46. A dimensão da ansiedade fóbica encontra-se associada a uma resposta de medo persistente, em relação a uma pessoa, local ou situação, que é irracional e desproporcional em relação ao estímulo, e que conduz a comportamentos de evitamento. Os itens incluídos nesta dimensão consistem nos itens 8, 28, 31, 43 e 47. Relativamente à dimensão da ideação paranoide, esta representa o comportamento paranoide, fundamentalmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo. O pensamento projetivo, a hostilidade, o egocentrismo e os delírios são considerados como características desta dimensão. Esta dimensão inclui os itens 4, 10, 24, 48 e 51. Por fim, no que diz respeito à dimensão do psicoticismo, esta abrange itens indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizoide, assim como sintomas primários de esquizofrenia que englobam as alucinações e o controlo de pensamento. Os itens incluídos nesta dimensão consistem nos itens 3, 14, 34, 44 e 53.

Os índices globais consistem em avaliações sumárias de perturbação emocional e englobam o índice geral de sintomas (IGS), que representa a intensidade do mal-estar experienciado pelo indivíduo, o índice de sintomas positivos (ISP), que indica a média da intensidade de todos os sintomas, e o total de sintomas positivos (TSP), que representa o total de queixas sintomáticas que são referenciadas pelo sujeito.

A aplicação do instrumento possui a duração, aproximadamente, de 8 a 10 minutos, e a resposta aos itens é realizada numa escala do tipo Likert, que varia entre 0 (nunca) e 4 (muitíssimas vezes), através da qual o indivíduo avalia o grau em que cada problema o afetou na última semana. A análise das pontuações obtidas nas nove dimensões distintas, fornece informação acerca do tipo de sintomatologia apresentada pelo indivíduo. A leitura dos índices globais permite avaliar, de forma geral, o nível de sintomatologia psicopatológica apresentado pelo sujeito em questão.

Relativamente às características psicométricas, a escala apresenta uma boa validade discriminativa e bons níveis de consistência interna, com os valores alfa de Cronbach a variar entre 0,71 na dimensão psicoticismo e 0,85 na dimensão depressão. A

estrutura fatorial avaliada na população geral e na população não clínica consiste, do ponto de vista conceptual, num indicador da unidade e da solidez do instrumento em questão (Canavarro, 2007).

Positive and Negative Affect Schedule

O Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) (Anexo C) foi desenvolvido, originalmente, por Watson, Clark e Tellegen (1988) e adaptado à população portuguesa por Galinha e Pais-Ribeiro (2005). Este instrumento possui como objetivo avaliar o bem-estar subjetivo e a afetividade dos indivíduos. O instrumento é composto por 20 itens, cuja resposta é realizada numa escala do tipo Likert, que varia entre nada ou muito ligeiramente (1) e extremamente (5).

Dos vinte itens que compõe a escala, dez avaliam o afeto positivo (AP), por exemplo, o entusiasmo, a inspiração e o interesse, e os restantes dez, o afeto negativo (AN), nomeadamente, a irritação, o medo e o nervosismo. Os resultados obtidos através da aplicação do instrumento variam entre 1 e 5, sendo que a presença de resultados mais elevados se encontra associada a níveis mais elevados de afetos positivos ou de afetos negativos. O afeto positivo e o afeto negativo constituem-se como dimensões independentes e, desta forma, um aumento no afeto negativo não implica uma diminuição do afeto positivo, e vice-versa. Tendo em consideração que estas se constituem como duas medidas independentes, não se realiza a soma total do instrumento.

No que diz respeito às características psicométricas, a versão portuguesa da escala apresenta bons níveis de consistência interna, com valores de alfa de Cronbach de 0,86 para a escala de afeto positivo e de 0,89 para a escala de afeto negativo, sendo que se verifica que os valores de consistência interna são de magnitude idêntica aos da escala original. Relativamente à correlação entre o afeto positivo e o afeto negativo, é espetável que esta seja próxima de zero. Assim sendo, o desenvolvimento da presente escala foi realizado com a intenção de que essa correlação fosse próxima de zero, de acordo com o pressuposto de ortogonalidade do modelo defendido pelos autores, sendo que para a escala original essa correlação é de -0,17 e para a presente versão em português é de -0,10. Deste modo, verifica-se que as correlações existentes na escala original e na versão portuguesa possuem uma magnitude idêntica e encontram-se em

consonância com o modelo proposto pelos autores originais (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Procedimentos

O presente estudo de investigação, tal como foi referido anteriormente, encontra-se inserido num projeto de investigação mais amplo que se encontra a ser desenvolvido pelo CLISSIS da Universidade Lusíada de Lisboa (ULL), em parceria com a Universidade Lusíada do Porto (ULP). Neste sentido, tinha-se já procedido ao pedido de autorização à Direcção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (Anexo D) para a realização da recolha de dados nos diversos estabelecimentos prisionais portugueses.

Numa fase inicial do presente estudo, foi estabelecido contacto com a responsável pela realização da investigação, que pertence à Universidade Lusíada de Lisboa, e foram selecionados os estabelecimentos prisionais nos quais seria possível aceder à amostra pretendida.

Posteriormente, foram estabelecidos os contactos necessários com os diretores dos estabelecimentos prisionais pertencentes ao Distrito Judicial de Lisboa e com os responsáveis pelos estudos académicos neste contexto, para que fosse possível agendar o início da recolha de dados e estabelecer os procedimentos a adotar na mesma. Após este contacto, que se prolongou durante um extenso período de tempo, procedeu-se ao início da recolha de dados.

A recolha de dados foi realizada através de dois processos distintos, que consistiram no contacto direto com os reclusos, com o objetivo de aplicar os questionários pretendidos, e na consulta dos processos individuais dos participantes.

Após a seleção dos participantes, foi estabelecido contacto direto com os reclusos que aceitaram participar no estudo. Neste contacto, procedeu-se à explicação do âmbito e dos objetivos da presente investigação, assim como do seu carácter voluntário e confidencial, tendo-se obtido os consentimentos informados de todos os participantes integrados na amostra (Anexo E). No consentimento informado do presente estudo encontram-se devidamente explicados os objetivos da investigação e os instrumentos de avaliação que o compõe, sendo ainda garantidos a confidencialidade e o anonimato no processo de tratamento dos dados. Após assinado o consentimento

informado por parte dos indivíduos que se encontram em reclusão, procedeu-se à aplicação da bateria de testes previamente selecionada de forma grupal, num local neutro, no qual os reclusos pudessem estar devidamente concentrados.

Por fim, foram consultados os processos individuais de todos os reclusos que aceitaram participar de forma voluntária no presente estudo, com o objetivo de recolher os seus dados sociodemográficos e jurídico-penais, para que fosse possível relacioná-los com a existência de sintomatologia psicopatológica no contexto prisional.

Numa fase posterior à recolha de dados, procedeu-se à sua inserção na base de dados previamente construída. Seguidamente, no que diz respeito aos procedimentos estatísticos, procedeu-se à análise dos dados, com recurso ao programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 22 para o Windows, sendo que estes serão apresentados no capítulo seguinte.

Nesta análise foram definidas as variáveis do presente estudo e procedeu-se à realização de métodos de inferência estatística como forma de identificar e de caracterizar as relações existentes entre as variáveis, tendo-se realizado a análise das correlações existentes entre as dimensões do Inventário Breve de Sintomas, a análise de variância (ANOVA) de modo a comparar médias entre os distintos grupos e, por fim, um modelo de regressão linear múltipla, de forma a avaliar o grau ou a força de relacionamento linear entre a variável índice geral de sintomas e as variáveis sexo do sujeito, idade do sujeito, afetos positivos e afetos negativos.

Os dados foram organizados de forma a permitir a sintetização da informação, tendo sido agrupados em tabelas que auxiliam a compreensão das relações existentes entre as variáveis e que permitem uma análise descritiva dos mesmos. Por fim, numa última fase, os dados recolhidos foram analisados à luz da literatura científica existente, tendo-se procedido a uma discussão dos mesmos.

Resultados

Na apresentação dos resultados, procede-se a uma descrição dos dados recolhidos e submetidos a tratamento estatístico, sendo que estes se encontram organizados em tabelas, que pretendem facilitar a compreensão das relações existentes entre as variáveis por parte do leitor. Assim, nesta secção, podem observar-se os resultados obtidos através da realização do presente estudo, sendo que estes irão ser discutidos na secção seguinte.

No que diz respeito à amostra do presente estudo, esta é composta por 41,5% de indivíduos que possuem até 34 anos, inclusive (n=68) e por 58,5% de indivíduos com 35 ou mais anos (n=96). No que diz respeito à nacionalidade, verifica-se que 82,8% dos sujeitos que integram a amostra possuem nacionalidade portuguesa (n=130) e que 17,2% dos participantes possuem outra nacionalidade (n=27). Em relação ao estado civil, verifica-se que 60,2% dos participantes são solteiros (n=97), 21,1% são casados ou encontram-se em união de fato (n=34) e 18,6% são separados, divorciados ou viúvos (n=30). No que diz respeito às habilitações literárias verifica-se que 62,8% dos participantes possuem habilitações até ao 3º ciclo (n=103), 28,7% possuem o ensino secundário (n=47) e 8,5% possuem o ensino universitário (n=14). Em relação ao número de filhos, verifica-se que 26% dos participantes não possuem filhos (n=34), que 34,4% possuem um filho (n=45) e que os restantes 39,6% possuem dois ou mais filhos (n=52). Em relação ao facto de terem sido diagnosticados com uma doença psiquiátrica anteriormente, salienta-se que apenas 16,4% dos participantes foram diagnosticados com uma doença psiquiátrica (n=10).

No que diz respeito ao número de anos de pena dos participantes, verifica-se que 25,9% possuem uma pena até 5 anos (n=36), 45,3% possuem uma pena entre 5 e 10 anos (n=63) e 28,8% dos indivíduos integrados na amostra possuem uma pena entre 10 e 15 ou mais anos (n=40). Relativamente ao número de crimes cometidos, verifica-se que 41,1% dos participantes cometeram apenas 1 crime (n=65) e que 58,9% dos participantes cometeram dois ou mais crimes (n=93). Relativamente ao tipo de crimes que deram origem à reclusão, verifica-se que 33,1% dos sujeitos se encontram reclusos por crimes contra pessoas (n=54). No âmbito dos crimes contra pessoas, salientam-se os crimes contra a vida, sendo que 32,9% dos participantes cometeram crimes contra a vida (n=54). Verifica-se ainda que 20,9% dos indivíduos que integram a amostra se

encontram reclusos por crimes contra o património (n=34), 1,2% se encontram reclusos por crimes contra a vida em sociedade (n=2), 13,5% se encontram em reclusão devido a crimes relativos a estupefacientes (n=22), 0,6% se encontram em reclusão devido a crimes por detenção de arma proibida (n=1), 13,5% se encontram reclusos por crimes contra pessoas e crimes contra o património (n=22), 1,2% dos participantes se encontram em reclusão devido a crimes contra o património e condução sem habilitação legal (n=2), 1,2% se encontram reclusos por crimes contra o património e detenção de arma proibida (n=2), 3,1% dos participantes se encontram reclusos por crimes contra o património e por crimes contra a vida em sociedade (n=5), 1,2% se encontram em reclusão por crimes relativos a estupefacientes e detenção de arma proibida (n=2), 1,2% dos participantes se encontram reclusos devido a crimes contra o estado e crimes relativos a estupefacientes (n=2), 0,6% se encontram reclusos por crimes contra pessoas e crimes relativos a estupefacientes (n=1), 0,6% se encontram em reclusão por crimes contra o património e crimes contra o estado (n=1), 1,2% se encontram reclusos por crimes contra pessoas e por crimes contra o estado (n=2), 0,6% dos participantes se encontram em reclusão por crimes contra o património e crimes relativos a estupefacientes (n=1), 3,7% dos indivíduos se encontram reclusos por crimes contra pessoas e detenção de arma proibida (n=6), 0,6% se encontram em reclusão por crimes contra o património, crimes contra a vida em sociedade e condução sem habilitação legal (n=1) e 0,6% dos participantes se encontram em reclusão por crimes contra pessoas, crimes contra o património, crimes contra o estado e crimes relativos a estupefacientes (n=1).

Em relação ao facto de os participantes se encontrarem atualmente a estudar no contexto prisional, verifica-se que 50,4% dos participantes não se encontram a estudar (n=62) e que 49,6% dos participantes se encontram atualmente a estudar (n=61). Relativamente à realização de funções laborais no contexto prisional, verifica-se que 64,8% dos participantes não possuem uma ocupação laboral (n=35) e que 35,2% dos participantes possuem uma ocupação laboral (n=19).

Tabela 1 - Distribuição das dimensões das escalas

	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 Paranoide	1,27	0,81
Psicoticismo	0,87	0,71
Índice Geral de Sintomas	0,82	0,58
PANAS		
Afetos Positivos	2,96	0,89
Afetos Negativos	1,79	0,65

Na tabela 1, no que se refere ao Inventário Breve de Sintomas, pode verificar-se que os valores médios de sintomatologia psicopatológica apresentados pelos participantes inseridos na amostra são baixos, tendo em consideração que o valor máximo é de 4 e o valor mínimo é de 0. Apesar de os valores serem baixos, verifica-se que a sintomatologia que ocorre com maior frequência em indivíduos inseridos no contexto prisional consiste nas obsessões-compulsões (M=0,98 e DP=0,68), na sensibilidade interpessoal (M=0,90 e DP=0,75), na depressão (M=0,97 e DP=0,92) e na ideação paranoide (M=1,27 e DP=0,80). Deste modo, verifica-se que os sintomas que se encontram mais presentes nos indivíduos que se encontram reclusos encontram-se associados à ideação paranoide. Relativamente ao tipo de sintomatologia que ocorre com menor frequência nos reclusos, salienta-se a somatização (M=0,54 e DP=0,69) e a

ansiedade fóbica (M=0,31 e DP=0,56), sendo que a ansiedade fóbica apresenta efetivamente um valor diminuto, em comparação com as restantes dimensões.

Na tabela 1, que se refere ao PANAS, tendo em consideração que o valor máximo da escala é de 5 e o valor mínimo é de 1, pode observar-se que os afetos positivos apresentam um valor mais elevado (M=2,96 e DP=0,89), enquanto que os afetos negativos apresentam um valor mais reduzido (M=1,79 e DP=0,65). Deste modo, pode constatar-se que os afetos positivos se encontram mais presentes no contexto prisional em comparação com os afetos negativos.

Correlações

Tabela 2 - Correlações entre as variáveis

Variáveis	S	O	SI	D	A	H	AF	IP	P	IGS
S	--									
O	0,637***	--								
SI	0,558***	0,637***	--							
D	0,532***	0,647***	0,689***	--						
A	0,763***	0,728***	0,672***	0,727***	--					
H	0,376***	0,574***	0,440***	0,474***	0,554***	--				
AF	0,626***	0,547***	0,624***	0,489***	0,659***	0,442***	--			
IP	0,442***	0,558***	0,615***	0,530***	0,588***	0,502***	0,498***	--		
P	0,535***	0,730***	0,706***	0,734***	0,744***	0,581***	0,595***	0,610***	--	
IGS	0,770***	0,837***	0,802***	0,838***	0,894***	0,650***	0,723***	0,740***	0,865***	--
AP										-0,190*
AN										0,603***

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; AP – Afetos positivos; AN – Afetos negativos.

Relativamente às correlações entre as distintas dimensões do Inventário Breve de Sintomas (Tabela 2), é possível verificar diversos resultados significativos. Em relação ao índice geral de sintomas, verifica-se que este apresenta uma correlação

positiva forte com a somatização, com as obsessões-compulsões, com a sensibilidade interpessoal, com a depressão, com a ansiedade, com a hostilidade, com a ansiedade fóbica, com a ideação paranoide e com o psicoticismo. Assim, pode constatar-se que, à medida que a intensidade do mal-estar experienciado pelo indivíduo aumenta, todas as dimensões integradas nesta apresentam um aumento, e vice-versa. Relativamente ao psicoticismo, observa-se que este apresenta uma correlação positiva forte com as obsessões-compulsões, com a sensibilidade interpessoal, com a depressão, com a ansiedade e com a ideação paranoide. Assim, pode constatar-se que, à medida que o psicoticismo aumenta, também as dimensões referidas apresentam um aumento, e vice-versa. No que diz respeito à ideação paranoide, verifica-se que esta dimensão apresenta uma correlação positiva forte com a sensibilidade interpessoal. Assim, pode evidenciar-se que, à medida que a ideação paranoide aumenta, a sensibilidade interpessoal apresenta igualmente um aumento, e vice-versa. Em relação à ansiedade fóbica, verifica-se que esta apresenta uma correlação positiva forte com a somatização, com a sensibilidade interpessoal e com a ansiedade. Deste modo, verifica-se que, à medida que a ansiedade fóbica aumenta, também as dimensões referidas anteriormente apresentam um aumento, e vice-versa. No que diz respeito à hostilidade, verifica-se que esta apresenta uma correlação positiva moderada com as obsessões-compulsões e com a ansiedade. Assim, pode constatar-se que, à medida que a hostilidade aumenta, também as dimensões referidas anteriormente apresentam um aumento, ainda que moderado. Relativamente à ansiedade, verifica-se que esta possui uma correlação positiva forte com a somatização, com as obsessões-compulsões, com a sensibilidade interpessoal e com a depressão. Deste modo, verifica-se que, à medida que a sintomatologia ansiosa aumenta, também as dimensões somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal e depressão apresentam um aumento, e vice-versa. No que diz respeito à depressão, verifica-se que esta possui uma correlação positiva forte com as obsessões-compulsões e com a sensibilidade interpessoal. Deste modo, evidencia-se que, à medida que a sintomatologia depressiva aumenta, também as dimensões referidas anteriormente aumentam, e vice-versa. Relativamente à sensibilidade interpessoal, verifica-se que esta possui uma correlação positiva forte com as obsessões-compulsões. Assim, pode constatar-se que, à medida que a sensibilidade interpessoal aumenta, também as obsessões-compulsões apresentam um aumento, e vice-versa. Por fim, no que diz respeito às obsessões-compulsões, esta dimensão possui uma correlação positiva forte com a somatização. Deste modo, pode observar-se que, à medida que as obsessões-

compulsões aumentam, a dimensão referida anteriormente aumenta igualmente, e vice-versa.

Procedeu-se ainda à realização de uma correlação entre o índice geral de sintomas e os afetos positivos e negativos dos participantes, avaliados através da aplicação do questionário PANAS. De acordo com os resultados obtidos, verifica-se que existe uma correlação negativa fraca entre o índice geral de sintomas e os afetos positivos. Isto significa que, à medida que a intensidade do mal-estar experienciado pelo indivíduo aumenta, os afetos positivos apresentam uma diminuição. Verifica-se ainda que existe uma correlação positiva forte entre o índice geral de sintomas e os afetos negativos. Assim, é possível constatar que, à medida que a intensidade do mal-estar experienciado pelo indivíduo aumenta, os seus afetos negativos apresentam igualmente um aumento, e vice-versa.

Análise de Variância (ANOVA)

Tabela 3 - Diferenças de médias relativamente aos sintomas psicopatológicos entre sexos

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 Sintomas	1,20	0,66	0,75	0,53	13,679***
PANAS					
Afetos Positivos	2,40	0,74	3,07	0,87	13,175***
Afetos Negativos	2,01	0,72	1,74	0,63	3,656 (n.s.)

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

No que diz respeito à tabela 3, verifica-se que ao nível do Inventário Breve de Sintomas existem diferenças estatisticamente significativas entre sexos 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 [$z= 13,679$; $p= 0,001$]. Assim, verifica-se que os indivíduos do sexo feminino apresentam um maior número de diversos tipos de sintomatologia psicopatológica e de intensidade do mal-estar experienciado, quando comparados com indivíduos do sexo masculino, salientando-se os valores significativos da somatização, da ansiedade, da depressão e do índice geral de sintomas.

Relativamente ao PANAS, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre sexos no que diz respeito aos afetos positivos [$z= 13,175$; $p= 0,001$]. Deste modo, verifica-se que os indivíduos do sexo masculino revelam um maior número de afetos positivos, quando comparados a indivíduos do sexo feminino.

Tabela 4 - Diferenças de médias relativamente aos sintomas psicopatológicos entre distintas faixas-etárias

Dimensões	Até 34 anos inclusive		35 anos ou mais		Z
	M	DP	M	DP	
BSI					
Somatização	0,47	0,65	0,60	0,71	1,505 (n.s.)
Obsessões-compulsões	1,03	0,69	0,94	0,68	0,590 (n.s.)
Sensibilidade Interpessoal	0,89	0,70	0,91	0,79	0,030 (n.s.)
Depressão	0,97	0,79	0,98	1,01	0,006 (n.s.)
Ansiedade	0,86	0,72	0,79	0,67	0,396 (n.s.)
Hostilidade	0,87	0,75	0,57	0,58	8,348**
Ansiedade Fóbica	0,27	0,54	0,34	0,57	0,634 (n.s.)
Ideação Paranoide	1,31	0,85	1,24	0,78	0,354 (n.s.)
Psicoticismo	0,91	0,77	0,84	0,68	0,475 (n.s.)
Índice Geral de Sintomas	0,86	0,59	0,79	0,57	0,537 (n.s.)
PANAS					
Afetos positivos	3,09	0,90	2,87	0,87	2,287 (n.s.)
Afetos negativos	1,73	0,63	1,83	0,66	0,786 (n.s.)

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

De acordo com os resultados apresentados na tabela 4, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas relativamente à dimensão hostilidade [$z=8,348$; $p=0,004$] entre as distintas faixas-etárias. Assim, pode constatar-se os indivíduos com uma idade inferior a 35 anos de idade, são tendencialmente mais hostis, do que os indivíduos com 35 anos ou mais.

Nos que diz respeito aos afetos positivos [$z= 2,287$; $p= 0,132$] e aos afetos negativos [$z= 0,786$; $p=0,377$], não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos até aos 34 anos e sujeitos com 35 ou mais anos.

Tabela 5 - Diferenças de médias relativamente aos sintomas psicopatológicos em indivíduos com distintos estados civis

Dimensões	Solteiro		Casado/ União de fato		Separado/ Divorciado/ Viúvo		Z
	M	DP	M	DP	M	DP	
BSI							
Somatização	0,52	0,69	0,38	0,54	0,85	0,79	3,849*
Obsessões-compulsões	0,97	0,69	0,77	0,65	1,25	0,64	3,876*
Sensibilidade Interpessoal	0,91	0,80	0,74	0,56	1,08	0,79	1,636 (n.s.)
Depressão	1,00	0,89	0,71	0,71	1,15	1,19	1,931 (n.s.)
Ansiedade	0,86	0,71	0,60	0,57	0,94	0,72	2,308 (n.s.)
Hostilidade	0,74	0,66	0,55	0,72	0,72	0,67	0,973 (n.s.)
Ansiedade Fóbica	0,32	0,60	0,16	0,39	0,47	0,56	2,433 (n.s.)
Ideação Paranoide	1,31	0,89	1,03	0,65	1,44	0,62	2,220 (n.s.)
Psicoticismo	0,90	0,76	0,65	0,54	1,01	0,74	2,243 (n.s.)
Índice Geral de Sintomas	0,87	0,60	0,58	0,39	0,98	0,65	4,057*
PANAS							
Afetos positivos	2,89	0,90	3,19	0,88	2,90	0,85	1,415 (n.s.)
Afetos negativos	1,73	0,60	1,83	0,66	1,89	0,76	0,798 (n.s.)

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

De acordo com os resultados apresentados na tabela 5, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas relativamente à dimensão somatização [z= 3,849; p= 0,023], à dimensão obsessões-compulsões [z= 3,876; p= 0,023] e no índice

geral de sintomas [$z= 4,057$; $p= 0,02$], no que diz respeito aos diferentes estados civis dos sujeitos. Assim, pode constatar-se que os indivíduos separados, divorciados ou viúvos apresentam resultados mais elevados na dimensão somatização ($M= 0,85$ e $DP= 0,79$) e na dimensão relativa às obsessões-compulsões ($M= 1,25$ e $DP= 0,64$). Neste sentido, existe uma maior tendência por parte dos indivíduos separados, divorciados ou viúvos a apresentarem sintomas de somatização e sintomas obsessivo-compulsivos, quando comparados com os indivíduos com estados civis distintos. No que diz respeito ao índice geral de sintomas, verifica-se que os sujeitos separados, divorciados ou viúvos apresentam resultados mais elevados ($M= 0,98$ e $DP= 0,65$) e que os indivíduos casados apresentam resultados mais baixos ($M= 0,58$ e $DP= 0,39$). Deste modo, verifica-se que, os indivíduos que se encontram separados/ divorciados ou que são viúvos apresentam, tendencialmente, uma maior intensidade de mal-estar experienciado e que os indivíduos casados apresentam uma menor intensidade de mal-estar experienciado no contexto prisional.

No que diz respeito aos afetos positivos [$z= 1,415$; $p= 0,246$] e aos afetos negativos [$z= 0,798$; $p= 2,187$], não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos solteiros, casados ou em união de fato e separados, divorciados ou viúvos.

Tabela 6 - Diferenças de médias relativamente aos sintomas psicopatológicos em indivíduos com diferentes números de filhos

Dimensões	Sem filhos		1 Filho		2 Filhos ou mais		Z
	M	DP	M	DP	M	DP	
BSI							
Somatização	0,47	0,58	0,57	0,69	0,63	0,73	0,583 (n.s.)
Obsessões-compulsões	0,95	0,66	0,92	0,66	1,99	0,71	0,113 (n.s.)
Sensibilidade Interpessoal	1,04	0,81	0,77	0,79	0,95	0,74	1,328 (n.s.)
Depressão	0,87	0,83	0,83	0,91	1,12	0,99	1,370 (n.s.)
Ansiedade	0,85	0,63	0,73	0,64	0,86	0,72	0,523 (n.s.)
Hostilidade	0,90	0,76	0,52	0,46	0,66	0,67	3,498*
Ansiedade Fóbica	0,34	0,54	0,26	0,59	0,26	0,41	0,265 (n.s.)
Ideação Paranoide	1,32	0,88	1,07	0,76	1,21	0,59	1,175 (n.s.)
Psicoticismo	0,95	0,85	0,72	0,56	0,94	0,66	1,545 (n.s.)
Índice Geral de Sintomas	0,88	0,60	0,73	0,53	0,86	0,57	0,873 (n.s.)

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

De acordo com os resultados apresentados na tabela 6, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas relativamente à dimensão hostilidade [z= 3,498; p= 0,03]. Assim, pode constatar-se que os sujeitos que não possuem filhos são tendencialmente mais hostis, do que aqueles que possuem um ou dois ou mais filhos.

Tabela 7 - Diferenças de médias relativamente aos sintomas psicopatológicos entre indivíduos preventivos e condenados

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.)

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

De acordo com os resultados apresentados na tabela 7, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas relativamente à dimensão ideação paranoide [z= 8,398; p= 0,004]. Assim, pode constatar-se que os sujeitos cuja situação jurídico-penal é preventiva, apresentam um maior número de sintomatologia associada à ideação paranoide, quando comparados com indivíduos que se encontram condenados.

Tabela 8 - Diferenças de médias relativamente aos sintomas psicopatológicos em indivíduos que cometeram crimes contra a vida e em indivíduos que cometeram outros tipos de crime

Dimensões	Crimes contra a vida		Outros tipos de crime		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 Sintomas	0,73	0,56	0,87	0,58	1,751 (n.s.)

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

De acordo com os resultados apresentados na tabela 8, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas relativamente à dimensão hostilidade [z= 14,464; p= 0,01]. Assim, pode constatar-se que os sujeitos que cometeram crimes contra a vida apresentam um menor número de sintomas pertencentes à dimensão hostilidade, quando comparados a indivíduos que cometeram outros tipos de crime.

Tabela 9 - Diferenças de médias relativamente aos sintomas psicopatológicos em indivíduos que frequentam a escola no contexto prisional e em sujeitos que não frequentam a escola no contexto prisional

Dimensões	Frequenta a escola no contexto prisional		Não frequenta a escola no contexto prisional		Z
	M	DP	M	DP	
BSI					
Somatização	0,50	0,67	0,53	0,66	0,099 (n.s.)
Obsessões-compulsões	0,93	0,64	1,01	0,71	0,413 (n.s.)
Sensibilidade Interpessoal	0,89	0,81	0,91	0,74	0,012 (n.s.)
Depressão	0,76	0,81	1,09	0,96	3,954*
Ansiedade	0,71	0,61	0,83	0,64	1,111 (n.s.)
Hostilidade	0,54	0,53	0,85	0,74	6,762**
Ansiedade Fóbica	0,28	0,55	0,29	0,46	0,001 (n.s.)
Ideação Paranoide	1,11	0,76	1,35	0,80	2,837(n.s.)
Psicoticismo	0,75	0,61	0,93	0,73	2,065 (n.s.)
Índice Geral de Sintomas	0,71	0,52	0,86	0,55	2,167 (n.s.)

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

De acordo com os resultados apresentados na tabela 9, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas relativamente à dimensão depressão [$z = 3,954$; $p = 0,049$] e à dimensão hostilidade [$z = 6,762$; $p = 0,01$]. Assim, pode constatar-se que os sujeitos que frequentam a escola no contexto prisional apresentam um menor número de sintomatologia depressiva e de hostil, em comparação com indivíduos que não frequentam a escola neste contexto.

Tabela 10 - Diferenças de médias relativamente aos sintomas psicopatológicos em indivíduos que possuem uma ocupação laboral no contexto prisional e em sujeitos que não possuem uma ocupação laboral no contexto prisional

Dimensões	Possui uma ocupação laboral no contexto prisional		Não possui uma ocupação laboral no contexto prisional		Z
	M	DP	M	DP	
BSI					
Somatização	0,72	0,74	0,67	0,70	0,060 (n.s.)
Obsessões- compulsões	0,96	0,84	1,05	0,66	0,198 (n.s.)
Sensibilidade Interpessoal	1,03	0,85	0,98	0,89	0,037 (n.s.)
Depressão	0,81	0,85	1,09	1,06	0,959 (n.s.)
Ansiedade	0,76	0,80	0,84	0,61	0,147 (n.s.)
Hostilidade	0,62	0,62	0,74	0,84	0,287 (n.s.)
Ansiedade Fóbica	0,22	0,31	0,36	0,63	0,859 (n.s.)
Ideação Paranoide	1,11	0,75	1,23	0,82	0,298 (n.s.)
Psicoticismo	0,82	0,69	0,94	0,77	0,301 (n.s.)
Índice Geral de Sintomas	0,79	0,59	0,87	0,59	0,195 (n.s.)

Nota: (n.s.) não significativo.

De acordo com os resultados apresentados na tabela 10, não se verifica a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos que possuem uma ocupação laboral no contexto prisional e os sujeitos que não possuem uma ocupação laboral, relativamente às distintas dimensões do Inventário Breve de Sintomas.

Procedeu-se ainda à análise de outras variáveis no âmbito do presente estudo de investigação. No entanto, não foram encontradas diferenças estatisticamente

significativas entre a nacionalidade dos participantes, isto é, o facto de serem ou não portugueses, e as distintas dimensões do Inventário Breve de Sintomas. Ainda no que diz respeito à nacionalidade, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as nacionalidades dos reclusos pertencentes à amostra e os afetos positivos e negativos. Verifica-se igualmente que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações literárias dos participantes, isto é, se possuem até ao 3º ciclo de escolaridade, se possuem o ensino secundário ou se possuem o ensino universitário, e as distintas dimensões do Inventário Breve de Sintomas. Relativamente aos anos de condenação à prisão, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o número de anos de condenação dos participantes (até 5, entre 5 e 10 anos e entre 10 e 15 anos ou mais) e a intensidade de mal-estar experienciado no contexto prisional. Para além disso, não foram também encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o número de anos de condenação dos reclusos e os afetos positivos e negativos. Salienta-se ainda o facto de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o número de crimes, isto é, se os participantes cometeram 1, ou 2 ou mais crimes, e as distintas dimensões do Inventário Breve de Sintomas. Ainda no que diz respeito ao número de crimes, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o número de crimes e os afetos positivos ou negativos dos reclusos. No que diz respeito ao facto de os reclusos receberem visitas enquanto se encontram inseridos no contexto prisional, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre o facto de estes receberem ou não visitas neste contexto e as distintas dimensões do Inventário Breve de Sintomas.

Regressão

Tabela 11 - Regressão linear das variáveis sexo do sujeito, idade do sujeito, afetos positivos e afetos negativos como preditoras do índice geral de sintomas

	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	T
	B	Erro padrão	Beta	
(Constante)	0,246	0,205		1,202
Sexo do Sujeito	0,274	0,100	0,188	2,733**
Idade do Sujeito	-0,004	0,003	-0,081	-1,235 (n.s.)
Afetos Positivos	-0,057	0,041	-0,094	-1,382 (n.s.)
Afetos Negativos	0,477	0,058	0,543	8,157***

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

Relativamente ao índice geral de sintomas, pode constatar-se (Tabela 11) que o sexo do sujeito [B= 0,274; p= 0,007] e os afetos negativos [B= 0,477; p= 0,001] consistem nos principais preditores do índice geral de sintomas. Verifica-se que ambas as variáveis são estatisticamente significativas, o que sugere que os indivíduos do sexo feminino apresentam, tendencialmente, uma maior intensidade de mal-estar experienciado e que, à medida que a intensidade de mal-estar experienciado aumenta, os afetos negativos aumentam igualmente, e vice-versa. É possível verificar, através deste modelo que, na sua totalidade, as variáveis selecionadas explicam 39,3% da variância da intensidade de mal-estar experienciado que os participantes apresentam [R²= 0,393; R² Aj= 0,376; F= 23,162; p= 0,001].

Discussão

Nesta secção do presente trabalho de investigação, procede-se a uma discussão dos resultados apresentados na secção anterior, com base na literatura científica existente, evidenciada no enquadramento teórico.

Tendo em consideração os resultados apresentados, verifica-se que foi possível cumprir o objetivo geral estabelecido inicialmente para o presente estudo. Deste modo, salienta-se que se procedeu à compreensão e à caracterização de determinados fatores que se encontram relacionados com a existência de sintomas psicopatológicos no contexto prisional.

De acordo com Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner, o sujeito desenvolve-se através de ações recíprocas com o meio (Bennetti et al., 2013) e só pode ser compreendido nos contextos sociais em que se encontra inserido (Christensen, 2016; Feldman, Olds & Papalia, 2009), sendo que estes possuem influência ao nível do seu bem-estar biopsicossocial (Bennetti et al., 2013). Este autor propôs que, durante o processo de desenvolvimento, o indivíduo é confrontado com desafios aos quais necessita de se adaptar, sendo deste modo que se desenvolve (Blades, Cowie & Smith, 2015). No entanto, no decorrer de todo este processo, estão presentes determinados fatores de risco que podem influenciar de forma negativa o bem-estar de um sujeito, originando consequentemente sintomas psicopatológicos ou algumas formas de psicopatologia (Feldman, Olds & Papalia, 2013).

A inserção no contexto prisional consiste numa influência não normativa, isto é, num evento incomum que causa um impacto significativo na vida do sujeito, por perturbar a sequência esperada do seu ciclo de vida (Feldman, Martorell & Papalia, 2013). Quando o sujeito se torna recluso, este é obrigado a adaptar-se a um novo padrão de atividades, de papéis e de relações pessoais (Feldman, Martorell & Papalia, 2013; Kipp & Shaffer, 2010), que possuem influência ao nível do seu desenvolvimento psicológico (Bronfenbrenner, 1976) e que ocorrem dentro de um novo microsistema, o contexto prisional (Feldman, Martorell & Papalia, 2013; Kipp & Shaffer, 2010). A inserção no contexto prisional possui impacto no indivíduo, sendo que este é afetado de forma negativa pelos fatores desencadeadores de stress que caracterizam o seu quotidiano, nomeadamente o perigo constante, a privação e a degradação, necessitando de realizar acomodações para se ajustar e para garantir a sua sobrevivência face às

pressões psicológicas presentes neste contexto (Haney, 2012). Assim, o meio prisional, caracterizado pela sua natureza totalitária e de isolamento do mundo exterior (Acin et al., 2014; Bartellas et al., 2016; Enggist, Gatherer & Moller, 2014), pode potenciar o surgimento, o desenvolvimento ou o agravamento de problemas ao nível da saúde mental (Acin et al., 2014; Bartellas et al., 2016; Drapalsky et al., 2009; Enggist, Gatherer & Moller, 2014). A literatura tem vindo a evidenciar que a população inserida no contexto prisional parece revelar índices mais elevados de psicopatologia quando comparada à população que não se encontra inserida neste contexto (Allen et al., 2008; Baillargeon & Fazel, 2011; Durcan & Zwemstra, 2014; Fraser et al., 2011; Grant, Hopkins & Light, 2014; Sinha, 2010). Verifica-se que o meio prisional exige um esforço de adaptação constante por parte dos reclusos, sendo que os estudos demonstram que existem determinados fatores que podem contribuir para a existência de sintomatologia psicopatológica neste contexto (Bolger et al., 2010; Maestre-Miquel et al., 2016), nomeadamente fatores sociodemográficos, como o sexo, a idade, o estado civil, as habilitações literárias, a situação laboral, entre outros (Maestre-Miquel et al., 2016). Apesar de existirem diversos fatores associados ao ambiente prisional que aparentam possuir uma relação com o desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica, neste estudo atribuiu-se um enfoque aos fatores pessoais do recluso, nomeadamente o seu sexo, idade, nacionalidade e habilitações literárias, e à relação que estes possuem com a existência de sintomas psicopatológicos neste contexto. De acordo com o modelo PPCT de Bronfenbrenner, é necessário ter em consideração as características do sujeito em desenvolvimento, sendo que estas influenciam a forma como o indivíduo experiencia os diversos contextos em que se encontra inserido (Martins & Szymanski, 2004). Neste estudo, procurou-se ainda compreender a relação entre determinados fatores familiares, como o estado civil e o número de filhos dos reclusos, e a existência de sintomatologia psicopatológica no contexto prisional. De acordo com o modelo proposto por Bronfenbrenner (1979), o microssistema familiar possui elementos, como padrões de atividades, papéis e relações interpessoais, que influenciam o indivíduo de forma significativa (Feldman, Olds & Papalia, 2009; Johnson, 2008; Kipp & Shaffer, 2010), mesmo quando este se encontra em reclusão (Assis, Constantino & Pinto, 2016). Para além das características pessoais anteriormente mencionadas, no presente estudo, procurou-se também abordar determinados fatores legais, como a situação jurídico-penal do recluso, a duração da pena que lhe foi atribuída, o número de crimes cometidos por este e os tipos de crime que originaram a

sua reclusão, e a sua relação com a existência de sintomas psicopatológicos no contexto prisional. Por fim, no âmbito dos fatores institucionais, procurou-se compreender a relação existente entre a presença de sintomas psicopatológicos no meio prisional e o facto de os reclusos frequentarem o contexto escolar, possuírem uma ocupação laboral e receberem visitas neste contexto.

Tendo em consideração os resultados apresentados na secção anterior, pode verificar-se que foi possível cumprir o principal objetivo do presente estudo, que consistiu em compreender e caracterizar determinados fatores que se encontram relacionados com a existência de sintomatologia psicopatológica no meio prisional. Deste modo, foi possível identificar diversos fatores sociodemográficos, familiares, legais e institucionais que possuem efetivamente uma relação com a existência e com o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos em indivíduos que se encontram em reclusão.

No que diz respeito à sintomatologia que se encontra mais presente no contexto prisional, de acordo com os resultados obtidos no presente estudo, destacam-se as obsessões-compulsões ($M=0,98$), a sensibilidade interpessoal ($M=0,90$), a depressão ($M=0,97$) e a ideação paranoide ($M=1,27$). Os resultados obtidos a este nível encontram-se em consonância com a literatura científica existente. Assim, de acordo com um estudo realizado por Amado et al., (2017), os indivíduos que se encontram reclusos apresentam sintomas obsessivo-compulsivos (Casares et al., 2011; Dirkzwager et al., 2016; Fritsch et al., 2019), que consistem em impulsos e ações indesejados que são experimentados pelo sujeito como impossíveis de controlar, sintomas de sensibilidade interpessoal (Dirkzwager et al., 2016), que incluem sentimentos de inferioridade e de inadequação, hipersensibilidade às opiniões e atitudes de outros indivíduos e inibição ao nível das relações interpessoais, sintomas depressivos (Ahmad & Mazlan, 2014; Al-Rousan et al., 2017; Alves & Maia, 2010; Casares et al., 2011; Coloma, Pérez & Salaberría, 2018; Dirkzwager et al., 2016; Fritsch et al., 2019; Fuentes, Giacóia & Hammerschmidt, 2011; Gonçalves & Moreira, 2010; Prakash et al., 2015), associados à falta de motivação, à desesperança, a pouca energia e a ideias autodestrutivas, e sintomas de ideação paranoide (Alves & Maia, 2010; Casares et al., 2011; Coloma, Pérez & Salaberría, 2018; Dirkzwager et al., 2016; Gonçalves & Moreira, 2010), que incluem a suspeita, a ideação delirante, a hostilidade, o medo da perda de autonomia e de independência, e a necessidade de controlo. Para além dos

sintomas referidos, de acordo com Amado et al., (2017), verifica-se ainda que a população reclusa apresenta sintomas de somatização (Casares et al., 2011), sintomas associados à ansiedade (Al-Rousan et al., 2017; Alves & Maia, 2010; Casares et al., 2011; Coloma, Pérez & Salaberría, 2018; Fritsch et al., 2019; Fuentes, Giacóia & Hammerschmidt, 2011; Gonçalves & Moreira, 2010; Prakash et al., 2015), que incluem tensão, nervosismo e ataques de pânico, sintomas característicos da hostilidade, como pensamentos, sentimentos e comportamentos agressivos, raiva e irritabilidade excessiva, sintomas de ansiedade fóbica, que englobam o medo irracional e desproporcional de pessoas, objetos, lugares ou situações, e, por fim, sintomas de psicoticismo (Coloma, Pérez & Salaberría, 2018; Gonçalves & Moreira, 2010; Dirkzwager et al., 2016), que se encontram associados à alienação social. O'Connell (2018) enfatiza a prevalência da sintomatologia depressiva no contexto prisional, referindo que os reclusos são mais afetados por sintomas depressivos, do que por sintomas associados à ansiedade, conclusões estas que se encontram em consonância com os resultados obtidos no presente estudo. De uma forma geral, como é possível verificar, a literatura científica enfatiza a prevalência de sintomatologia psicopatológica no contexto prisional, não obstante o facto de o tipo de sintomatologia que se encontra mais presente neste meio apresentar variações, de acordo com os diversos autores que foram mencionados. No presente estudo, os resultados obtidos nas distintas dimensões relativamente à média de sintomatologia experienciada pelos reclusos no contexto prisional foram baixos, o que pode ser explicado pelo facto de a amostra ser reduzida.

De acordo com Brofenbrenner (1976), as características do indivíduo possuem influência na forma como este vivencia os contextos, nomeadamente na forma como este experiencia o contexto prisional. Ao nível dos fatores sociodemográficos, procurou-se compreender a relação entre determinadas características relativas aos próprios reclusos, como o sexo, a idade, a nacionalidade e as habilitações literárias, e a existência de sintomatologia psicopatológica.

Relativamente à relação entre o sexo dos participantes e a prevalência de sintomatologia psicopatológica, verifica-se que os indivíduos do sexo feminino apresentam resultados mais elevados nas dimensões somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, ideação paranoide, psicoticismo e no índice geral de sintomas, em comparação com os sujeitos do sexo masculino. Deste modo, verifica-se que indivíduos do sexo feminino apresentam um

maior número de diversos tipos de sintomatologia psicopatológica e uma maior intensidade de mal-estar experienciado no contexto prisional, quando comparados com os indivíduos do sexo oposto. Estes resultados encontram-se em consonância com a literatura existente, sendo que existem evidências que demonstram que os sujeitos do sexo feminino que se encontram em reclusão tendem a revelar um número mais elevado de sintomas psicopatológicos (Anumba et al., 2008; Brooker et al., 2009), nomeadamente sintomas de ansiedade (Anumba et al., 2008; Drapalsky et al., 2009; Grant, Hopkins & Light, 2014) e de depressão (Anumba et al., 2008; Ahmad & Mazlan, 2014; Grant, Hopkins & Light, 2014). Um estudo realizado mais recentemente encontra-se também em consonância com os resultados obtidos através da realização do presente trabalho de investigação. Assim, de acordo com Alves, Dutra e Maia (2013), os sujeitos do sexo feminino revelam níveis mais elevados de psicopatologia, particularmente no que diz respeito às obsessões-compulsões, à sensibilidade interpessoal, à depressão, à ansiedade e à ideação paranoide (Aguirre, Bergh & Plugge, 2014). Verifica-se que, ao nível da dimensão da hostilidade, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre ambos os sexos. Este resultado vai no sentido de um estudo realizado também por Alves, Dutra e Maia (2013), no qual não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre ambos os sexos em relação à dimensão hostilidade e à dimensão somatização. No entanto, em relação à somatização, no presente estudo, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre ambos os sexos, com os indivíduos do sexo feminino a apresentarem um maior número de sintomatologia associada a esta dimensão. Através dos resultados obtidos e da literatura científica existente, é possível concluir que os indivíduos do sexo feminino inseridos no contexto prisional padecem de um número mais elevado de perturbações mentais e de sintomas psicopatológicos, em comparação com os sujeitos pertencentes ao sexo masculino (Aguirre, Bergh & Plugge, 2014; Al-Rousan et al., 2017; Amboni et al., 2011; Coloma, Pérez & Salaberría, 2018; Drapalsky et al., 2009; Durcan & Zwemstra, 2014; Meade & Steiner, 2013). No entanto, verifica-se que, no presente estudo, a amostra de indivíduos pertencentes ao sexo feminino (n=26) é muito inferior à de sujeitos do sexo masculino (n=138), o que teve, provavelmente, influência ao nível dos resultados obtidos. Não obstante este facto, apesar de apenas existirem diferenças estatisticamente significativas entre sexos nas dimensões somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, ideação paranoide, psicoticismo e no índice geral de sintomas, verifica-se que os indivíduos do

sexo feminino apresentam valores mais elevados, em comparação com os sujeitos do sexo masculino, em todas as dimensões do Inventário Breve de Sintomas, o que se encontra em consonância com a literatura científica existente. Atendendo aos resultados obtidos, assume-se como fundamental que os sujeitos do sexo feminino beneficiem de programas específicos de intervenção (Alves & Maia, 2010; Alves, Dutra & Maia, 2013; Anumba et al., 2008; Assis, Constantino & Pinto, 2016; Drapalsky et al., 2009; Fazel et al., 2010), direcionados para as suas características e particularidades, que são efetivamente distintas das que os indivíduos do sexo masculino apresentam (Alves & Maia, 2010; Alves, Dutra & Maia, 2013; Anumba et al., 2008; Assis, Constantino & Pinto, 2016; Fazel et al., 2010; Grant, Hopkins & Light, 2014).

Relativamente à relação entre a faixa-etária dos participantes e a presença de sintomatologia psicopatológica, verifica-se que os indivíduos mais jovens apresentam, tendencialmente, mais sintomas de hostilidade, quando comparados a sujeitos mais velhos. Ao nível das restantes dimensões de psicopatologia, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as idades dos participantes no que diz respeito à existência de sintomas psicopatológicos. Estes resultados vão no sentido de um estudo realizado por Gonçalves e Gonçalves (2012), que evidenciou que os indivíduos mais jovens tendem a adotar comportamentos mais agressivos, violentos e hostis no contexto prisional (Cunningham, Kuanliang & Sorensen, 2008). Apesar de não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas entre as distintas faixas-etárias no que diz respeito às restantes dimensões do Inventário Breve de Sintomas, num estudo realizado por Meade e Steiner (2013) verificou-se que sujeitos mais jovens inseridos no contexto prisional manifestavam também um maior número de sintomatologia depressiva, maníaca e delirante. O facto de a amostra ser reduzida não permitiu, conseqüentemente, dividir as faixas-etárias dos participantes em diversos escalões distintos, tendo-se apenas dividido entre sujeitos que possuem até aos 34 anos, inclusive (n=68) e indivíduos que possuem 35 ou mais anos (n=96), o que poderá ter exercido influência ao nível dos resultados obtidos.

No que diz respeito à relação existente entre a nacionalidade dos participantes e a presença de sintomatologia psicopatológica no contexto prisional, no presente estudo de investigação, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos portugueses e indivíduos de outras nacionalidades, no que diz respeito à presença de sintomas psicopatológicos. Os resultados obtidos podem encontrar-se

associados ao facto de o número de indivíduos que não possuem nacionalidade portuguesa ser diminuto (n=27) em comparação com o número de sujeitos de nacionalidade portuguesa (n=130). Assim sendo, não é possível a realização de comparações estatisticamente significativas a este nível. O número reduzido de participantes de outras nacionalidades integrados neste estudo, não permitiu que se realizasse uma análise de variância entre as distintas nacionalidades, que poderia ter evidenciado determinados resultados significativos.

Relativamente à relação entre as habilitações literárias dos participantes e a presença de sintomatologia psicopatológica no contexto prisional, no presente estudo, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos com habilitações até ao 3º ano de escolaridade, com o ensino secundário ou com o ensino universitário. Num estudo realizado por Ahmadvand et al., (2014), também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as distintas habilitações literárias dos participantes, no que diz respeito à existência de sintomatologia psicopatológica. No entanto, estes resultados não se encontram em consonância com a maioria da literatura científica existente, sendo que num estudo realizado por Gameda (2013), foram demonstradas diferenças estatisticamente significativas entre sujeitos com distintas habilitações literárias no que diz respeito à presença de sintomatologia psicopatológica. Assim, nesse estudo, verificou-se que os indivíduos analfabetos e os sujeitos que possuíam apenas o ensino primário, apresentavam um maior número de sintomatologia psicopatológica. Também num estudo realizado por Dirkzwager et al., (2016), foi possível verificar-se que indivíduos com menores níveis de habilitações literárias possuíam maior tendência a apresentar sintomas psicopatológicos. No entanto, nesse estudo, tal como no presente estudo, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas ao nível das obsessões-compulsões, da depressão, da hostilidade, da ideação paranoide e do psicoticismo nos indivíduos com distintas habilitações literárias. Noutro estudo realizado por Berzofsky e Bronson (2017) verificou-se que os reclusos que possuíam o ensino universitário revelavam menor tendência a apresentar problemas ao nível da saúde mental, quando comparados com sujeitos que possuíam o ensino secundário. No presente estudo de investigação, apesar de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as distintas habilitações literárias dos participantes relativamente à existência de sintomatologia psicopatológica, verificou-se que a média de sintomas psicopatológicos

dos indivíduos com o ensino universitário foi inferior no que diz respeito a todas as dimensões do Inventário Breve de Sintomas. Estes resultados encontram-se em consonância com os estudos anteriormente mencionados, que enfatizam que os indivíduos com menos habilitações literárias possuem tendência a apresentar um número mais elevado de sintomatologia psicopatológica. Os resultados obtidos neste estudo podem encontrar-se associados à desigualdade do número de participantes que possui o 3º ciclo (n=103), o ensino secundário (n=47) e o ensino universitário (n=14) e que não permite, conseqüentemente, a realização de comparações estatisticamente significativas a este nível.

Apesar de o sujeito se encontrar recluso no contexto prisional, este pertence também a outros microssistemas, nomeadamente o microssistema familiar, que possui influência ao nível do seu desenvolvimento psicológico (Brofenbrenner, 1976). Neste estudo, procurou-se também compreender se determinadas características associadas ao microssistema familiar, como o estado civil e o número de filhos dos participantes, possuem uma relação com a existência e o desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica no contexto prisional. Deste modo, procurou-se estudar a relação entre determinados fatores familiares e a presença de sintomas psicopatológicos em indivíduos que se encontram em reclusão.

No que diz respeito à relação existente entre o estado civil dos participantes e o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos, verifica-se que os indivíduos separados, divorciados ou viúvos apresentam um maior número de sintomas de somatização e de sintomas obsessivo-compulsivos, assim como uma maior intensidade de mal-estar experienciado no contexto prisional, quando comparados com sujeitos solteiros, casados ou em união de fato. Apesar de apenas existirem diferenças estatisticamente significativas entre estados civis em relação às dimensões somatização e obsessões-compulsões, e ao índice geral de sintomas, verifica-se que a média de sintomatologia apresentada pelos sujeitos casados ou que se encontram em união de facto é reduzida, em comparação com a média apresentada pelos indivíduos solteiros e pelos sujeitos separados, divorciados ou viúvos, relativamente a todas as dimensões do Inventário Breve de Sintomas. Para além disso, verifica-se ainda que a média de sintomatologia apresentada pelos indivíduos separados, divorciados e viúvos é superior em relação a todas as dimensões do Inventário Breve de Sintomas, com exceção da dimensão hostilidade, na qual os indivíduos solteiros evidenciam uma média superior ($M=0,74$ e

DP=0,66). A literatura científica demonstra que o vínculo familiar consiste num fator protetor para a saúde mental em contexto prisional, sendo que a ligação entre os reclusos e a sua respetiva família neste contexto pode trazer benefícios, nomeadamente em relação à futura reinserção do sujeito na sociedade (Assis, Constantino & Pinto, 2016; Durcan & Zwemstra, 2014). Num estudo realizado por Ahmadvand et al., (2014), tal como no presente estudo, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os distintos estados civis dos participantes, no que diz respeito à existência de sintomatologia psicopatológica. Noutro estudo realizado por Berzofsky e Bronson (2017), verificou-se igualmente que os indivíduos casados possuem menor tendência para apresentar problemas ao nível da saúde mental. Assim, pressupõe-se que o facto de o indivíduo ser casado e de possuir o suporte social da esposa/o, pode constituir-se como um fator protetor para a existência de sintomatologia psicopatológica no contexto prisional (Ahmadvand et al., 2014)

Relativamente à relação entre o número de filhos dos participantes e a existência de sintomatologia psicopatológica, verifica-se, de acordo com o presente estudo, que os indivíduos que não possuem filhos são, tendencialmente mais hostis, do que aqueles que possuem um, ou dois ou mais filhos. De acordo com a literatura científica, a preservação de um bom vínculo familiar, tanto para indivíduos do sexo feminino, como para sujeitos do sexo masculino, constitui-se como fundamental no âmbito da redução de algum tipo de sintomatologia psicopatológica (Assis, Constantino & Pinto, 2016). Num estudo realizado por Arriola et al., (2015), verificou-se que o suporte e o apoio social, nomeadamente aquele que é fornecido pela família, associa-se de forma positiva ao bem-estar e à saúde mental (Cotton et al., 2016). Deste modo, numa investigação realizada por Carlson et al., (2009), demonstrou-se que maiores níveis de contacto de reclusos do sexo feminino com os seus respetivos filhos encontram-se associados a uma diminuição do stress parental. No entanto, verificou-se ainda que, em reclusos de ambos os sexos que possuem filhos, existe uma associação entre altos níveis de stress parental e o incremento da violência e dos comportamentos agressivos no contexto prisional, existindo um aumento dos sintomas referentes à hostilidade. Para além disso, noutro estudo realizado por Argimon e Canazaro (2010), verificou-se que os reclusos do sexo feminino que possuem filhos, apresentam uma média mais elevada relativamente à sintomatologia depressiva, em comparação com os sujeitos que não possuem filhos. Os resultados obtidos neste estudo não se encontram em consonância com os resultados

evidenciados nas investigações mencionada anteriormente, sendo que se coloca a hipótese de os reclusos com filhos pertencentes aos estabelecimentos prisionais nos quais se procedeu à recolha de dados, beneficiarem de proximidade com os filhos e com os seus respetivos cuidadores, o que pode originar níveis mais reduzidos de stress parental e de sintomatologia psicopatológica. Não obstante o facto de os resultados obtidos no presente estudo não evidenciarem a existência de um maior número de sintomatologia psicopatológica em sujeitos com filhos, torna-se relevante a implementação de intervenções no âmbito da parentalidade para reclusos que são pais, com o objetivo de promover a sua adaptação, de forma construtiva, ao processo de separação, e de prevenir o aumento da violência e da hostilidade no contexto prisional (Carlson et al., 2009),

Tendo em consideração que o vínculo familiar consiste num fator de proteção para a saúde mental, ressalta-se a necessidade da existência de estratégias que visem fortalecer os vínculos familiares no contexto prisional. A preservação deste vínculo consiste num direito que deve ser assegurado aos reclusos e que contribui, simultaneamente, para a prevenção do surgimento e do agravamento de problemas emocionais neste contexto (Assis, Constantino & Pinto, 2016).

No âmbito do presente estudo de investigação, procurou-se também estudar a relação entre os fatores legais, como a situação jurídico-penal do recluso, a duração da pena que lhe foi atribuída, o número de crimes cometidos por este e os tipos de crime que originaram a sua reclusão, e a existência de sintomas psicopatológicos no contexto prisional.

No que diz respeito à relação entre a situação jurídico-penal dos participantes e a existência de sintomatologia psicopatológica, pode observar-se que os sujeitos que se encontram em estado preventivo apresentam um maior número de sintomas associados à ideiação paranoide, em comparação com os indivíduos que se encontram condenados. De acordo com a literatura científica existente, o facto de os indivíduos se encontrarem em prisão preventiva acarreta um nível de stress adicional, tendo em consideração que os sujeitos possuem visitas judiciais repetidas e um grau significativo de incerteza em relação ao seu futuro, nomeadamente em relação à pena que lhes será atribuída, o que pode contribuir, conseqüentemente, para o incremento da existência de sintomatologia psicopatológica (Birmingham et al., 2011). Num estudo realizado por Almeida e Jesus

(2017), verificou-se a existência de uma maior prevalência de perturbações mentais em indivíduos que se encontram preventivos, em comparação com sujeitos já condenados. Outro estudo realizado por Aristizábal, Garcia e Serrano (2016), evidencia que, nos reclusos que se encontram em prisão preventiva, podem surgir sintomas de ansiedade, associados ao desconhecimento do estado judicial dos seus processos, à falta de conhecimento ou de comunicação com os seus respetivos advogados e ao facto de se encontrarem a aguardar benefícios ou sentenças. Apesar de o presente estudo de investigação não ter revelado diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos preventivos e condenados, no que diz respeito à sintomatologia ansiosa, verifica-se que a média de sintomas relativos à ansiedade é superior nos indivíduos que são atualmente preventivos ($M=1,02$ e $DP=0,83$), em comparação com os sujeitos que se encontram condenados ($M=0,79$ e $DP=0,66$). Também num estudo realizado por Dirkzwager et al., (2016), foi possível verificar-se que os indivíduos que se encontram em prisão preventiva apresentam um maior número de sintomatologia psicopatológica. Apesar das evidências científicas referidas anteriormente, neste estudo, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as distintas situações jurídico-penais dos reclusos, em relação à dimensão ideação paranoide, não se tendo verificado uma relação no que diz respeito às restantes dimensões. Num estudo realizado por Argimon e Canazaro (2010), tal como no presente estudo, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre reclusos preventivos e condenados no que diz respeito à sintomatologia depressiva, o que parece evidenciar, tendo em consideração a literatura existente, que as dimensões da ideação paranoide e da ansiedade são aquelas que apresentam maior relação com a situação jurídico-penal do indivíduo.

Relativamente à relação existente entre o número de anos de condenação à prisão e a intensidade de mal-estar experienciado pelos indivíduos que se encontram inseridos no contexto prisional, no presente estudo, não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos cuja pena possui uma duração até 5 anos, de 5 a 10 anos, e de 10 a 15 anos ou mais. Estes resultados não se encontram em consonância com a literatura científica existente, sendo que, num estudo realizado por Ahmadvand et al., (2014), foi possível observar uma relação entre a presença de sintomas psicopatológicos no contexto prisional e a duração da pena atribuída aos reclusos. No entanto, no estudo anteriormente referido, não foi especificada a relação existente entre estas duas variáveis. A ausência, no presente estudo, de uma relação

entre o número de anos de condenação do recluso à prisão e a existência de sintomatologia psicopatológica neste contexto, pode encontrar-se associada ao facto da amostra ser reduzida.

No que diz respeito à relação entre o número de crimes cometidos por parte dos participantes do estudo e a presença de sintomatologia psicopatológica no contexto prisional, verifica-se que, não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre sujeitos que cometeram 1 crime ou 2 ou mais crimes, no que diz respeito à presença de sintomas psicopatológicos neste contexto. Ao nível da literatura existente, não foram encontrados estudos nos quais se tivesse estabelecido uma relação entre as variáveis número de crimes cometidos e sintomatologia psicopatológica.

Relativamente à relação entre os tipos de crime cometidos pelos participantes do estudo e a presença de sintomatologia psicopatológica, verifica-se que os indivíduos que cometeram crimes contra a vida, apresentam um número menor de sintomas associados à hostilidade, em comparação com sujeitos que se encontram em reclusão devido a outros tipos de crime. Também num estudo realizado por Gameda (2013), se verificou que os tipos de crime cometidos pelos indivíduos inseridos no contexto prisional, apresenta uma relação com a presença de sintomatologia psicopatológica neste ambiente. No entanto, nesse mesmo estudo, não foi explicada a relação existente entre ambas as variáveis. Noutro estudo realizado por Buckaloo, Krug e Nelson (2009), foi possível verificar que o tipo de crime cometido pelo indivíduo que se encontra em reclusão possui influência ao nível do seu distress emocional e da sua sintomatologia psicopatológica (Prakash et al., 2015). No entanto, salienta-se ainda que existem estudos que sugerem que não existe uma relação entre os tipos de crime cometidos e a existência de determinadas perturbações mentais ou de sintomatologia psicopatológica no contexto prisional (Ahmadvand et al., 2014).

Relativamente aos fatores institucionais, verifica-se que as condições do contexto prisional apresentam variações, e possuem influência sobre a natureza das mudanças vivenciadas pelos reclusos aquando da sua inserção neste meio, sendo que, também estes, apresentam variações na forma como são afetados pelas condições existentes (Haney, 2012). Neste estudo procurou-se compreender a relação existente entre a presença de sintomas psicopatológicos no contexto prisional e o facto de os

reclusos frequentarem o contexto escolar, possuírem uma ocupação laboral e receberem visitas neste contexto.

No que diz respeito à relação existente entre a frequência do contexto escolar por parte dos reclusos e a existência de sintomas psicopatológicos, é possível observar que indivíduos que se encontram atualmente a estudar no contexto prisional, apresentam um menor número de sintomatologia depressiva e de sintomatologia associada à hostilidade, em comparação com sujeitos que não se encontram inseridos no contexto académico. Apesar de apenas se ter verificado uma relação entre a frequência do contexto escolar e as dimensões depressão e hostilidade, verifica-se que os indivíduos que se encontram a estudar no contexto prisional, apresentam uma média de sintomatologia psicopatológica inferior aos sujeitos que não se encontram a estudar neste contexto, no que diz respeito a todas as dimensões do Inventário Breve de Sintomas. De acordo com a literatura científica existente, o facto de os reclusos se encontrarem inseridos numa ocupação, no decorrer da sua permanência no contexto prisional, pode contribuir para a diminuição da sintomatologia psicopatológica (Assis, Constantino & Pinto, 2016). Num estudo realizado por Bijleveld et al., (2011), verificou-se que indivíduos do sexo feminino que percecionavam as condições de educação como negativas, possuíam uma maior tendência para apresentar sintomas psicopatológicos no decorrer da sua inserção no contexto prisional. Noutro estudo longitudinal realizado por Fritsch et al., (2019), verificou-se que o facto de os sujeitos estudarem enquanto se encontram em reclusão, demonstrou uma associação forte com a melhoria da sintomatologia psicopatológica durante a sua permanência no contexto prisional. Por outro lado, ao contrário dos resultados evidenciados no presente estudo, numa investigação realizada por Argimon e Canazaro (2010), não foi possível observar uma diminuição da sintomatologia depressiva em indivíduos do sexo feminino que se encontravam a estudar no contexto prisional, sendo que se verificou, inclusivamente, que estes sujeitos apresentavam uma média mais elevada de sintomas depressivos. O facto de se ter verificado, no presente estudo de investigação, que os sujeitos que estudam no contexto prisional apresentam um número menos elevado de sintomatologia depressiva e de hostilidade, pode encontrar-se associado ao facto de a escola, dentro dos estabelecimentos prisionais nos quais se procedeu à recolha de dados, consistir num ambiente mais descontraído, no qual os reclusos se podem relacionar de forma distinta do que ocorre no interior das celas e desenvolver novas aprendizagens, não estando

confinados ao isolamento do mundo exterior. Tendo em consideração os resultados obtidos e a literatura científica evidenciada, verifica-se que os estabelecimentos prisionais devem promover a educação dos reclusos. A inserção destes no contexto escolar, para além de se encontrar associada a um nível menos elevado de sintomatologia psicopatológica, contribui ainda para a redução da sua reincidência criminal (Chalatsis, 2016; Crabbe, 2016; Esperian, 2010) e facilita a sua, posterior, reintegração na sociedade e no mercado de trabalho (Chalatsis, 2016; Crabbe, 2016).

Relativamente à relação existente entre o facto de os reclusos possuírem uma ocupação laboral no contexto prisional e a presença de sintomatologia psicopatológica, no presente estudo, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos que possuem uma ocupação laboral e entre sujeitos que não possuem uma ocupação laboral neste contexto, no que diz respeito à existência de sintomas psicopatológicos. No entanto, os resultados obtidos não se encontram em consonância com a literatura científica existente, tendo em consideração que, de acordo com as evidências, a integração numa ocupação laboral em contexto prisional se constitui como um fator protetor para a presença de sintomatologia psicopatológica e de stress neste meio. Os estudos realizados demonstram que os sujeitos do sexo feminino, que se encontram inseridos numa atividade laboral dentro do ambiente prisional, apresentam um menor número de sintomas depressivos, quando comparados com indivíduos que não possuem uma ocupação laboral (Argimon & Canazaro, 2010; Assis, Constantino & Pinto, 2016). Também neste estudo se verifica que a média de sintomas depressivos dos indivíduos que se encontram a trabalhar ($M=0,81$ e $DP=0,85$) é inferior à dos sujeitos que não se encontram inseridos numa ocupação laboral no contexto prisional ($M=1,09$ e $DP=1,06$). Para além disso, de acordo com Meade e Steiner (2013), os sujeitos do sexo masculino que passam menos horas numa ocupação laboral, apresentam um número mais elevado de sintomatologia depressiva, maníaca e delirante, comparativamente com indivíduos que despendem de mais horas envolvidos numa dada tarefa. Num estudo longitudinal realizado por Fritsch et al., (2019), verificou-se que o facto de os reclusos possuírem uma ocupação laboral remunerada demonstrou uma forte associação com a melhoria dos sintomas psicopatológicos durante a sua permanência no contexto prisional. Para além disso, a literatura científica demonstra ainda que, a perceção negativa das condições de trabalho existentes no contexto prisional, pode também contribuir para a presença e para o agravamento da sintomatologia psicopatológica em

indivíduos do sexo feminino (Bikleveld, 2011). O facto de, no presente estudo, os resultados não serem significativos, pode encontrar-se associado à ausência de informações, nos processos individuais, acerca da inserção dos reclusos numa ocupação laboral, o que reduz conseqüentemente o número de indivíduos pertencentes à amostra. Tendo em consideração as evidências apresentadas anteriormente e, não obstante os resultados obtidos no presente estudo investigação, considera-se que a inserção dos reclusos numa ocupação laboral em contexto prisional consiste num fator de proteção para o surgimento e para o desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica (Argimon & Canazaro, 2010).

Relativamente à relação entre a existência de visitas no contexto prisional e a presença de sintomatologia psicopatológica, é possível observar que não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre o facto de os sujeitos receberem ou não visitas neste contexto, no que diz respeito às distintas dimensões do Inventário Breve de Sintomas. Os resultados obtidos podem encontrar-se associados ao facto de o número de indivíduos que não recebe visitas no contexto prisional ser diminuto ($n=13$), em comparação com o número de sujeitos que recebe visitas ($n=106$) neste contexto. Deste modo, não é possível a realização de comparações estatisticamente significativas a este nível. No entanto, apesar de no presente estudo não se ter verificado uma relação entre o facto de os reclusos receberem ou não visitas e a existência de sintomatologia psicopatológica, verifica-se que a média de sintomas psicopatológicos dos indivíduos que não recebem visitas no contexto prisional é superior à média dos indivíduos que recebem visitas neste contexto em todas as dimensões do Inventário Breve de Sintomas, com exceção da dimensão somatização. A literatura científica evidencia a importância de permanecer em contacto com a família através de visitas prisionais, que contribuem para a manutenção dos laços familiares, para a realização de uma reabilitação bem-sucedida, para a reintegração do recluso na sociedade e para a redução da sua reincidência criminal (Dixey & Woodall, 2015). Num estudo realizado por Gonçalves e Gonçalves (2012), verificou-se que os indivíduos com um menor número de visitas no contexto prisional tendiam a apresentar valores mais elevados no que diz respeito às dimensões da agressividade e da hostilidade. A ausência de visitas pode encontrar-se associada a sentimentos de ansiedade por parte dos reclusos devido à falta que sentem dos indivíduos que se encontram no mundo exterior, nomeadamente dos seus parceiros (Balbar & Duncan, 2008). Noutro estudo realizado por Claire e Dixon (2015), foi

também possível verificar que as visitas contribuem para a redução da sintomatologia depressiva em indivíduos do sexo feminino e em adolescentes que se encontram em reclusão, melhorando o seu bem-estar dentro do ambiente prisional. Também de acordo com Cauffman, Goldweber e Monahan (2011), os jovens que recebem visitas dos seus pais apresentam uma diminuição da sintomatologia depressiva no decorrer do tempo inseridos no contexto prisional, em comparação com os jovens que não recebem visitas. Para além disso, estes autores salientam ainda que, quanto maior o número de visitas dos pais aos jovens inseridos neste contexto, maior a diminuição da sua sintomatologia depressiva. Argimon e Canazaro (2010) referem que o suporte externo fornecido pelas visitas, quer de familiares, quer de amigos, pode representar um fator relevante para evitar o agravamento dos sintomas depressivos no decorrer da permanência em contexto prisional. Num estudo realizado por estes autores, verificou-se que, os reclusos do sexo feminino que não recebiam visitas, possuíam valores mais elevados relativamente à sintomatologia depressiva, em comparação com sujeitos que recebiam visitas. Assim, é possível constatar-se a importância que as visitas assumem neste ambiente, promovendo a reabilitação dos reclusos e a sua conseqüente reintegração na sociedade (Connor & Tewksbury, 2015; Dixey & Woodall, 2015). Neste sentido, é necessário que os estabelecimentos prisionais reconheçam os benefícios associados às visitas neste contexto, e que procurem promover estratégias alternativas focadas nos reclusos que possuem menos probabilidade de receber visitas, com o objetivo de aumentar a sua saúde mental, de melhorar o seu funcionamento social e de diminuir as taxas de reincidência existentes (Connor & Tewksbury, 2015).

No que se refere aos principais preditores de intensidade de mal-estar experienciado pelos indivíduos que se encontram inseridos no contexto prisional, verifica-se que o sexo e os afetos negativos se constituem como os principais fatores que contribuem para a experiência de mal-estar neste contexto. Assim, de acordo com os resultados obtidos, através da realização do presente estudo, verifica-se que os indivíduos do sexo feminino apresentam uma maior tendência para experienciar mal-estar no contexto prisional e que, à medida que a intensidade de mal-estar experienciado aumenta, os afetos negativos apresentam igualmente um aumento, e vice-versa. Como foi já mencionado anteriormente, os indivíduos do sexo feminino inseridos no ambiente prisional, padecem de um número mais elevado de perturbações mentais e de sintomas psicopatológicos, em comparação com indivíduos pertencentes ao sexo masculino

(Aguirre, Bergh & Plugge, 2014; Al-Rousan et al., 2017; Amboni et al., 2011; Berzofsky & Bronson, 2017; Brooker et al., 2009; Coloma, Pérez & Salaberría, 2018; Drapalsky et al., 2009; Durcan & Zwemstra, 2014; Grant, Hopkins & Light, 2014; Meade & Steiner, 2013). Deste modo, é possível constatar que os sujeitos pertencentes ao sexo feminino que se encontram inseridos no contexto prisional são afetados de forma desigual à dos indivíduos do sexo masculino, pela inserção neste contexto (Birmingham et al., 2011). Para além disso, os resultados do presente estudo de investigação enfatizam que os afetos negativos dos sujeitos se encontram também relacionados com a intensidade de mal-estar experienciado no contexto prisional. No entanto, não foi encontrada literatura que aborde a relação existente entre a sintomatologia psicopatológica e os afetos negativos.

Os resultados obtidos através da realização do presente estudo, enfatizam a necessidade de intervenções em contexto prisional que procurem minimizar os efeitos negativos da privação de liberdade ao nível da saúde mental dos reclusos (Coloma, Pérez & Salaberría, 2018). Os estabelecimentos prisionais devem procurar promover um ambiente favorável, que integre o acesso dos reclusos a serviços de saúde e a apoios psicossociais, pedagógicos e laborais (Damas & Oliveira, 2013). Enfatiza-se, deste modo, a necessidade de existir uma responsabilização pelos cuidados de saúde dos reclusos e pelas condições da reclusão (Coyle, 2014; Fraser, 2014), sendo necessário garantir uma intervenção especializada aos indivíduos que dela necessitem, nomeadamente àqueles que apresentam sintomas psicopatológicos ou perturbações mentais (Almeida & Jesus, 2017; Coyle, 2014). Assim, tendo em consideração que os sujeitos que se encontram inseridos no contexto prisional apresentam índices mais elevados de psicopatologia, em comparação com a população que não se encontra inserida neste ambiente (Allen et al., 2008; Baillargeon & Fazel, 2011; Berzofsky & Bronson, 2017; Brooker et al., 2009; Christopher & Gottfried, 2017; Durcan & Zwemstra, 2014; Fraser et al., 2011; Kolodziejczak & Sinclair, 2018; Sinha, 2010), torna-se necessária, cada vez mais, a presença de psicólogos que forneçam cuidados básicos ao nível da saúde mental dos indivíduos inseridos neste contexto (Durcan & Zwemstra, 2014; Tomar, 2013). A realização de uma intervenção psicológica contínua, com qualidade e eficácia, permite promover a saúde psicológica, a reeducação e a reabilitação dos sujeitos que se encontram em reclusão (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2018). Assim sendo, a psicologia clínica, pode contribuir de forma ativa

para a melhoria das condições no contexto prisional, promovendo a saúde mental e a qualidade de vida dos indivíduos que se encontram reclusos (Bandeira & Nascimento, 2018). O desenvolvimento destas intervenções deve orientar-se por uma avaliação das necessidades de cada recluso (Fazel et al., 2010), devendo sempre considerar-se as diferenças individuais existentes (Picken, 2012).

Nesta perspetiva, seria útil um maior investimento no sistema prisional, no sentido de ampliar e de qualificar os serviços de saúde mental fornecidos, com o objetivo de proporcionar aos indivíduos inseridos neste contexto um tratamento direcionado para as suas necessidades e para as suas particularidades. O sistema prisional deve ser considerado como uma possibilidade de tratamento psicoterapêutico para os sujeitos que se encontram em reclusão, devendo promover-se a criação de programas de saúde pública. Dessa forma, os sintomas psicopatológicos poderão ser minimizados e os reclusos estarão mais aptos para voltarem a ser reintegrados na sociedade (Argimon & Canazaro, 2010).

Conclusão

As evidências demonstram que o número de reclusos que possui perturbações mentais ou sintomatologia psicopatológica no contexto prisional continua a aumentar de forma progressiva, verificando-se um aumento da prevalência dos problemas relativos à saúde mental (Acin et al., 2014; Bartellas et al., 2016; Brooker et al., 2009; Enggist, Gatherer & Moller, 2014; Fazel & Seewald, 2012). Tendo em consideração o facto de a existência de sintomatologia psicopatológica ser mais frequente em sujeitos inseridos no contexto prisional, em comparação com indivíduos que não se encontram inseridos nesse ambiente (Allen et al., 2008; Baillargeon & Fazel, 2011; Brooker et al., 2009; Durcan & Zwemstra, 2014; Fraser, et al., 2011; Sinha, 2010), considerou-se pertinente estudar a relação entre determinados fatores e a presença de sintomatologia psicopatológica neste contexto. Neste sentido, o objetivo do presente estudo consistiu em compreender e caracterizar a relações existentes entre determinados fatores sociodemográficos, familiares, legais e institucionais, e a existência de sintomas psicopatológicos no contexto prisional. Através da análise dos dados recolhidos e da literatura científica evidenciada, foi possível retirar diversas conclusões significativas.

Primeiramente, e de acordo com os subobjectivos propostos, foi possível recolher informações acerca dos tipos de sintomatologia que se encontram mais presentes nos estabelecimentos prisionais nos quais se procedeu à recolha de dados, sendo que estes consistem nas obsessões-compulsões, na sensibilidade interpessoal, na depressão e na ideação paranoide.

Através da realização do presente estudo de investigação, como já foi mencionado anteriormente, foi também possível compreender e caracterizar determinados fatores que se encontram relacionados com a existência de sintomatologia psicopatológica no contexto prisional. Relativamente aos fatores sociodemográficos, no que diz respeito à variável sexo, verificou-se que os sujeitos do sexo feminino apresentam resultados mais elevados, em comparação com os indivíduos do sexo masculino, ao nível da somatização, das obsessões-compulsões, da sensibilidade interpessoal, da depressão, da ansiedade, da ideação paranoide, do psicoticismo e da intensidade de mal-estar experienciado neste contexto. Em relação à variável faixa-etária, foi possível observar que os indivíduos mais jovens apresentam um maior número de sintomas referentes à hostilidade, em comparação com sujeitos mais velhos.

No que diz respeito aos fatores familiares, em relação à variável estado civil, verificou-se que os indivíduos separados, divorciados ou viúvos apresentam um maior número de sintomas de somatização e de sintomas obsessivo-compulsivos, assim como uma maior intensidade de mal-estar experienciado, quando comparados com sujeitos casados, em união de facto ou solteiros. No que diz respeito à variável número de filhos, verifica-se que os indivíduos que não possuem filhos são, tendencialmente, mais hostis, do que aqueles que possuem um, ou dois ou mais filhos.

Em relação aos fatores legais, no que diz respeito à situação jurídico-penal, observou-se que os sujeitos que se encontram preventivos apresentam um maior número de sintomas associados à ideação paranoide, em comparação com indivíduos que se encontram condenados.

Por fim, relativamente aos fatores institucionais, no que diz respeito à frequência do contexto escolar, é possível observar que, os indivíduos que se encontram atualmente a estudar no contexto prisional, apresentam um menor número de sintomatologia depressiva e de sintomatologia associada à hostilidade, em comparação com sujeitos que não se encontram integrados no contexto escolar.

Salienta-se ainda o facto de não se terem encontrado diferenças estatisticamente significativas em relação às variáveis nacionalidade, habilitações literárias, número de crimes cometidos, ocupação laboral e visitas no contexto prisional, no que diz respeito às distintas dimensões do Inventário Breve de Sintomas. Relativamente à relação entre a duração da pena de prisão e a intensidade de mal-estar experienciado pelos indivíduos que se encontram inseridos no contexto prisional, não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos condenados até 5 anos, entre 5 e 10 anos, e entre 10 e 15 anos ou mais. Não obstante o facto de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas no presente estudo relativamente às variáveis anteriormente mencionadas, de acordo com a literatura científica evidenciada, existe uma relação entre as habilitações literárias, a duração da pena de prisão, a integração numa ocupação laboral e a existência de visitas, e a presença de sintomatologia psicopatológica no contexto prisional.

Foi ainda possível verificar, de acordo com os resultados obtidos, que o sexo e os afetos negativos se constituem como os principais fatores preditores da experiência de mal-estar dos reclusos inseridos no contexto prisional. Assim, pode constatar-se que

os indivíduos do sexo feminino apresentam uma maior tendência para experienciar mal-estar no contexto prisional e que, à medida que a intensidade de mal-estar experienciado aumenta, os afetos negativos apresentam um aumento, e vice-versa.

No âmbito do presente estudo de investigação, foram encontradas diversas limitações. A este nível, salienta-se o tamanho da amostra, sendo que o facto de esta ser diminuta (n=164) coloca entraves à representatividade e à generalização dos resultados. Assim, pode constatar-se que não foi possível relacionar determinadas variáveis com a existência de sintomatologia psicopatológica devido ao facto de o número de participantes ser muito reduzido. Em estudos futuros sugere-se a utilização de uma amostra mais vasta, que permita diminuir, conseqüentemente, o erro amostral.

Para além da limitação anteriormente referida, salienta-se também o facto de a amostra ser assimétrica relativamente ao sexo dos participantes. Assim, verifica-se que, no presente estudo, o número de sujeitos do sexo masculino é consideravelmente superior ao número de indivíduos do sexo feminino, o que pode ter contribuído para um certo enviesamento dos resultados em questão. Neste sentido, seria útil, em estudos futuros, a existência de uma amostra mais proporcional em relação ao sexo dos participantes.

Salienta-se ainda o facto de apenas ter sido possível recolher dados em quatro estabelecimentos prisionais portugueses, sendo que se verificou a existência de diversos entraves burocráticos no que diz respeito à recolha dos mesmos. Uma maior abrangência de estabelecimentos prisionais incluídos na recolha de dados teria contribuído para uma maior representatividade dos resultados obtidos.

Para além disso, é necessário evidenciar que os instrumentos utilizados consistem em instrumentos de autorrelato que não se encontram imunes ao fenómeno da desejabilidade social, o que pode ter influenciado os baixos valores obtidos relativamente à presença de sintomatologia psicopatológica no contexto prisional.

Outra das limitações consistiu no facto de ser necessário que, os indivíduos inseridos no contexto prisional, fornecessem o seu número de recluso no âmbito da participação no presente estudo de investigação, o que deu origem a algumas desistências e a resistência por parte destes, devido ao receio de que a pesquisa lhes causasse algum prejuízo no que diz respeito à sua situação jurídica.

Por fim, outra das limitações presentes no estudo encontra-se associada ao facto de existir, por vezes, ausência de informações sociodemográficas e jurídico-penais nos processos dos reclusos, o que contribuiu para reduzir, ainda mais, o número da amostra em relação a determinadas variáveis.

No âmbito de estudos futuros, propõe-se a realização de um estudo longitudinal, que permita averiguar as diferenças existentes ao nível da sintomatologia psicopatológica no decorrer do tempo em que os indivíduos se encontram inseridos no contexto prisional. Neste sentido, seria interessante estudar, se existem mudanças significativas no que diz respeito às variáveis abordadas no presente estudo, ao longo do tempo em que os sujeitos se encontram em meio prisional.

Outra sugestão para investigações futuras, prende-se com o estudo de variáveis anteriores à inserção no contexto prisional que se encontram a contribuir para a existência de sintomatologia psicopatológica neste ambiente. Para além disso, seria também interessante proceder-se ao estudo da evolução existente ao nível da sintomatologia psicopatológica após os indivíduos que se encontram em reclusão serem reinseridos na sociedade.

Ainda no âmbito de estudos futuros propõe-se a realização de investigação que procure averiguar quais os programas e técnicas de intervenção, no âmbito da psicologia clínica, que possuem maior eficácia ao nível da redução da sintomatologia psicopatológica dos reclusos inseridos no contexto prisional.

A realização deste estudo contribuiu para futuras investigações, fornecendo informações acerca de determinados fatores que possuem uma relação com a existência de sintomas psicopatológicos no contexto prisional. Neste sentido, o presente estudo de investigação fornece conclusões relevantes acerca de variáveis que se podem constituir como fatores protetores para o desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica neste ambiente, nomeadamente a inserção em contexto escolar, que deve ser acessível a todos os indivíduos inseridos nos estabelecimentos prisionais. Para além disso, o estudo evidenciou a existência de determinados fatores de risco, nomeadamente o facto de os reclusos se encontrarem em estado preventivo, que possuem uma relação com a presença de sintomatologia psicopatológica no contexto prisional, enfatizando a necessidade de um enfoque nesses fatores por parte dos técnicos que intervêm neste âmbito. Em suma, os resultados obtidos através da realização do

presente trabalho poderão fornecer informações relevantes para futuras intervenções que venham a ser realizadas no contexto prisional e que enfatizem a saúde mental dos reclusos.

Por fim, salienta-se que as conclusões obtidas através do presente estudo enfatizam a necessidade de intervenções em contexto prisional que procurem minimizar os efeitos negativos deste ambiente ao nível da saúde mental dos reclusos, que visem promover a sua reabilitação e facilitar a sua reinserção na sociedade (Almeida & Jesus, 2017; Kolodziejczak & Sinclair, 2018). Neste sentido, salienta-se a relevância da intervenção da psicologia clínica neste ambiente, sendo que o trabalho do psicólogo clínico deverá direcionar-se essencialmente para a avaliação (Almeida & Jesus, 2017; Kolodziejczak & Sinclair, 2018) e para a intervenção ao nível da sintomatologia psicopatológica dos indivíduos que se encontram em reclusão (Almeida & Jesus, 2017). As funções do psicólogo no contexto prisional englobam o apoio psicológico dos reclusos, a promoção da mudança de comportamentos, a redução da reincidência dos comportamentos criminosos, a reintegração dos reclusos na sociedade, a realização de avaliações, a elaboração de pareceres para os tribunais e a intervenção em situações de crise. Para além disso, tendo em consideração que os estabelecimentos prisionais se constituem como ambientes de trabalho exigentes, os psicólogos podem realizar um trabalho direcionado para a avaliação dos riscos psicossociais presentes neste contexto (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2018). No decorrer da sua intervenção, os psicólogos devem ainda ter em consideração as especificidades associadas ao próprio ambiente e trabalhar, em conjunto com os demais funcionários do sistema penal, no sentido de procurar reduzir os efeitos negativos associados à reclusão (Bandeira & Nascimento, 2018).

O psicólogo clínico inserido no contexto prisional deve procurar, essencialmente, promover a integração e a adaptação dos indivíduos que se encontram reclusos, procurando estimular a adoção por parte destes de comportamentos mais ajustados (Gonçalves, 2010). A intervenção realizada por parte da psicologia clínica deve encontrar-se direcionada para os problemas existentes ao nível da saúde mental e para o ajustamento dos reclusos ao contexto prisional (Sinha, 2010), sendo que a sua prática deve ser contextualizada e procurar, de forma permanente, a garantia dos direitos dos indivíduos que se encontram em reclusão. Assim, a psicologia, enquanto ciência e profissão que se encontra direcionada para a garantia dos direitos humanos, pode

contribuir de forma ativa para a melhoria das condições existentes nos estabelecimentos prisionais, criando estratégias e práticas que procurem promover a saúde mental e a qualidade de vida dos indivíduos que se encontram inseridos neste contexto (Bandeira & Nascimento, 2018).

Referências

- Aguirre, I., Bergh, B., & Plugge, E. (2014). Women's health and the prison setting. In S. Enggist, G. Galea, L. Møller, & C. Udesen (Edits), *Prisons and Health* (pp. 159-164). Copenhagen: World Health Organization.
- Ahmad, A., & Mazlan, N. (2014). Stress and depression: a comparison study between men and women 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
- Alás-Brun, R., & Chérrez-Bermejo, C. (2014). A descriptive study of substance abuse and mental health disorders in intimate partner violence abusers in prison. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 16, 29-36.
- Allen, J., Arndt, S., Black, D., Gunter, T., Loveless, P., Sieleni, B., & Wenman, G. (2008). Frequency of mental and addictive disorders among 320 men and women entering the Iowa prison system: use of the MINI-Plus. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 36, 1, 27-34.
- Almeida, C., Prata, A., & Veiga, C. (2018). *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. 507-518). 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, 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 homens e mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 701-709.
- Alves, M., & Gonçalves, F. (2015). *Crime. Medidas de Coação e Prova*. Coimbra: Almedina.
- Amado, B., Novo, M., & Pereira, V. (2017). Adaptación a la prisión y ajuste psicológico en una muestra de internos en centros penitenciarios. *Acción Psicológica*, 14, 2, 113-128.
- Amboni, G., Comim, C., Mina, F., Quevedo, J., Rosa, M., & Silva, N. (2011). Transtornos psiquiátricos e fatores de risco em uma população carcerária. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 40, 72-76.
- Anumba, N., Dematteo, D., Erickson, J., Fretz, R., Heilbrun, K., & Yasuhara, K. (2008). How "specific" are gender-specific rehabilitation needs? An empirical analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 35, 11, 1382-1397.
doi:10.1177/0093854808323678
- Araújo, F., Gouveia, M., & Nakano, T. (2009). Prevalência de depressão e ansiedade em detentos. *Avaliação Psicológica*, 8, 3, 381-390.
- Arditti, J. (2005). Families and incarceration: an ecological approach. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 86, 2, 251-260.
- Argimon, I., & Canazaro, D. (2010). Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 26, 7, 1323-1333.

- 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, 2089-2099. 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.
- Beezhold, J., Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14, 2, 231-233.
doi:10.1002/wps.20231
- Benetti, I., Crepaldi, M., Schneider, D., & Vieira, M. (2013). Fundamentos da teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner. *Pensando Psicologia*, 9, 19, 89-99.
- Benning, R., & Fazel, S. (2009). Suicides in female prisoners in England and Wales, 1978–2004. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 183-184.
doi:10.1192/bjp.bp.107.046490

- Berrios, G. (2012). Psicopatologia descritiva: aspectos históricos e conceituais. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15, 1, 171-196.
- Berzofsky, M., & Bronson, J. (2017). Indicators of mental health problems reported by prisoners and jail inmates, 2011-12. *Bureau of Justice Statistics*, 1-16.
- Bijleveld, C., Kruttschnitt, C., Menting, B., & Slotboom, A. (2011). Psychological well-being of incarcerated women 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*. Wiley.
- Bolger, T., Boothby, M., Cases, A., Carrington, K., & Mulholland, I. (2010). Towards mental health promotion in prisons: the role of screening for emotional distress. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 90-94. doi:10.1016/j.sbspro.2010.07.056
- Brofenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge: Harvard University Press.
- 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 Psychiatry & 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
- Cardoso, L., & Galera, S. (2011). O cuidado em saúde mental na atualidade. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45, 3, 687-691.

- Carlson, L., Levitt, L., Loper, A., & Scheffel, K. (2009). Parenting Stress, Alliance, Child Contact, and Adjustment of Imprisoned Mothers and Fathers. *Journal of Offender Rehabilitation*, 48, 483–503. doi:10.1080/10509670903081300
- Canavarro, C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI). In M. Simões, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (Vol. I, pp. 95-109). Braga, Portugal: APPORT/SHO.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma Revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In L. Almeida, M. Simões, C. Machado e M. Gonçalves (Eds.) *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população Portuguesa* (Vol. III, pp. 305-331). Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Carbonell, J., Gallagher, A., & Gottfried, E. (2013). The evaluation of mental health screening practices within a population of incarcerated women. *Journal of Correctional Health Care*, 19, 4, 248-257. doi:10.1177/1078345813499309
- Casares, M., García, P., Lamelas, F., Lanza, P., Martín, J., & Menéndez, A. (2011). Perfil adictivo, delictivo y psicopatológico de una muestra de mujeres en prisión. *Adicciones*, 23, 3, 219-226.
- Casares-López, M., González-Menéndez, A., Hoffman, S., Reinhard, I., & Villagrà, P. (2011). Patología dual y trastornos mentales en reclusos consumidores de sustancias. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 2, 135-144.
- Cauffman, E., Goldweber, A., & Monahan, K. (2011). The effects of visitation on incarcerated juvenile offenders: how contact with the outside impacts adjustment on the inside. *Law and Human Behavior*, 35, 143-151. doi:10.1007/s10979-010-9220-x
- Chalatsis, X. (2016). Education in penitentiary contexts. In F. Torlone, & M. Vryonides (Eds.), *Innovative learning models for prisoners* (pp. 1-10). Firenze: Firenze University Press.
- Cheniaux, E. (2015). Psicopatologia | Questões Gerais. In E. Cheniaux, *Manual de Psicopatologia* (5 ed., pp. 18-21). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Choi, N., DiNitto, D., & Marti, N. (2018). Suicide decedents in correctional settings: mental health treatment for suicidal ideation, plans, and/or attempts. *Journal of Correctional Health Care*, 1-14. doi:10.1177/1078345818819500
- Christensen, J. (2016). A critical reflection of Brofenbrenner's development ecology model. *Problems of education in the 21st century*, 69, 22-28.
- Christopher, S., & Gottfried, E. (2017). Mental disorders among criminal offenders: a review of the literature. *Journal of Correctional Health Care*, 23, 3, 336-346. doi:10.1177/1078345817716180
- Ciorciari, J., Ogloff, J., Pfeifer, J., & Shepherd, S. (2017). Assessing the mental health, substance abuse, cognitive functioning, and social/emotional well-being needs of aboriginal prisoners in Australia. *Journal of Correctional Health Care*, 1-14. doi:10.1177/1078345817723345
- Claire, K., & Dixon, L. (2015). The effects of prison visits from family members on prisoners' well-being, prison rule breaking, and recidivism: a review of research since 1991. *Trauma, Violence & Abuse*, 1-15. doi:10.1177/1524838015603209
- Código Penal. (2018a). *Código Penal* (7 ed.). Porto: Porto Editora.
- Código Penal. (2018b). *Código Penal* (9 ed.). Coimbra: Almedina.
- 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
- Connor, D., & Tewksbury, R. (2015). Prison inmates and their visitors: an examination of inmate characteristics and visitor types. *The Prison Journal*, 95, 2, 159-177. doi:10.1177/0032885515575262
- Correia, D., & Sampaio, D. (2014). Psicopatologia - passado, presente e futuro. In D. Correia, *Manual de Psicopatologia* (2 ed., pp. 1-18). Lisboa: Lidel.
- 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

- Coyle, A. (2014). Standards in prison health: the prisoner as a patient. In S. Enggist, G. Galea, L. Møller, & C. Udesen (Edits), *Prisons and Health* (pp. 6-10). Copenhagen: World Health Organization.
- Crabbe, J. (2016). Education for offenders in prison. *Journal of Pedagogic Development*, 6, 3, 3-7.
- Cunningham, M., Kuanliang, A., & Sorensen, J. (2008). Juvenile inmates in an adult prison system: rates of disciplinary misconduct and violence. *Criminal Justice and Behavior*, 35, 9, 1186-1201. doi:10.1177/0093854808322744
- Dalgalarrondo, P. (2008). Definição de psicopatologia e ordenação dos seus fenômenos. In P. Dalgalarrondo, *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (2 ed., pp. 27-30). Porto Alegre: Artmed.
- Dalgalarrondo, P. (2008). Introdução geral à semiologia psiquiátrica. In P. Dalgalarrondo, *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (2 ed., pp. 23-26). Porto Alegre: Artmed.
- Dalgalarrondo, P. (2008). O conceito de normalidade em psicopatologia . In P. Dalgalarrondo, *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (2 ed., pp. 31-34). Porto Alegre: Artmed.
- Dalgalarrondo, P. (2008). Os principais campos e tipos de psicopatologia. In P. Dalgalarrondo, *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (2 ed., pp. 35-38). Porto Alegre: Artmed.
- Damas, F., & Oliveira, W. (2013). A Saúde Mental nas Prisões de Santa Catarina, Brazil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 5, 12, 1-24.
- Derogatis, L. R. (1993). BSI: Brief Symptom Inventory: Administration, scoring and procedures manual. Minneapolis, MN: Natural Computers System.
- Deminco, M. (19 de Dezembro de 2018). *Psicopatologia: Definições, Conceitos, Teorias & Práticas* . Obtido de Psicologia.pt: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1200.pdf>

- 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 psicosocial con 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
- Dixey, R., & Woodall, J. (2012). The significance of 'the visit' in an English category-B prison: views from prisoners, prisoners' families and prison staff. *Community, Work & Family*, 15, 1, 29-47. doi:10.1080/13668803.2011.580125
- Drapalski, A., Stuewig, J., Tangney, J., & Youman, K. (2009). Gender differences in jail inmates' symptoms of mental illness, treatment history and treatment seeking. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 193-206. doi:10.1002/cbm.733
- Dupret, C., & Mendonça, A. (2018). *Penal: prática* (3 ed.). Editora Juspodivm.
- Durcan, G., & Zwemstra, J. (2014). Mental health in prison. In S. Enggist, G. Galea, L. Møller, & C. Udesen (Edits), *Prisons and Health* (pp. 87-95). Copenhagen: World Health Organization.
- Enggist, S., Gatherer, A., & Møller, L. (2014). The essentials about prisons and health. In S. Enggist, G. Galea, L. Møller, & C. Udesen (Edits), *Prisons and Health* (pp. 1-5). Copenhagen: World Health Organization.
- Esperian, J. (2010). The effect of prison education programs on recidivism. *Journal of Correctional Education*, 61, 4, 316-334.

- Fazel, S., Hawton, K., Marzano, L., & Rivlin, A. (2010). Psychiatric disorders in women prisoners who have engaged in near-lethal self-harm: case-control study. *The British Journal of Psychiatry*, *197*, 219–226.
doi:10.1192/bjp.bp.109.075424
- 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.111.096370
- 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* (11 ed.). São Paulo: McGraw-Hill.
- Ferreira, J., Novais, F., & Santos, E. (2010). Transição e ajustamento de reclusos ao estabelecimento prisional. *Psychologica*, *2*, 52, 209-242.
- Fraser, A. (2014). Primary health care in prisons. In S. Enggist, G. Galea, L. Møller, & C. Udesen (Edits), *Prisons and Health* (pp. 173-179). Copenhagen: World Health Organization.
- Fraser, A., Gatherer, A., Moller, L., & Van den Bergh, B. (2011). Imprisonment and women's health: concerns about gender sensitivity, human rights and public health. *Bulletin of the World Health Organization*, *89*, 689–694.
doi:10.2471/BLT.10.082842
- Fridlund, A., Gleitman, H., & Reisberg, D. (2014). *Psicologia* (10 ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- 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 - UENP*, *15*, 131-161.

- Galinha, I., Pais-Ribeiro, J. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II- Estudo Psicométrico. *Análise Psicológica*, 2 (XXIII), 219-227.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2011). Cognitive, affective and contextual predictors of subjective wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2, 1, 34-53.
doi:10.5502/ijw.v2i1.3
- Gaskin, C., Indig, D., & Moore, E. (2015). Attempted suicide, self-harm, and psychological disorder among young offenders in custody. *Journal of Correctional Health Care*, 21, 3, 243-254. doi:10.1177/1078345815584849
- Gemeda, T. (2013). Psychopathological symptoms and predictors among inmates. *Psychology and Behavioral Sciences*, 2, 5, 169-180.
doi:10.11648/j.pbs.20130205.11
- Ghisleni, P. (2014). O sistema penitenciário brasileiro e o princípio da dignidade da pessoa humana. *Revista do Departamento de Ciências Jurídicas e Sociais da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul*, 42, 176-206.
- Giraudon, I., Montanari, L., Pasinetti, M., Royuela, L., Vicente, J., & Wiessing, L. (2014). Drug use and related consequences among prison populations in European countries. In S. Enggist, G. Galea, L. Møller, & C. Udesen (Edits), *Prisons and Health* (pp. 107-112). Copenhagen: World Health Organization.
- Godinho, J., & Paulino, M. (2016). Psicopatologia. In J. D. Cordeiro, *Manual de Psiquiatria Clínica* (5 ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gonçalves, L., & Gonçalves, R. (2012). Agressividade, estilo de vida criminal e adaptação à prisão. *Psicologia USP*, 23, 3, 559-584.
- Gonçalves, R. (2010). Psicologia Forense em Portugal: Uma história de responsabilidades e desafios. *Análise Psicológica*, 1, 28, 107-115.
- Gonçalves, R., & Moreira, N. (2010). Perturbação mental e ideação suicida entre reclusos preventivos. *Análise Psicológica*, 1, 28, 133-148.

- Graffam, J., Meneilly, S., & Shinkfield, A. (2009). Co-morbidity of conditions among prisoners. *Journal of Offender Rehabilitation*, 48, 350-365.
doi:10.1080/10509670902851125
- 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. In J. Petersilia, & K. Reitz, *The Oxford Handbook of Sentencing and Corrections* (pp. 1-25). Oxford: Oxford University Press. doi:10.1093/oxfordhb/9780199730148.013.0024
- Johnson, E. (2008). Ecological Systems and Complexity Theory: Toward an Alternative Model of Accountability in Education. *Complicity: An International Journal of Complexity and Education*, 5, 1, 1-10.
- Juliano, M., & Yunes, M. (2010). A Bioecologia do Desenvolvimento Humano e suas Interfaces com Educação Ambiental. *Cadernos de Educação*, 37, 347-379.
- Junges, J., & Oliveira, M. (2012). Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Estudos de Psicologia*, 17, 3, 469-476.
- Kipp, K., & Shaffer, D. (2010). *Developmental Psychology: Childhood and Adolescence* (8 ed.). Belmont: Wadsworth.
- 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
- 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.
- Manzano, L. (2011). Da prisão, das medidas cautelares e da liberdade provisória segunda a lei Nº 12.403/11. 250-285.

- Martins, E., & Szymanski, H. (2004). A abordagem ecológica de Urie Brofenbrenner em estudos com famílias. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 63-77.
- Matos, R. (2007). Vidas raras de mulheres comuns: percursos de vida, significações do crime e construção da identidade em jovens reclusas. Dissertação de Doutoramento, Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga.
- Meade, B., & Steiner, B. (2013). The effects of exposure to violence in inmate maladjustment. *Criminal Justice and Behavior*, 40, 11, 1228-1249.
doi:10.1177/0093854813495392
- Mental Health Foundation. (2015). *Fundamental Facts About Mental Health*. Mental Health Foundation.
- Miao, X., & Zhang, H. (2010). Development Psychology. In E. Barbieri-Masini, G. Barbiroli, S. Campo, T. Hamada, A. Momoh, P. Nkwi, S. Sassen & O. Sichone, *Social and Economic Development* (Vol. 6). Singapura: Eolss.
- Mignon, S. (2016). Health issues of incarcerated women in the United States. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 7, 2051-2059.
- Modvig, J. (2014). Violence, sexual abuse and torture in prisons. In S. Enggist, G. Galea, L. Møller, & C. Udesen (Edits), *Prisons and Health* (pp. 19-26). Copenhaga: World Health Organization.
- Moura, E., & Pereira, G. (2017). Desenvolvimento humano - repensando conceitos no âmbito interdisciplinar. *Revista Contrapontos - Eletrônica*, 17, 4, 717-728.
- National Association for Mental Health. (2018). *Understanding mental health problems*. London: National Association for Mental Health.
- Nunes, F., & Rosa, S. (2014). Instituições prisionais: atenção psicossocial, saúde mental e reinserção social. *Fragmentos de cultura*, 24, 1, 125-138.
- O'Connel, B., O'Reilly, K., O'Sullivan, D., O'Sullivan, M., & Sarma, K. (2018). Attributional style and depressive symptoms in a male prison sample. *Plos One*, 13, 2, 1-14.

- Onifade, E., Pettus-Davis, C., & Tripodi, S. (2014). Nonfatal Suicidal Behavior Among Women Prisoners: The Predictive Roles of Childhood Victimization, Childhood Neglect, and Childhood Positive Support. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 58, 4, 394-411.
doi:10.1177/0306624X12472879
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2018). A Importância dos Psicólogos nos Estabelecimentos Prisionais.
- Orr, D., & Paterline, B. (2016). Adaptation to prison and inmate self-concept. *Journal of Psychology and Behavioral Science*, 4, 2, 70-79. doi: 10.15640/jpbs.v4n2a6
- 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.
- Quaresma, J. (2014). Que (restrição aos) direitos humanos em ambiente prisional? *Julgar*, 22, 55-73.
- 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.
- Shalev, S. (2014). Solitary confinement as a prison health issue. In S. Enggist, G. Galea, L. Møller, & C. Udesen (Edits), *Prisons and Health* (pp. 27-35). Copenhagen: World Health Organization.
- Sinha, S. (2010). Adjustment and mental health problem in prisoners. *Industrial Psychiatry Journal*, 19, 2, 101-104. doi:10.4103/0972-6748.90339.
- Smith, P. (2014). *Mental Health Care: In Settings Where Mental Health Resources Are Limited*. United States of America: Archway Publishing.

- Stratton, P., Bland, J., Janes, E., & Lask, J. (2010). Developing an indicator of family function and a practicable outcome measure for systemic family and couple therapy: the SCORE. *Journal of Family Therapy*, 32, 232-258.
doi:10.1111/j.1467-6427.2010.00507.x
- The Whoqol Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF. Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Tomar, S. (2013). The Psychological effects os Incarceration on inmates: Can we Promote Positive Emotion in inmates. *Delhi Psychiatry Journal*, 16, 1, 66-72.
- Valente, J. (2014). Fundamentos de Psicopatologia. In J. Cerejeira, & C. Saraiva, *Psiquiatria fundamental* (pp. 27-39). Lisboa: Lidel.
- Watson, D., Clark, L., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.

ANEXOS

ANEXO A

Questionário de caracterização sociodemográfica e jurídico-penal

Questionário de caracterização sociodemográfica e jurídico-penal (adaptado de Matos, 2006)

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	Pena	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. Nunca Muitíssimas vezes	1. Poucas vezes	2. Algumas vezes	3. Muitas vezes	4.
-------------------------------	-----------------	------------------	-----------------	----

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 (encortamento 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	1. Poucas vezes	2. Algumas vezes	3. Muitas vezes	4. Muitíssimas vezes
-----------------	------------------------	-------------------------	------------------------	-----------------------------

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

Positive and Negative Affect Schedule

Versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)

(Galinha & Pais-Ribeiro, 2005)

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada palavra e marque a resposta adequada sinalizando o número correspondente à sua escolha: (desde 1 – Nada ou muito ligeiramente, até 5 – Extremamente).

Indique em que medida **durante as últimas semanas** sentiu cada uma das emoções:

1.Nada ou Muito Ligeiramente 2.Um pouco 3.Moderadamente 4.Bastante 5.Extremamente

Interessado	1	2	3	4	5
Orgulhoso	1	2	3	4	5
Perturbado	1	2	3	4	5
Irritado	1	2	3	4	5
Excitado	1	2	3	4	5
Encantado	1	2	3	4	5
Atormentado	1	2	3	4	5
Remorsos	1	2	3	4	5
Agradavelmente Surpreendido	1	2	3	4	5
Inspirado	1	2	3	4	5
Culpado	1	2	3	4	5
Nervoso	1	2	3	4	5
Assustado	1	2	3	4	5
Determinado	1	2	3	4	5
Caloroso	1	2	3	4	5
Trémulo	1	2	3	4	5
Repulsa	1	2	3	4	5
Activo	1	2	3	4	5
Entusiasmado	1	2	3	4	5
Amedrontado	1	2	3	4	5

ANEXO D

Autorização da DGRSP para a realização do projeto 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;

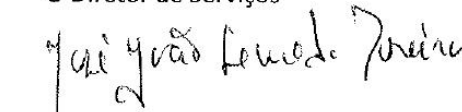
Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais
Direção de Serviços de Organização, Planeamento e Relações Externas
Travessa da Cruz do Torel, n.º 1 – 1150-122 Lisboa – Tel. 218812200 – Fax. 218853896 – E-mail: dsopre@dgrsp.mj.pt
Apartado 21207 – 1131-001 Lisboa

- 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


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 ___ / ___ / _____