



Universidades Lusíada

Bule, Matilde de Magalhães, 1998-

Qualidade de vida e saúde mental dos reclusos : estudo dos diferentes tipos de crime

<http://hdl.handle.net/11067/6764>

Metadados

Data de Publicação	2022
Resumo	<p>Este estudo tem por objetivo analisar a relação entre a qualidade de vida e a saúde mental, com as variáveis sociodemográficas (idade e sexo) e variáveis relacionadas ao crime (tempo de pena e tipo de crime) em reclusos. Para tal, foram realizadas duas análises, uma primeira da qual fizeram parte do estudo 164 reclusos, 84.1% do sexo masculino e 15.9% do sexo feminino, com média de idades 38.41 anos, e outra em que foram entrevistadas 4 psicólogas. Os instrumentos utilizados foram um Questionári...</p> <p>This study aims to analyze the relationship between quality of life and mental health, with sociodemographic variables (age and sex) and crime-related variables (time of sentence and type of crime) in inmates. To this end, two analyzes were carried out, the first one in which 164 inmates were part of the study, 84.1% male and 15.9% female, with a mean age of 38.41 years, and another in which 4 psychologists were interviewed. The instruments used were a Sociodemographic and Legal-Criminal Questio...</p>
Palavras Chave	Prisioneiros - Saúde mental, Qualidade de vida, Psicologia da prisão
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-25T14:29:26Z com informação proveniente do Repositório



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

**Qualidade de vida e saúde mental dos reclusos:
estudo dos diferentes tipos de crime**

Realizado por:
Matilde de Magalhães Bule

Orientado por:
Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Constituição do Júri:

Presidente: Prof. Doutor Manuel Carlos do Rosário Domingos
Orientadora: Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Arguente: Prof. Doutor Miguel da Costa Nunes de Freitas

Dissertação aprovada em: 25 de janeiro de 2023

Lisboa

2022



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

I N S T I T U T O D E P S I C O L O G I A E C I Ê N C I A S D A E D U C A Ç Ã O

Mestrado em Psicologia Clínica

**Qualidade de vida e saúde mental dos reclusos:
estudo dos diferentes tipos de crime**

Matilde de Magalhães Bule

Lisboa

Agosto 2022



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

**Qualidade de vida e saúde mental dos reclusos:
estudo dos diferentes tipos de crime**

Matilde de Magalhães Bule

Lisboa

Agosto 2022

Matilde de Magalhães Bule

Qualidade de vida e saúde mental dos reclusos:
estudo dos diferentes tipos de crime

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 Túlia Rute Maia Cabrita

Lisboa

Agosto 2022

FICHA TÉCNICA

Autora Matilde de Magalhães Bule
Orientadora Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Título Qualidade de vida e saúde mental dos reclusos: estudo dos diferentes tipos de crime
Local Lisboa
Ano 2022

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

BULE, Matilde de Magalhães, 1998-

Qualidade de vida e saúde mental dos reclusos : estudo dos diferentes tipos de crime / Matilde de Magalhães Bule ; orientado por Túlia Rute Maia Cabrita. - Lisboa : [s.n.], 2022. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - CABRITA, Túlia Rute Maia 1972-

LCSH

1. Prisioneiros - Saúde mental
2. Psicologia da prisão
3. Qualidade de vida
4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Prisoners - Mental health
2. Prison psychology
3. Quality of life
4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
5. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. HV6089.B85 2022

Resumo

Este estudo tem por objetivo analisar a relação entre a qualidade de vida e a saúde mental, com as variáveis sociodemográficas (idade e sexo) e variáveis relacionadas ao crime (tempo de pena e tipo de crime) em reclusos. Para tal, foram realizadas duas análises, uma primeira da qual fizeram parte do estudo 164 reclusos, 84.1% do sexo masculino e 15.9% do sexo feminino, com média de idades 38.41 anos, e outra em que foram entrevistadas 4 psicólogas. Os instrumentos utilizados foram um Questionário Sociodemográfico e Jurídico-Penal, um questionário de saúde mental e um questionário da qualidade de vida. Os resultados obtidos com os reclusos indicam que as mulheres apresentam maior sofrimento psicológico do que os homens. Os crimes cometidos contra patrimônio, posse de arma, estupefacientes, condução e estado, foram os que parecem estar relacionados a níveis mais baixos de saúde mental em comparação com os outros crimes. Os homens apresentam melhor qualidade de vida que as mulheres no que se refere ao domínio físico. No que concerne às entrevistas parecem indicar que a depressão e a ansiedade são patologias presentes no contexto prisional e que não está comprometida a qualidade de vida.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Saúde mental; Diferentes crimes; Reclusos; Estabelecimento prisional.

Abstract

This study aims to analyze the relationship between quality of life and mental health, with sociodemographic variables (age and sex) and crime-related variables (time of sentence and type of crime) in inmates. To this end, two analyzes were carried out, the first one in which 164 inmates were part of the study, 84.1% male and 15.9% female, with a mean age of 38.41 years, and another in which 4 psychologists were interviewed. The instruments used were a Sociodemographic and Legal-Criminal Questionnaire, a mental health questionnaire and a quality of life questionnaire. The results obtained with the inmates indicate that women present greater psychological suffering than men. Crimes committed against property, possession of a weapon, narcotics, driving and state were the ones that appeared to be related to lower levels of mental health compared to the other crimes. Men have a better quality of life than women in terms of the physical domain. Regarding the interviews, they seem to indicate that depression and anxiety are pathologies present in the prison context and that the quality of life is not compromised.

Keywords: Quality of life; Mental health; Different Crimes; Prisoners; Prison establishment.

Lista de tabelas

Tabela 1: Estatística descritiva estabelecimento prisional, idade e sexo.....	60
Tabela 2: Estatística descritiva nacionalidade, estado civil e habilitações literárias.....	60
Tabela 3: Estatística descritiva pena aplicada e tipo de crime.....	61
Tabela 4: Estatística descritiva situação jurídico penal e visitas.....	62
Tabela 5: Estatística descritiva doença física e doença psiquiátrica.....	63
Tabela 6: Estatística descritiva se está a estudar e se desempenha funções laborais na prisão.....	63
Tabela 7: Estatística descritiva referente às variáveis em estudo.....	70
Tabela 8: Estatística descritiva referente às variáveis em estudo.....	71
Tabela 9: Correlação entre as variáveis qualidade de vida e saúde mental.....	71
Tabela 10: Diferenças entre idade e qualidade de vida.....	72
Tabela 11: Diferenças entre sexo e qualidade de vida.....	73
Tabela 12: Diferenças entre tempo de pena e qualidade de vida	74
Tabela 13: Diferenças entre tipo de crime e qualidade de vida.....	75
Tabela 14: Diferenças entre idade e saúde mental	75
Tabela 15: Diferenças entre sexo e saúde mental.....	76
Tabela 16: Diferenças entre tempo de pena e saúde mental.....	76
Tabela 17: Diferenças entre tipo de crime e saúde mental.....	77
Tabela 18: Regressão linear das habilitações literárias, somatização, depressão, ansiedade e hostilidade como preditores da qualidade de vida.....	77
Tabela 19: Regressão linear das habilitações literárias, domínio psicológico, físico, relações sociais e meio ambiente como preditores da saúde mental.....	78
Tabela 20: Análise qualitativa das entrevistas.....	79

Lista de figuras

Figura 1: Modelo Biopsicossocial.....	57
---------------------------------------	----

Lista de abreviaturas

BSI- Inventário Breve de Sintomas

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

EP- Estabelecimento Prisional

IGS- Índice Geral de Sintomas

IPS- Índice de Sintomas Positivos

TSP- Total de Sintomas Positivos

WOQOL-BREF- Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida

Índice

Introdução.....	1
Enquadramento teórico.....	9
Qualidade de vida do recluso.....	9
Saúde mental do recluso	14
Fatores de risco e de proteção	20
Comportamento desviante	24
Reincidência criminal.....	27
Processo de transição ao contexto prisional.....	30
Adaptação do recluso ao contexto prisional.....	32
Inclusão, reintegração e exclusão do recluso na sociedade	35
Família e reclusão	39
Tipos de crime	42
Intervenção psicológica em contexto prisional.....	45
Modelo Biopsicossocial.....	49
Objetivos.....	52
Método.....	53
Participantes.....	53
Instrumentos.....	58
Procedimentos.....	62
Resultados.....	64
Resultados descritivos do estudo	64

Resultados dos preditores entre as variáveis sociodemográficas e variáveis relacionadas ao crime.....	65
Resultado do estudo das variáveis preditoras	71
Resultado da análise de conteúdo das entrevistas	72
Discussão.....	76
Referências	91
Anexos.....	108

Introdução

A qualidade de vida dos reclusos, é um tema bastante explorado na população reclusa. Este tema trata diferentes aspetos, como a qualidade de vida psicológica, social, ambiental e física. Desde os primeiros anos de vida, todas as vivências marcantes têm impacto na funcionalidade do indivíduo, afetando assim em vários parâmetros (Alves, Dutra & Maia, 2013).

A qualidade de vida dos reclusos é influenciada pelo meio prisional a que estes estão envolvidos. Influências estas que estão relacionadas com os relacionamentos com os pares no estabelecimento prisional, a adaptação ao espaço, às condições disponibilizadas e ao ambiente prisional (Armiya'u, Abiola, Bamidele, Nwoga & Davou, 2019; Novais *et al.*, 2010).

Diversos estudos foram realizados em volta da qualidade de vida dos reclusos. Num estudo de Prost, Panisch & Bedard (2019), os autores concluíram que as mulheres mostravam uma menor qualidade de vida em relação aos homens, principalmente nos domínios da saúde física e psicológica. Referente aos domínios da saúde física, de forma geral, foi o domínio que se mostrou com melhores resultados, de seguida o domínio psicológico, posteriormente o domínio das relações sociais e por fim, o domínio ambiental, ou seja, os indivíduos demonstram melhor qualidade de vida no domínio físico e menos qualidade de vida no domínio ambiental. Também foi possível observar que no decorrer da idade, os níveis de qualidade de vida diminuem.

A qualidade de vida e a saúde mental são duas variáveis importantes na população reclusa. A sua investigação torna-se essencial para a sua melhor compreensão e atuação nas necessidades dos mesmos, mas devido à estigmatização e discriminação existe um impacto negativo na vida dos reclusos. Devido a variados fatores, como genéticos, biológicos, sociais e ambientais, podem contribuir para mudanças menos positivas a nível

psicológico e em consequência diminuir a qualidade de vida do indivíduo (Conselho Nacional de Saúde, 2019; Serviço Nacional de Saúde, 2018).

A entrada para o estabelecimento prisional pode ter efeito na saúde mental do recluso a curto e longo prazo, visto que este encontra-se num ambiente diferente em comparação ao antes da reclusão e entra numa fase de adaptação que pode ser positiva ou não. Posto isto, é importante que seja realizada uma avaliação psicológica ao indivíduo e caso seja necessário, intervir consoante as suas necessidades. Como os recursos de saúde mental nas prisões são limitados, as intervenções também o são, sendo a medicação e as terapias básicas as mais utilizadas (Durcan & Zwemstra, 2014; Newcomen, 2016).

Num estudo realizado por Al-Rousan, Rubenstein, Sieleni, Deol e Wallace (2017) sobre a saúde mental de reclusos no estado norte-americano do Iowa, foi verificado que as mulheres tinham maior tendência a desenvolver doenças mentais. Referente a perturbações específicas, a depressão mostrou ser a patologia mais presente neste contexto. As reclusas desenvolvem patologias a nível do sono, alimentação, perturbações depressivas, entre outras. Os homens desenvolvem perturbações depressivas neuróticas, distímia, entre outras. E os reclusos mais jovens mostram uma tendência de perturbações de ansiedade e pânico, perturbações de ansiedade, entre outras.

O conhecimento dos fatores de risco e de proteção neste contexto são essenciais para um melhor auxílio nas necessidades dos reclusos, mas infelizmente estes são pouco estudados. Os fatores de risco são os que colocam em causa a segurança dos reclusos, estes podem ser divididos em duas categorias: fatores estáticos, como a idade ou o número de crimes, que são variáveis que são inalteráveis; e fatores dinâmicos, como os comportamentos referentes ao crime, que podem ser alterados. Os fatores de proteção são definidos pela capacidade do indivíduo fazer mudanças com foco nos seus objetivos, contribuindo para a redução de comportamentos criminosos. Estes podem ser divididos

em três grupos: itens internos, como a empatia e autocontrole; itens motivacionais, como o emprego e tratamentos; e itens externos, como suporte social e controle externo (Andrews & Bonta, 2010; Vogel *et al.*, 2011).

O comportamento desviante é adquirido a partir da influência social a que o indivíduo está exposto. Este é moldado a partir das normas da sociedade que definem o que é aceitável ou não em termos de comportamento, ou seja, o que pode ser aceitável numa comunidade pode não ser em outra. Os comportamentos sociais não são inatos, e estes tanto podem ser positivos como negativos, sendo aprendidos através de instrução, consequências ou imitação (Clinard & Meier, 2015; Kienen, Gil, Luiza & Gambas, 2018; Lepri, Salah, Pianesi & Pentland, 2011).

A reincidência criminal, outro termo bastante presente nesta temática, definido por um indivíduo que cumpriu pena anteriormente, cometer novamente crimes, de forma violenta ou não, e, conseqüentemente, ser julgado e punido por lei. Os fatores de risco e de proteção são um elemento presente e influente na reincidência, sendo que os fatores de risco podem levar ao aumento da reincidência e os fatores de proteção à diminuição da mesma. Existem diversos fatores que podem levar à reincidência, como idade jovem, perturbações mentais, indivíduos do sexo masculino, dificuldades de aprendizagem, entre outros (Bonta, Law & Hanson, 1998; Butorac, Gracin & Stanić, 2017; Heeks, Reed, Tafsiri & Prince, 2018; Mathers & Lindekugel, 2019; United Nations, 2018).

Num estudo sobre a relação entre a saúde mental e a reincidência, reclusos que sofriam de doença mental e que consumiam substâncias tinham maior probabilidade de reincidência do que outros reclusos que não sofriam destas problemáticas, ou seja, as intervenções nestas duas variáveis podem orientar para menores percentagens de reincidência (Zgoba, Reeves, Tamburello e Debilio, 2020).

Este estudo torna-se relevante, primeiramente pelo facto de que é uma temática pouco aprofundada em alguns aspetos, como por exemplo nos fatores de proteção, que caso houvesse uma exploração seria essencial para utilizar em prol do recluso durante o período de encarceramento. Diariamente existe indivíduos que cometem crimes, tanto sejam leves ou graves, e são penalizados por tal, ou seja, os estabelecimentos prisionais estão em constante movimento com entrada e saída de reclusos, o que revela uma grande importância numa atuação multidisciplinar para com estes indivíduos, para assim conseguirem ferramentas suficientes para ultrapassarem o período correccional para minimizar os efeitos negativos relativamente à sua qualidade de vida e saúde mental. Estas duas variáveis tornam-se essenciais para o bem-estar do recluso, assim é de extrema importância a sua exploração com o objetivo de conhecer melhor quais os fatores mais vulneráveis na qualidade de vida e na saúde mental, para assim poderem ser trabalhados de forma mais específica para melhor ajudar o indivíduo.

O processo de reclusão é bastante difícil de gerir por parte do recluso. Este está acostumado com um ambiente de liberdade e agora encontra-se numa nova realidade, onde a sua liberdade é limitada, onde se encontra num espaço ditado por regras, com diversos outros reclusos à sua volta. É necessária uma adaptação ao meio para um melhor ajustamento a esta fase que tanto necessita ser adaptada. O principal objetivo do estabelecimento prisional é uma alteração do comportamento desajustado para, depois de cumprir a pena, ser novamente inserido na sociedade e um outro objetivo é a proteção de bens jurídicos e a segurança da sociedade (Divisão de Informação Legislativa Parlamentar, 2020; Jiménez e García, 2014).

No contexto prisional existem fatores alarmantes que deveria ser alvo de maior preocupação, nomeadamente a saúde mental, pois existe carência de profissionais nesta área e poucas condições para os mesmo atuarem no presente contexto. Em Portugal, nem

todos os estabelecimentos prisionais dispõe de psicólogos o que seria essencial para um melhor funcionamento da prisão, visto que é um local que se torna desfavorável e prejudicial, tanto para os reclusos como para os funcionários e familiares dos reclusos. O psicólogo tem um papel bastante importante para o recluso para que este consiga ter um maior controlo sobre a sua vida e que consiga estipular, atingir objetivos de vida futuros e também que eles tenham as capacidades necessárias para ultrapassar o período em que estão aprisionados (Medeiros & Silva, 2014; Novo & Nascimento, 2017; Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2018; Pacheco & Vaz, 2015).

A transição ao contexto prisional é a primeira fase que o recluso se encontra, ou seja, a transição da liberdade para a reclusão. As transições permitem uma alteração na forma de pensar, ser e sentir do individuo referente a uma determinada situação, ocorrendo assim mudanças a nível do comportamento e relações sociais. As mudanças que vão surgindo ao longo da vida podem ser mal compreendidas, no sentido em que o individuo pode não considerar de grande relevância, mas na realidade tem um impacto significativo na sua vida (Crafter, Maunder & Soulsby, 2019; Schlossberg, 1981).

No processo de transição, o ajustamento é essencial para que a adaptação seja benéfica para o recluso, e para isso é essencial ter em conta as suas características pessoais. Para além disso, o conhecimento das regras e organização do contexto prisional por parte do recluso, auxilia nesta transição. Referente à adaptação na transição existem três fatores presentes: as especificidades da transição, os aspetos do ambiente e as características presentes do individuo (Novais, Ferreira & dos Santos, 2010; Schlossberg, 1981).

A adaptação ao contexto prisional pode ser bastante complexa, tão complexa ao ponto de mudar formas de pensar e comportar, afetando a adaptação e conseqüentemente a sua saúde mental. Nem todos os reclusos têm uma má adaptação, sendo subjetivo a cada um, dependendo de características individuais e de fatores como o estatuto social. As

dificuldades de adaptação têm se revelado mais acentuadas no início da pena, sendo que ao longo desse período o recluso começa a se adaptar melhor, realizando atividades que ajudam neste processo (Coelho, Bernardo, Rocha & Portugal, 2010; Haney, 2001; Novais *et al.* 2010).

Quando o recluso é colocado em liberdade, existe o processo da sua reentrada nesse contexto. Para que esse processo ocorra de forma positiva, é imprescindível que o indivíduo frequente programas de reinserção, com o foco na resolução de problemáticas como a dependência, desemprego, doenças mentais, entre outras. Além dos programas terem a sua relevância de aplicabilidade tanto, dentro como fora do estabelecimento prisional, outros fatores também podem ter efeito na reentrada, como por exemplo, terem contato com ex-reclusos e terem a oportunidade de partilhar experiências, obtendo assim práticas e hábitos sociais. Em adição a todos os aspetos já mencionados acima, os programas podem também ajudar em questões a nível de alojamento, a nível financeiro, pois estes programas fornecem ferramentas importantes para a funcionalidade do indivíduo (Griffiths, Dandurand & Murdoch, 2007; Jiménez & García, 2014; Jovanic, 2011).

A exclusão social consiste na não inserção do indivíduo na sociedade, em que os indivíduos que nela pertencem, não integram o ex-recluso na comunidade, sentindo-se este desconfortável com a situação, sendo que a sua família também é afetada pela exclusão (Batacline & Junior, 2014; Estivil, 2003).

A família tem um papel fundamental na vida do recluso, tanto enquanto está a cumprir pena, como após. Além de o recluso ser vítima de estigmatização pela sociedade, a sua família também sofre com o mesmo problema, ocorrendo uma destabilização quanto à dinâmica e equilíbrio familiar (Cabral & Medeiros, 2014; Durcan & Zwemstra, 2014).

Um estudo realizado no Canadá e Flórida mostrou que as visitas da família têm impacto na reincidência criminal. As visitas fizeram que os níveis de reincidência diminuíssem 13%, visto que 61% dos reclusos tinham recebido visitas pelo menos uma vez (Duwe & Clark, 2011).

Números preocupantes foram encontrados quanto aos profissionais que trabalham em prisões em Portugal. Existem 30 psicólogos em contexto prisional e 49 estabelecimentos prisionais no país e nem todos os estabelecimentos prisionais dispõem de profissionais da área. Isso trará consequências a nível de violência e toxicodependência dentro da prisão (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2018).

Os papéis dos psicólogos neste contexto vão desde a auxiliar na mudança de comportamento, reintegração, avaliações, suporte psicológico, entre outros. Além de intervenções individuais, também realizam intervenções em grupo com o objetivo de desenvolver a reestruturação cognitiva, alterando crenças disfuncionais e promoção de competências pessoais e sociais (Almeida & Jesus, 2017; Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2018).

Existem diversos programas nos estabelecimentos prisionais com fim na prevenção da reincidência criminal. Programas estes como a estabilização emocional e integração, prevenção do suicídio, prevenção de reincidência, entre outros (Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, SD).

O modelo biopsicossocial, utilizado nesta investigação, consegue juntar a saúde física e psicológica, no caso de um indivíduo possuir uma doença fisiológica é essencial ter em atenção outros componentes como o contexto emocional e social em que o mesmo se encontra. O modelo permitiu uma visão mais alargada da medicina, tendo em consideração que a mente pode influenciar as reações corporais, além disso a maioria dos pacientes revelam sintomatologia somática. O objetivo do modelo consiste numa resposta

multidisciplinar no problema apresentado pelo indivíduo com o foco na sua qualidade de vida (Grala, SD).

O principal objetivo do projeto de investigação é compreender e caracterizar a qualidade de vida e a saúde mental dos reclusos, fazendo comparação com os diversos tipos de crimes. Os objetivos específicos são: 1) compreender e caracterizar a qualidade de vida dos reclusos consoante os tipos de crimes cometidos; 2) compreender e caracterizar a saúde mental dos reclusos consoante os tipos de crimes cometidos; 3) compreender e caracterizar a relação entre a qualidade de vida e a saúde mental dos reclusos; 4) compreender e caracterizar o impacto da idade, do sexo e pena aplicada na qualidade de vida e 5) compreender e caracterizar o impacto da idade, do sexo e pena aplicada na saúde mental.

Este estudo divide-se primeiramente pelo enquadramento teórico de tópicos relacionados com a temática do recluso, organizado por qualidade de vida do recluso, saúde mental do recluso, fatores de risco e de proteção, comportamento desviante, reincidência criminal, processo de transição ao contexto prisional, adaptação do recluso ao contexto prisional, inclusão, reintegração e exclusão do recluso na sociedade, família e reclusão, tipos de crime, intervenção psicológica em contexto prisional e modelo biopsicossocial. De seguida encontra-se os objetivos de forma a direcionar o estudo, depois será abordado a parte dos métodos onde estão presentes a descrição dos participantes, descrição detalhada dos instrumentos utilizados no estudo e o procedimento. Depois encontra-se os resultados obtidos na análise quantitativa e qualitativa. Posteriormente apresenta-se a discussão do estudo.

Enquadramento teórico

Qualidade de vida do recluso

O conceito de qualidade de vida é bastante vasto, abrangendo as inúmeras formas da ciência e do conhecimento. Os constituintes do quotidiano individual, a percepção e o que esperam sobre a vida e a confrontação em questões de saúde fazem parte deste conceito (Almeida, Gutierrez & Marques, 2012).

A qualidade de vida, no contexto da saúde, pode ser influenciada de forma negativa com o surgimento de uma doença que afeta o bem-estar da pessoa. As complicações que vão surgindo ao longo da vida do indivíduo, com a saúde e a área cognitiva a ficar mais debilitada, afeta a qualidade de vida da pessoa de forma significativa, sendo o ideal uma vida saudável para que este indicador seja o melhor possível. Em 2019, a esperança de vida seria de 81.1 anos, relativamente ao sexo feminino a esperança de vida seria de 83.7 anos e para o sexo masculino 78.1 anos (Malik, Schultz, Edington, Roemer, Lang, Pitts, Silvester-Júnior, Oliveira, Goetzel & Johnson, 2017; Pordata, 2021).

Os estabelecimentos prisionais são um ambiente bastante específico pela sua população e por todos os fatores que têm efeito na saúde dos reclusos. Devido ao stress, violência e falta de intervenções no auxílio a esta população vai ter um maior risco de os mesmos contraírem doenças infecciosas, outras doenças e o impacto na saúde mental, afetando de forma significativa a qualidade de vida na prisão (Nobile, Flotta, Nicotera, Pileggi & Angelillo, 2011). Contudo, Yu, Sung, Mellow e Koenigsmann (2015), afirmam que existem reclusos que têm uma percepção negativa da sua qualidade de vida antes da condenação, e após a entrada no estabelecimento prisional, os reclusos recebem tratamento adequado às suas necessidades, algo que não acontecia anteriormente, e

reavaliam a percepção da sua qualidade de vida de forma positiva, ou seja, como existe autores que falam dos pontos negativos da prisão, outros exploram os pontos positivos.

Num estudo realizado na Noruega, onde participaram 6 estabelecimentos prisionais, com um número total de participantes de 144 reclusos, média de idade de 35 anos, 13 mulheres e 131 homens. O estudo mostrou que reclusos com sintomas depressivos apresentam uma percepção de saúde negativa. Reclusos com alto nível de escolaridade têm uma melhor percepção da sua saúde (Iversen, Sam & Helvik, 2014).

A medição da qualidade de vida não está apenas relacionada com a saúde, mas também com a qualidade de vida política, económica e social e a satisfação de vida de cada individuo (Pukeliene & Starkauskiene, 2011).

Num estudo com uma amostra de 125 reclusos em estabelecimentos prisionais de Lisboa (prisão de Caxias, Lisboa, Carregueira e Tires), tendo os reclusos idade média de 42 anos, sendo maioria do sexo masculino (72.2%). Em relação à qualidade de vida os dados apresentaram diferenças significativas na qualidade de vida global (aspeto físico, psicológico, sociais e ambientais) relativamente com o género, ou seja, os homens mostraram ter melhor qualidade de vida do que as mulheres. Direcionado para a idade, os reclusos com idades compreendidas entre 18 e 34 anos têm uma melhor qualidade de vida comparado com as idades compreendidas entre os 35 e os 79 anos. Outra conclusão, foi o facto que a qualidade de vida dos reclusos é mais positiva quando têm crianças no seu seio familiar e também em reclusos que não cometeram crimes contra a vida (Gaspar, Moreira, Cunha, Carvalho & Varela, 2019). Armiya'u, Abiola, Bamidele, Nwoga e Davou (2019) igualmente concluíram que existe diferenças estatisticamente significativas entre a qualidade de vida e o tipo de crime. Kalonji, Ngongo, Ilunga, Albert e Giet (2017), confirmam que a pena aplicada influencia a qualidade de vida, acrescentando ainda que existe diferenças significativas nos domínios psicológico e meio ambiente. No que

concerna à idade, apresentava relação estatisticamente significativa com a qualidade de vida, o que não corresponde à presente investigação. Acrescentando ainda a existência da influência do tempo de pena na qualidade de vida, nos domínios psicológico e meio ambiente.

Diversos fatores como o aumento populacional, industrialização e alterações tecnológicas, a falta de cuidado por parte das pessoas em relação ao meio ambiente, entre outros, afetam o facto de alcançar a qualidade de vida (Keles, 2012).

Desde a infância que os indivíduos vivenciam momentos difíceis que afetam o funcionamento normal do indivíduo, podendo ser afetado a nível emocional, cognitivo, comportamental e fisiológico, levando assim ao surgimento de sintomas e perturbações mentais (Alves, Dutra & Maia, 2013).

A qualidade de vida dos reclusos é influenciada pelo relacionamento que os mesmos têm com os seus pares na prisão e com os trabalhadores do estabelecimento prisional, pela sua adaptação ao contexto, às condições que lhes são dadas e ao ambiente, além disso as habilitações literárias são um fator essencial para a qualidade de vida neste contexto. Se as relações com os pares não forem positivas, irá afetar a qualidade de vida. Ainda dentro da temática da adaptação/reacção é possível medir a partir da qualidade de vida estas variáveis relativamente ao tempo de encarceramento e/ou reabilitação nos estabelecimentos prisionais (Armiya'u, Abiola, Bamidele, Nwoga & Davou, 2019; Javed, Javed & Khan, 2016; Novais et al., 2010). Em contraproposta, Mannocci, Masala, Mipatrini, Rizzo, Meggiolaro, Thiene e La Torre (2015) afirmam que não existe relação entre a qualidade de vida e as habilitações literárias.

No estudo de Putri, Andriany & Nurrahima, (2020), sobre a qualidade de vida de reclusos do sexo masculino, concluiu-se que na idade entre 36 e 45 anos mostrou valores significativos, ou seja, apresentam maior qualidade de vida e com menor qualidade de

vida está entre as idades compreendidas dos 17 e 25 anos. Já nos estudos de Prost, Panisch e Bedard (2019), nos domínios das relações sociais e meio ambiente não houve valores significativos em relação à idade, mas nos domínios físico e psicológico foram encontrados valores significativos.

No Recife-PE foi também realizado um estudo, num estabelecimento prisional de mulheres, a idade e a pena aplicada não mostram valores significativos, ou seja, estas duas variáveis não influenciavam a qualidade de vida. Além disso, o domínio meio ambiente foi o que mostrou resultados inferiores em comparação com os outros três domínios da qualidade de vida (Ferreira & Fernandes, 2020).

Mannocci, Masala, Mipatrini, Rizzo, Meggiolaro, Di Thiene e La Torre, (2015), realizaram um estudo sobre a relação da atividade física e a qualidade de vida. A amostra foi recolhida em estabelecimentos prisionais italianos com o intuito de melhorar a qualidade de vida relativamente à saúde e permitir que na libertação, os indivíduos se integrem de uma forma positiva na sociedade. Os resultados do estudo mostraram-se promissores, sendo que a atividade física mostrou ser eficaz na redução da depressão e da ansiedade, aumentando a capacidade funcional e melhora na saúde dos reclusos, ou seja, a qualidade de vida está associada a nível físico e mental do indivíduo, havendo assim um melhoramento nesta variável. Fatores demográficos e nível educacional não mostraram valores significativos em relação à qualidade de vida relativamente à saúde.

As experiências adversas na infância, situações de risco à saúde, comportamentos que levaram a cometer um crime e a ser sentenciado e o avançar da idade poderiam levar a problemas de saúde. Apesar de toda a complexidade e ambiente desfavorável quanto às condições que o estabelecimento prisional disponibiliza, é importante ter a perceção da resiliência dos reclusos, principalmente dos mais velhos, para promover a saúde em contexto prisional. Neste estudo também direcionado para a qualidade de vida, foi

possível verificar que homens que experienciaram momentos de morte, trauma e abuso durante a infância revelaram sintomas depressivos mais altos e baixos níveis de qualidade de vida na meia-idade (média das idades, 41.8%). Estes mesmos homens que passaram por experiências traumáticas e de morte na infância e que usufruem de apoio social, mostraram ter maior qualidade de vida. Ou seja, o apoio social e o enfrentamento de acontecimentos ocorridos são fatores relevantes para a qualidade de vida do recluso. Outros fatores importantes no estudo para a qualidade de vida foi a espiritualidade, sentido da vida, exercício e dieta alimentar. Noutros estudos sobre esta mesma temática, foi descoberto outros fatores que têm influência na qualidade de vida do recluso, como o perdão sendo uma ligação entre a religiosidade e reconhecimento da qualidade de vida. A espiritualidade, solidão e depressão influenciam de forma negativa a percepção de saúde na população de homens de meia-idade (Randall & Bishop, 2013; Skarupski, Parisi, Thorpe, Tanner & Gross, 2015).

Num estudo realizado nos Estados Unidos sobre a qualidade de vida na prisão, com uma amostra de 299 reclusos, foi revelado que as mulheres mostraram uma qualidade de vida inferior aos homens, mais especificamente nos domínios da saúde física e psicológica. Também foi possível verificar que a qualidade de vida foi considerada superior nos domínios da saúde física e menor no domínio ambiental. Os autores do estudo notaram pelos seus resultados que a qualidade de vida, ao longo da idade, vai diminuindo. Prost, Panisch e Bedard (2019) concluem que o domínio psicológico tem um impacto significativo na qualidade de vida em geral e em comparação ao sexo, o domínio físico e psicológico é o que se mostra com valores mais elevados nos homens (Prost, Panisch & Bedard, 2019). Quanto aos domínios com melhor qualidade de vida, no estudo de Zadavec Šedivy, De Leo, Poštuvan e Žvelc (2021), apresentam no domínio psicológico e pior qualidade de vida no domínio físico.

Nos estudos anteriores, as mulheres apresentam pior qualidade de vida do que os homens, em Portugal a esperança média de vida é superior nas mulheres, mais concretamente, podem viver mais 6 anos do que os homens, mas os homens podem viver com mais qualidade de vida que o sexo oposto (CIG & Unidade de Apoio à estratégia & Planeamento, 2021).

As mulheres no estabelecimento prisional são um grupo muito mais vulnerável do que os homens. Estas têm menos condições, sofrem de abusos, necessitam de maior intervenção psicológica devido a traumas, abuso de substâncias, entre outros. Como os homens são um grupo maioritário em contexto prisional, existe uma maior assistência consoante as necessidades neste género, ficando as mulheres mais esquecidas, afetando a sua qualidade de vida (United Nations, 2014).

Estudo realizado na Nigéria sobre o impacto da ansiedade e depressão na qualidade de vida dos reclusos, revelou que participantes com níveis económicos baixos têm tendência a uma qualidade de vida mais baixa em comparação com os que têm um nível socioeconómico maior. Reclusos com altos níveis de depressão apresentaram uma baixa qualidade de vida e o mesmo acontece com a ansiedade, ou seja, quanto maior for a gravidade das psicopatologias, pior será a qualidade de vida desta população (Oguntayo, Ogundipe, Tomolaju, Oyeleke & Opayemi, 2020).

Saúde mental do recluso

A Organização Mundial de Saúde caracteriza a saúde mental como um estado de bem-estar do indivíduo, tendo a capacidade de realizar o seu próprio potencial, lidar com as preocupações da sua vida, trabalhar de forma eficiente e ser ativo na sociedade (National Audit Office, 2017).

A saúde física faz parte do bem-estar do indivíduo, a saúde mental tem um papel da mesma forma importante. A saúde mental pode ser afetada por fatores genéticos, biológicos, sociais e ambientais. No momento que surge perturbações mentais, afeta de forma negativa a qualidade de vida. Apesar da importância sobre esta temática, a mesma não tem vindo a ter a prevalência que era suposto, como por exemplo, as desigualdades, luta contra o estigma e discriminação para com as pessoas que sofrem com doenças mentais, etc (Conselho Nacional de Saúde, 2019).

As perturbações mentais e comportamentais podem surgir através de diversos fatores na vida do indivíduo, tais como problemas em questões familiares, sociais, trabalho, entre outras. Nesse sentido, ocorre mudanças significativas no indivíduo, na sua forma de pensar, de sentir, em relação ao humor e emoções e na forma de agir em determinada situação (Palha & Palha, 2016).

Estudos indicam que Portugal é o país da Europa que sofre mais com a saúde mental na população adulta. A prestação de cuidados na saúde mental tem vindo a ser cada vez mais desenvolvida e trabalhada com o intuito da reabilitação psicossocial do indivíduo, a integração na sociedade e pôr fim à discriminação (Serviço Nacional de Saúde, 2018).

No que se refere à saúde mental dos reclusos, quando são sentenciados e entram no estabelecimento prisional, envolve uma adaptação a esta mudança que se torna bastante complexa para o indivíduo, afetando a sua saúde mental, a curto e longo prazo. Este ambiente causa no recluso saturação, o ambiente é desfavorável, existe escassez de recursos, etc. Assim é imprescindível que no momento que o recluso dê entrada no estabelecimento prisional seja realizada uma análise de patologias já diagnosticadas ou então realizar a avaliação, para uma intervenção adequada ao estado mental do recluso. As terapias essenciais nas prisões são as terapias de conversação, como por exemplo o

aconselhamento, a terapia cognitivo-comportamental ou intervenção no controlo da raiva (Navarro, Paredes-Carbonell, Juan-Ulpiano, González Rubio, Monzó & Martínez, 2013; Newcomen, 2016).

Em contexto prisional frequentemente são diagnosticadas doenças mentais em diversos reclusos. Quando é divulgado o diagnóstico ao recluso, o problema diagnosticado raramente vem só, podendo ter sido agravado por outros problemas já existentes ou até mesmo causado por eles. Os recursos nos estabelecimentos prisionais são limitados, incluindo para a saúde, desta forma é necessário que os funcionários tenham um papel ativo e auxiliar nesta problemática, podendo ter impacto para os reclusos, no momento da sua libertação em relação à doença diagnosticada e ao risco de reinserção (Durcan & Zwemstra, 2014).

Diversas pesquisas mostram que um em cada sete reclusos são diagnosticados com psicose ou depressão. Com a entrada de substâncias nos estabelecimentos prisionais e com o seu consumo a aumentar, tem uma influência para o surgimento de perturbações mentais graves. Os riscos para os reclusos que sofrem de alguma perturbação mental são variados, vão desde o risco de suicídio, lesões autoprovocadas, violência e vitimização. Outros fatores que também mostram impacto na saúde mental do recluso são o distanciamento da família e isolamento. Como estes fatores de risco são pouco explorados, assim a atuação perante estas situações é ainda pouco aprofundada (Fazel, Hayes, Bartellas, Clerice & Trestman, 2016; Newcomen, 2016).

Mais especificamente ao fator sobre o distanciamento da família, este é fundamental para a saúde mental do recluso. Estando o recluso preso, a contínua interação com a família vai ajudá-lo a superar o tempo de pena aplicada, sendo importante também que esse laço com a família seja fortalecido (Constantino, Assis & Pinto, 2016).

Num estudo realizado nos Estados Unidos entre 2011 e 2012 foi possível retirar diversas conclusões em relação à saúde mental dos reclusos. Em relação ao sofrimento psicológico grave, apresentavam 26.4% dos reclusos. Mais mulheres (32.3%) do que homens (25.5%) apresentavam problemas do foro psicológico. Em relação à idade, na faixa 45-54 anos era onde apresentava maiores problemas mentais (28.8%), seguido dos 18-24 anos com 26.3%, dos 35-44 anos com 26.1%, dos 25-34 anos com 25.9%, dos 55-64 anos com 25.2% e dos 65 ou mais anos com 20.2%. Do ponto de vista do crime cometido, o que se mostrou com maior percentagem foi pelo crime violento (29%), o crime contra a propriedade (27%) e crime por drogas com 25%. Em relação à pena aplicada, os reclusos que estão presos à menos de 1 mês têm maior percentagem de doença mental (29.3%), existindo outros estudos que confirmam este resultado (Molina-Coloma, Lara-Machado, Pérez-Pedraza & López-Rodríguez, 2021), de 1 a 5 meses com 25.8%, de 6 a 11 meses com 23.3% e de 1 a 4 anos com 23.6% (Bronson & Berzofsky, 2017). No que se refere à idade, Chiclana, Castillo-Gualda, Paniagua e Rodríguez-Carvajal (2019), indica através dos seus resultados que a faixa etária que mais sofre a nível psicológico são os jovens, contudo a dimensão somatização, depressão e sensibilidade interpessoal não mostraram diferenças significativas. Porém, existe outros estudos que contribuíram com o mesmo resultado, sendo possível verificar que na relação entre idade e psicopatologias, não houve valores significativos na somatização, depressão e hostilidade (Molina-Coloma, Lara-Machado, Pérez-Pedraza & López-Rodríguez, 2021). Os resultados de Ahmadvand, Akasheh e Sepehrmanesh (2014), são o oposto, ou seja, quanto maior for o tempo de pena maior o sofrimento psicológico e não existindo diferenças entre tipo de crime e saúde mental nos reclusos. Lane, Bratina & Antonio (2020), também mostra resultados controversos quanto à idade, mostrando através dos seus resultados que não existe diferenças significativas entre a idade e saúde mental.

Molina-Coloma, Lara-Machado, Pérez-Pedraza e López-Rodríguez (2021) fizeram a relação das variáveis entre saúde mental e tempo de pena, a dimensão da somatização, obsessivo-compulsivo, sensibilidade interpessoal, ansiedade, hostilidade e psicoticismo mostraram-se não significativas.

Samyuktha e Sowmyya (2015), estudaram a temática da saúde mental no contexto prisional, concluíram que em relação ao tipo de crime e ao sexo, as mulheres reclusas cometem crimes não violentos e que não são considerados graves, tais como prostituição, crimes contra a propriedade, roubo, fraude, falsificação. Os homens são mais propensos em cometer crimes de maior gravidade.

As mulheres, segundo Durcan & Zwemstra, 2014; Herrera Enríquez e Expósito Jiménez (2010), sofrem mais que os homens em contexto prisional, pois este período de reclusão causa danos no núcleo familiar, porque a mulher é o alicerce afetivo e apoio económico na sua família, assim esta ausência afeta tanto a família como a reclusa.

Num outro estudo também realizado nos Estados Unidos, em Iowa, foi igualmente possível retirar diversas conclusões. No estudo mostrou que as mulheres têm uma maior prevalência de doenças mentais do que os homens, sendo que o diagnóstico já tinha sido realizado. Em relação às doenças mentais específicas, a perturbação depressiva foi a que se mostrou mais diagnosticada em diversos reclusos. Outras perturbações que também tiveram prevalência entre os reclusos foram as perturbações de ansiedade e pânico. As mulheres têm tendência para um diagnóstico de abuso de substâncias, perturbações depressivas, deficiências de desenvolvimento, perturbação bipolar, perturbação de stress pós-traumático e perturbação do sono, movimento e alimentação. Os homens têm mais tendência para perturbações do controlo dos impulsos e distímia ou para depressão neurótica. Os mais jovens têm tendência para serem diagnosticados com abusos de substâncias, perturbação de ansiedade e pânico, perturbação da personalidade,

perturbação psicótica, deficiências de desenvolvimento, perturbação bipolar, distímia e depressão neurótica e perturbação do controlo de impulsos (Al-Rousan, Rubenstein, Sieleni, Deol & Wallace, 2017). Villagrà Lanza, González Menéndez, Fernández García, Casares López, Martín Martín e Rodríguez Lamelas (2011), ainda acrescentam que no caso das mulheres, também apresentam somatização, perturbação obsessivo-compulsivo e ideação paranoide.

O tipo de crime e a saúde mental também apresentam diferenças significativas pela literatura, mostrando que os crimes violentos causam maior sofrimento psicológico do que outros tipos de crime (Durcan & Zwemstra, 2014; Bronson & Berzofsky, 2017) seguidamente de crimes contra a propriedade e posteriormente de crimes por estupefacientes (Bronson & Berzofsky, 2017).

Em Dubrava, foi realizada uma investigação com o objetivo de verificar a associação entre a qualidade de vida e a saúde mental de reclusos e a ocorrência de violência no Centro Correccional de Dubrava com uma amostra de 203 reclusos, foi observado que relativamente à saúde mental os sintomas que mais se encontravam presentes nesta população estavam relacionados com a ansiedade e a depressão (Skar, Lokdam, Liebling, Muriqi, Haliti, Rushiti & Modvig, 2019).

Num estudo sobre a história de adversidade, saúde e psicopatologia com reclusos de ambos o sexo foi possível observar através da aplicação do Inventário Breve de Sintomas, que ambos os sexos mostraram valores elevados na ideação paranoide, nas mulheres a segunda psicopatologia foi a ansiedade e em terceiro a depressão. Nos homens a segunda psicopatologia foi a depressão e depois a ansiedade (Alves *et al.*, 2013). Green e Phillips (2004), abordam a ideação paranoide como uma das psicopatologias mais presentes em contexto prisional. Esta é considerada uma resposta adaptativa e protetora

quanto à realidade vivenciada neste contexto que pode ser um ambiente bastante negativo para os reclusos, afetando a sua saúde mental.

Green e Phillips (2004), explicam que a ideação paranoide depende do contexto em que o indivíduo está inserido, como por exemplo em contexto de pobreza, racismo, maus-tratos, possibilidade de dano, etc, incluindo o contexto prisional que consiste num ambiente com taxas elevadas de violência e danos físicos e psicológicos. A ideação paranoide é uma resposta adaptativa e protetora para enfrentar as problemáticas do contexto e uma forma de evitar a realidade.

Num outro estudo sobre as vulnerabilidades ao stress prisional e ao risco de suicídio na população reclusa foi aplicado o Inventário Breve de Sintomas e conclui-se que no sexo masculino a psicopatologia que mais se revela é as obsessões-compulsões e no sexo feminino é a somatização, sendo resultados diferentes em relação a outros estudos (Pinheiro & Cardoso, 2011).

Fatores de risco e de proteção

O indivíduo, por vezes, pode se encontrar num meio em que não disponha das condições essenciais para satisfazer as suas necessidades, básicas ou secundárias. Este meio sem as devidas condições vai obrigar o indivíduo a aplicar estratégias e comportamentos, mesmo sendo desadequados, para alcançar os seus objetivos. Assim sendo, irá se adaptar ao meio em que está inserido utilizando os meios que tem à sua disposição para atingir o que deseja sem refletir sobre as consequências dos mesmos (Sharma, 2016).

Ao longo da vida surgem situações que podem afetar de forma significativa o funcionamento normal do indivíduo em diversos níveis (emocional, cognitivo,

comportamental e fisiológico) originando sintomas e afetação da saúde mental (Alves *et al.*, 2013).

Os fatores de risco podem dividir-se em duas categorias: fatores estáticos, que são caracterizados por não haver possibilidade de uma alteração e são considerados históricos, como por exemplo a idade na prisão e o número de crimes cometidos; e os fatores dinâmicos que podem ser sujeitos a mudanças, como por exemplo os comportamentos relativamente ao crime cometido que são situações que podem ser modificadas (Andrews & Bonta, 2010).

Num estudo de Hawton, Linsell, Adeniji, Sariaslan & Fazel, (2014), em 2009, 24113 era o número total de incidentes de automutilação, sendo que as reclusas se automutilavam, em média, oito vezes por ano enquanto os reclusos duas vezes. A maior parte das ocorrências eram em prisões femininas e em reclusos condenados. Os métodos mais comuns que os reclusos usavam para se automutilar foi cortar e coçar, envenenamento, overdose ou engolir objetos não apropriados, enforcamento, autoestrangulação, lesão por impacto, intensificar ferimentos existentes, ligadura, sufocação e mordida.

Num outro estudo sobre os efeitos da exposição à violência, foi relatado que na amostra, 71% foram expostos a atos de violência, 39% dos reclusos sofreram abusos na infância, 49% dos reclusos foram vítimas de abuso na vida adulta, 10% sofreram abuso sexual, 70% sofreram violência física, os reclusos que sofreram violência, 60% conheciam o agressor e 43% não conheciam. Relativamente a comportamentos desajustados, 21% comportaram-se agressivamente desde que entraram no estabelecimento prisional, 8% cometeram infração por drogas/álcool e 48% cometeram infração violenta, mas não por droga/álcool. O abuso na infância, abuso físico na infância e abuso físico na infância com lesão foram os que tiveram resultados mais significativos.

A agressão no adulto por um estranho, a agressão física no adulto conhecendo o agressor e agressão física no adulto com arma branca foram os que mais ocorreram entre a amostra do estudo. Posto isto, conseguiram concluir que a exposição à violência estava relacionada com a saúde mental, ou seja, os indivíduos que aplicaram comportamentos agressivos tinham sintomas de patologias do foro mental. Outra conclusão, foi o facto de que um indivíduo que foi agredido por uma pessoa conhecida, tem mais impacto no trauma e têm maiores dificuldades de adaptação ao contexto prisional do que se não conhecesse o agressor (Meade & Steiner, 2013).

No estabelecimento prisional de Dubrava, os reclusos relataram que a violência que sofriam eram principalmente pelos funcionários do estabelecimento prisional. Foi possível observar que os reclusos que não sofreram violência, os níveis de qualidade de vida foram melhorando ao longo do tempo (Skar *et al.*, 2019).

Outro estudo sobre os fatores de risco e de proteção na infância, demonstra a prevalência de compreender como os fatores de risco e proteção precoces, os incidentes raciais e étnicos e a identidade étnica podem afetar o comportamento nos jovens adultos. O estudo concluiu que os fatores de risco, relativamente aos estudantes universitários, que surgiam na infância/adolescência estavam ligados a problemas na fase adulta, especificamente o uso de substâncias e comportamentos criminosos. A importância de se captar o mais precocemente possível os fatores de risco e de proteção é essencial para evitar certos tipos de comportamentos que podem comprometer o indivíduo ao longo da sua vida, principalmente nas questões de criminalidade (Forrest-Bank & Jenson, 2015). Marinho e Vitória (2018), concluíram nos seus estudos sobre a influência das drogas, que a maioria dos reclusos considerava a sua saúde mental debilitada.

Foi realizada uma investigação sobre fatores de risco para comportamento violento numa população reclusa, foi concluído que diversas ocasiões de comportamento

agressivo não são denunciadas e isso leva a que o estabelecimento prisional seja tolerante, o que não será o mais adequado para acabar com este tipo de comportamentos. Reclusos mais jovens tinham uma maior tendência de serem violentos. Os reclusos que cumprem pena em prisão preventiva correm um risco mais elevado de violência na prisão. Se o recluso esteve envolvido em situações de violência antes da condenação e caso não se tenha adequado ao ambiente prisional, há uma grande probabilidade que ponha em prática comportamentos agressivos no período de reclusão (Arbach-Lucione, Martinez-García & Andrés-Pueyo, 2012).

Devido aos contextos de violência que o recluso sofreu e devido à pena aplicada estando privado de liberdade, a saúde psicológica e comportamental do indivíduo fica afetada, por consequência surgirá sintomatologia psicopatológica, como a depressão, ideação paranoide, ansiedade, entre outros, sendo que as mulheres são as que mais sofrem (Al-Rousan *et al.*, 2017; Alves *et al.*, 2013; Meade & Steiner, 2013).

Farrington, Gaffney e Ttofi (2017), defendem que as investigações e literatura existente sobre os fatores de risco para a delinquência, violência e reincidência de comportamento criminosos são de extrema importância, essencialmente para fatores de risco como a baixa empatia e maus-tratos infantis, estes alegam que a temática é pouco vasta. Os autores salientam a necessidade de estudos sobre esta área para ser do conhecimento, o impacto destes fatores na vida dos indivíduos.

Os fatores de proteção é algo ainda pouco desenvolvido e explorado, havendo assim a necessidade de haver melhor compreensão e avaliação dos mesmos neste contexto. Estes fatores são definidos por indivíduos que têm a capacidade de realizar mudanças e atingir os seus objetivos com o auxílio das habilidades sociais e intelectuais, levando assim a mudanças que poderão ter impacto na redução de comportamentos criminosos. O que também está incluído nos fatores de proteção são aspetos sociais, como

o emprego ou a família, através de apoio e estimulação para um comportamento apropriado. Os fatores de proteção estão interligados com a competência para questões sobre a resiliência individual. A resiliência mostra ser um elemento importante para os três tipos de prevenção, sendo a prevenção primária que antecipa o surgimento de comportamentos antissociais, havendo uma atuação nesse sentido; a prevenção secundária, abrange o caráter individual e coletivo; a prevenção terciária, foca-se na consciencialização dos indivíduos que cometeram atos criminosos relativamente aos danos que esses mesmos comportamentos causaram (Moles-López & Añaños, 2021; Serin, Lloyd & Hanby, 2010).

Vogel et al., (2011) identificaram três grupos referente aos fatores de proteção: os itens internos, como a inteligência, vinculação segura na infância, empatia, capacidades e *coping* e autocontrole; itens motivacionais como o emprego, lazer, gestão financeira, incentivo para o tratamento, atitudes que não desrespeitem normal, objetivos a longo prazo e medicação; e itens externos, como o suporte social, relação íntima, atuação de profissionais, acontecimentos de vida e controle externo.

Comportamento desviante

As habilidades sociais são comportamentos sociais que não são inatos ao indivíduo. Estes comportamentos são aprendidos proporcionando o aumento de repercussões positivas e diminuindo a ocorrência de repercussões negativas, os mesmos são aceites pela sociedade e pela cultura que o indivíduo está inserido. As habilidades sociais podem ser prejudicadas por comportamentos sociais desadequados como, por exemplo, a mentira (Kienen, Gil, Luiza & Gambas, 2018).

Os comportamentos sociais são aprendidos a partir de três meios: instrução, consequências e imitação ou modelagem. Estes três processos podem ser desenvolvidos

de forma paralela ou individual e podem ter sido planejados ou aleatórios. Estes processos são assim estudados para poderem ser aplicados e utilizados de forma eficiente nas diferentes terapias da psicologia. Quando existe a possibilidade de haver um modelo a seguir, isso permite que ocorra o alcance de novos comportamentos ou o melhoramento de comportamentos sociais que até então necessitavam de uma modificação. Dentro dos comportamentos sociais ocorre a difusão social, onde o indivíduo incorpora um comportamento que vê nos outros membros do seu grupo e replica (Kienen *et al.*, 2018; Lepri, Salah, Pianesi & Pentland, 2011).

Os ambientes sociais moldam o indivíduo, tornando-se assim um fator bastante desafiador, pois verifica-se diversas dinâmicas entre os grupos. Entender estes grupos torna-se uma tarefa complexa devido às características presentes nos mesmos, assim é essencial apurar as particularidades dos indivíduos que compõem o grupo. Para atingir a mudança social pretendida, é importante que ocorra uma mudança individual ao nível dos comportamentos e das atitudes (Lepri *et al.*, 2011).

O desviante, ou comportamento desviante, é subjetivo a determinados fatores. Em certas comunidades existem normas que não aceitam comportamentos que vão contra as mesmas, dificultando assim o processo de socialização. As normas definem a forma como os indivíduos se comportam e o que se torna aceitável ou não relativamente ao desvio, estas podem ir sendo modificadas consoante os atos dos elementos que compõem a comunidade. Assim, como essas normas são aprendidas, os comportamentos desviantes também o são. Se um indivíduo pertence a diversos grupos diferentes, e conseqüentemente, lida com normas diferentes, esta situação pode gerar um conflito. Alguns exemplos de comportamentos desviantes cometidos em comunidade são o suicídio, crime, abuso de substâncias e prostituição (Clinard & Meier, 2015).

Do ponto de vista da psicologia, os atos criminosos são cometidos por indivíduos com perturbações mentais, mais especificamente perturbação anti-social da personalidade, e que mostram dificuldades em saber viver consoante as normas impostas pela sociedade. Mas nem todos os indivíduos que se comportam de forma desviante têm perturbações mentais, alguns têm essas atitudes de forma consciente e até ponderada (Luzes, 2010).

Existem três fatores que contribuem para a formação do caráter, neste caso o que pode influenciar o indivíduo a cometer atos criminosos. O primeiro fator é os fatores sociais e familiares, neste fator os indivíduos têm convivências com grupos que estão ligados a atividades criminosas, tendo o indivíduo estes comportamentos sente-se valorizado, estes comportamentos advém da não capacidade de convivência com as normas sociais e de possíveis acontecimentos vivenciados pelo próprio. De seguida vem os fatores psicopatológicos, aqui os indivíduos passaram por situações traumáticas durante a infância e adolescência e que não tiveram qualquer suporte para gerir de forma eficiente os sentimentos causados por esses mesmos acontecimentos (abandono, violências, etc). Por último, os fatores biológicos causados por problemas genéticos apresentados de quadros de agressividade e costumes invulgares. Estes fatores referidos são desenvolvidos durante a vida, sendo que por vezes o indivíduo pode não exteriorizar esses comportamentos desviantes, mas na adolescência, sendo uma fase bastante complexa, os indivíduos podem não ter a capacidade de se conter e de controlar estes fatores e seguirem por um caminho onde os comportamentos desviantes se tornam rotina (Tocado & Barboza, 2021).

Além dos fatores de risco acima referidos, também é visível os fatores de proteção que são constituídos por capacitação de expor os seus problemas, frequentar a escola, ter

um grupo social favorável. A sobreposição dos fatores de proteção sobre os fatores de risco influencia os comportamentos desviantes (Prevention, 2018).

Reincidência criminal

O conceito de reincidência resume-se a um indivíduo que foi sentenciado com pena de prisão, após a sua libertação volta novamente a comportar-se de forma criminosa e eventualmente ser punido por lei. Um outro conceito que está integrado à reincidência é a desistência, este conceito refere-se quando o indivíduo decide tomar um rumo livre da vida criminosa, essa decisão pode ser tomada de livre vontade ou ter ocorrido intervenção de terceiros. Existem algumas razões que podem levar o indivíduo a tomar essa decisão, tais como obtenção de novas competências, emprego, família, entre outros (United Nations 2018; Farral, 2002).

Os níveis de reincidência podem ter origem não violenta, como os crimes contra a propriedade, como também podem ter origem violenta tendo uma repercussão maior devido às características psicológicas e físicas do indivíduo (Heeks, Reed, Tafisiri & Prince, 2018).

Os fatores de risco e os fatores de proteção são duas variáveis que têm influência na reincidência. No caso da existência de fatores de risco existe a possibilidade do aumento da reincidência e no que toca aos fatores de proteção, a sua presença faz com que haja uma diminuição da reincidência. Quando se aborda os fatores de proteção, está direcionado para a educação, relacionamentos, relação com a comunidade, entre outros, e os fatores de risco está associado à idade, relações com grupos que podem levar novamente a comportamentos criminosos, etnia, inexistência de habitação, entre outros (Mathers & Lindekugel, 2019).

Os consumos de substâncias de forma frequente estão diretamente relacionados com o aumento da probabilidade de o indivíduo cometer novos crimes. Fatores que podem levar à reincidência são crimes ocorridos anteriormente e comportamento violento, outros fatores relacionados com a reincidência são perturbações mentais com intervenção psiquiátrica, condições de vida desfavoráveis, idade jovem, indivíduos do sexo masculino, perturbação de personalidade anti-social, inexistência de capacidades profissionais, necessidades de aprendizagem e escassa educação (Bonta, Law & Hanson, 1998; Butorac, Gracin & Stanić, 2017).

Referente à saúde mental e a reclusão, Zgoba, Reeves, Tamburello e DeBilio, (2020), nos seus estudos afirmaram que reclusos que possuem doença mental e que não consomem substâncias não tinham maior perigo de reincidência do que os reclusos que não tinham nenhum deste tipo de problemáticas e reclusos que consumiam substâncias tinham um maior risco de reincidência do que os que não consumiam. E indivíduos que tinham ambos os padrões acima referidos tinham maior chance de reincidência do que outros reclusos. Assim, pode se afirmar que a doença mental não mostrou impacto na reincidência, mas a doença mental mais o consumo de substâncias tinham uma repercussão na variável reincidência.

Existem diversas atitudes a ter em conta para se obter uma redução da reincidência, como a libertação dos reclusos de forma ponderada e organizada, abrangendo a liberdade condicional. Após a libertação do recluso, é essencial, para uma reintegração bem-sucedida, um meio ambiente favorável, visto que influencia esse retorno. Ou seja, se o recluso ao sair em liberdade estiver em contato com lugares, pessoas ou situações de risco podem ter uma probabilidade de reincidência, pois muitos desses reclusos, durante o período de encarceramento, não conseguiram alcançar as capacidades necessárias para evitar uma situação de recaída para a reincidência. As intervenções

cognitivo-comportamentais também têm mostrado resultados positivos e relativamente ao consumo de substâncias, seria importante a aplicação de abordagens para minimizar os malefícios envolvidos. Outros comportamentos relacionados com a redução de reincidência abrangem metodologias de incentivo e apoio na reintegração pós-libertação, alteração na compreensão nos estabelecimentos prisionais e nos reclusos, processos de normalização e programas educacionais e vocacionais adequados. Durante o período de aprisionamento são aplicados tratamentos e apoios para os reclusos com o objetivo de diminuir os níveis de reincidência após libertação, sendo essenciais a indivíduos que cumpram penas mais prolongadas, não havendo assim interrupção desse tipo de programas. Como solução para os reclusos que cumpram penas menores é imprescindível a aplicação de programas de reintegração após serem libertados (Anyango, 2017; Butorac *et al.*, 2017; Denny, 2016; O'Donnell, 2020).

Atuações que levam à diminuição da reincidência nem sempre são eficazes, levando, por vezes, ao efeito contrário do pretendido. Tem-se vindo a verificar que ações punitivas, penas de prisão e sanções aplicadas estão associadas a pequenos aumentos da reincidência dos reclusos. Existem alternativas a estes três fatores que revelam evidências de redução do crime, a nível económico mostra resultados positivos e, para além de não mostrar diminuição nos níveis de reincidência, também não apresenta aumentos, mantendo-se estável e sem prejudicar a segurança pública (Warren, 2008).

Uma alternativa mais favorável que pode substituir a típica pena de prisão será as sentenças comunitárias que consiste numa pena aplicada com privação da liberdade, liberdade condicional supervisionada, pulseira eletrónica, prestação de serviços à comunidade obrigatório, participação nos programas de treinamento ou em tratamentos. Esta alternativa tem vindo a mostrar resultados significativos na reincidência, diminuição

de custos e melhoramento nos comportamentos criminosos (Yukhnenko, Wolf, Blackwood & Fazel, 2019).

Além da dificuldade de se estudar a reincidência devido a diversos fatores, *Bureau of Justice Statistics* (BJS) realizou um estudo e foi revelado que em 2005, três quartos de ex-reclusos retornaram a sua atividade criminosa e a estarem em contato com o sistema judicial e mais de metade regressou para a prisão por novos crimes ou por incumprimento das medidas de liberdade. A tendência para a reincidência seria um ano após a libertação. Referente ao tipo de crime, os reclusos que cometeram crimes contra a propriedade foram mais propensos à reincidência. Também foi possível verificar que quanto maior for a pena de prisão e o histórico criminal maior serão as chances da reincidência (James, 2014).

Num estudo realizado com ex-reclusos da região de Kano-Nigéria, foi averiguado a influencia da prisão, estigma, discriminação e personalidade relativamente à reincidência. Os resultados revelaram que a prisão, o estigma e a discriminação têm valores significativos sobre a reincidência, ou seja, estes três preditores têm influência na reincidência (Ahmed, 2015).

Num outro estudo comparativo entre 49 reclusos não reincidentes e 40 reclusos reincidentes numa prisão no Equador, foi possível concluir que os reclusos reincidentes possuem uma personalidade antissocial, agressivo-sádico, consumo de drogas e álcool e maior tendência a ser agressivo fisicamente. Cometem mais crimes contra a propriedade, antecedentes de delinquência quando mais novos e comportamentos desadequados dentro do estabelecimento prisional nos adultos (Molina-Coloma, Salaberría & Pérez, 2021).

Processo de transição ao contexto prisional

A transição é definida por a alteração de um estado para outro, apesar de ser mais complexa do que aparenta. As mudanças que ocorrem ao longo da vida podem acontecer

de forma progressiva ou instantânea. Por vezes, as mudanças que o indivíduo considera menos impactantes, são as que se mostram com maior efeito na sua vida. Nem todas as mudanças são consideradas negativas, também podem beneficiar em diversos aspetos na vida do indivíduo, dependendo do ponto de vista individual. Na perspetiva da psicologia do desenvolvimento, as transições permitem que haja uma modificação na forma de pensar, ser e sentir. A transição acontece quando existe uma alteração na forma de pensar sobre si e o que o rodeia devido a uma determinada situação, deste modo, ocorre uma mudança de comportamento e abrangendo também os seus relacionamentos (Crafter, Maunder & Soulsby, 2019; Schlossberg, 1981).

Esta é ajustada consoante as características pessoais de cada indivíduo. Este processo é considerado complexo sendo que o indivíduo inicia a sua preocupação sobre a transição, até ter a consciência que a transição irá acontecer. Para uma transição adequada ao estabelecimento prisional é importante que haja o entendimento das regras e organização do contexto e conciliar esse novo contexto consigo mesmo (Novais, Ferreira & dos Santos, 2010).

A teoria de Schlossberg menciona quatro fatores alusivos à forma como cada indivíduo enfrenta a transição, sendo: a situação, o Eu, o suporte e as estratégias. A situação está relacionada com o acontecimento e a forma como analisa as características da transição, como por exemplo, o espaço, a avaliação feita pelo indivíduo sobre o sucedido, a duração, entre outros. O Eu consiste na perceção sobre as capacidades psicológicas do indivíduo e a sua situação pessoal. O suporte, está associado ao suporte social (família, amigos, etc) do indivíduo e de que forma esse suporte o beneficia. Por último, as Estratégias, estão ligadas ao modo como o indivíduo se comporta de forma adaptativa para encarar a transição. Esses comportamentos podem ser uma resposta para

alterar a situação, respostas que auxiliam no controlo do stress após a transição e respostas de ponderar os significados dados aos problemas (Novais *et al.*, 2010).

As transições no decorrer da vida do recluso permitem ter a perceção a nível psicológico sobre as mudanças de comportamento, como também permite que haja uma compreensão das necessidades de intervenção. Para que a prevenção do crime seja eficaz, é essencial que haja uma perceção relativamente ao recluso e verificar os riscos existentes, e para que a reabilitação seja eficiente é necessário o conhecimento a nível das transições ocorridas na vida do recluso, assim sendo, para levar o recluso ao processo de transição é essencial conhecer as características típicas deste processo (Serin & Lloyd, 2009).

No processo de transição existe um momento de adaptação à situação e, segundo Schlossberg (1981), essa adaptação à transição é impactada por três fatores: as especificidades da transição, os aspetos do ambiente e as características presentes do indivíduo. Os fatores acima referidos irão agir mutuamente e gerar um resultado. Posteriormente é possível afirmar se o indivíduo conseguiu ou não se adaptar ao contexto.

Adaptação do recluso ao contexto prisional

O ser humano é considerado um ser bio-psico-social que tem abrangido o processo de adaptação. No decorrer do processo de adaptação a personalidade está em confronto com o ambiente social e físico onde ocorre uma interação entre eles. Para uma boa adaptação social é essencial ter em consideração o meio familiar, problemas escolares, impulsividade, entre outros (Novais *et al.*, 2010).

O ajustamento é considerado saudável quando o indivíduo consegue satisfazer as suas necessidades psicológicas, sociais e biológicas e tem a habilidade de encontrar estabilidade entre as suas próprias necessidades e as expectativas da sociedade por respostas apropriadas. O ajustamento a um determinado meio exige ao indivíduo que este

tenha a capacidade de agir de acordo com a exigência que o ambiente requisita. No decorrer do tempo, os indivíduos vão mudando certas características em si, de forma evolutiva, levando assim a que ocorra uma adaptação entre si e o ambiente em que o indivíduo reside, ou seja, ocorrem diversas transformações (Sepúlveda & El-Hani, SD; Sharma, 2016).

No ponto de vista da psicologia, existe duas perspectivas sobre o ajustamento, sendo a conquista, que se refere à qualidade ou à eficácia do ajuste, e o segundo refere-se à conexão entre o indivíduo e o meio. Estes ajustamentos incentivam o indivíduo a satisfazer as suas necessidades psicológicas através do ambiente em que vivem, o mesmo acontece quando o ambiente é novo para o indivíduo. A adaptação torna-se adequada quando a saúde física e psicológica, a eficácia no trabalho e aceitação social são favoráveis (Sharma, 2016).

A adaptação ao contexto prisional pode ser bastante difícil para alguns reclusos, afetando a sua maneira de pensar e comportar, tornando-se conturbada a capacidade de adaptação à situação. Esta problemática da não adaptação pode sensibilizar o psicológico do indivíduo, sendo que poucos são os que passam pelo período de encarceramento sem alterações psicológicas apesar de, por norma, serem reversíveis (Haney, 2001).

Quanto a categorização da adaptação referente aos reclusos, existe quatro tipos: reclusos bem-adaptados, reclusos mal-adaptados, reclusos sobre-adaptados e reclusos inadaptados. Relativamente aos reclusos bem-adaptados, são considerados mais pacíficos, cometeram algum tipo de crime de forma isolada sem ter cometido anteriormente e têm comportamentos adequados. Os reclusos mal-adaptados cometem crimes constantemente, possuem comportamentos de cariz agressivo, não cumprem as regras do estabelecimento prisional e não têm o hábito de interagir com os outros. Os reclusos sobre-adaptados possuem um elevado registo criminal, anteriormente já

cumpriram pena, têm um comportamento adequado na prisão, contudo podem fazer parte de grupos delinquentes, tentam ir ao encontro de situações ou ter uma postura que os beneficiem e mostram dificuldade em interagir com a sociedade. Por último, os reclusos inadaptados revelam uma grande dificuldade de adaptação ao contexto prisional, sofrendo de stress na prisão, consumo de drogas, comportamento autodestrutivo, entre outros (Gonçalves 1993, 2008).

A forma que os reclusos encaram o cumprimento da pena é subjetivo a cada um. Existem diversos fatores que influenciam a forma como os indivíduos vivenciam o período prisional, tais como o estatuto social, as circunstâncias do crime, a obrigação de terem de cumprir a pena aplicada. Os mesmos têm consciência que mais tarde irão voltar a ter acesso novamente à sua liberdade e voltar às suas vidas, e assim sendo, torna-se um fator que poderá determinar a adaptação ao contexto prisional. Os estudos mostram que os reclusos apresentam maior problemática na adaptação no início do encarceramento, sendo que ao longo da sua pena os mesmos vão se acomodando ao ambiente prisional e conseqüentemente a sua adaptação melhorará. Para uma melhor adaptação do indivíduo ao contexto prisional, é importante que dentro da prisão, sejam realizadas atividades que se assemelhem às atividades que os reclusos realizavam antes da sua reclusão, e quanto maior for a quantidade e a qualidade dessas atividades, melhor será para a adaptação no período de privação (Coelho, Bernardo, Rocha & Portugal, 2010; Novais *et al.*, 2010).

Um outro fator que pode influenciar a adaptação do recluso no estabelecimento prisional é a forma vivida do sujeito antes da reclusão, ou seja, a forma como ele vivia tem influência na variável da adaptação. Porém, as averiguações das vivências antes da condenação podem não ser o suficiente para determinar a influência da má qualidade de vida nesse período com o fator da adaptação. Outro motivo que está presente na má

adaptação do recluso são as privações existentes dentro do estabelecimento prisional (Dhami, Ayton & Loewenstein, 2007; Dye, 2010).

Durante o período de reclusão, os reclusos estão diariamente expostos a estímulos negativos, caso seja apresentado uma incapacidade de adaptação para lidar com esses estímulos, os mesmos estão sujeitos a ter respostas comportamentais violentas ou quebrar regras existentes no estabelecimento prisional (Leban, Cardwell, Copes & Brezina, 2016).

Num estudo realizado por Meade e Steiner (2013) sobre os efeitos da exposição a violência relacionado com a inadaptação foi observado que reclusos que estiveram em contextos de violência antes da reclusão mostram que têm um menor nível de adaptação ao contexto prisional, ou seja, a exposição à violência é um fator que está marcado na vida do indivíduo a longo prazo influenciando o seu comportamento noutros ambientes. Também foi possível concluir que a exposição à violência, mais especificamente a violência durante a infância, tem maior impacto, de forma negativa, na adaptação.

Inclusão, reintegração e exclusão do recluso na sociedade

Existem diversos fatores que fazem parte da inclusão social, como por exemplo, o emprego, valorização do capital humano, programas realizados em instituições, a solidariedade social, treinar as competências individuais, a segurança, justiça social, qualificação social, educação que todos possam usufruir e acesso a bens e serviços (Alvino-Borba & Mata-Lima, 2011).

Referente aos indivíduos que cumprem pena de prisão, existe uma adaptação à nova realidade onde terão de se integrar num ambiente em que existe regras, estão isolados da sociedade e torna-se um processo de habituação ao espaço. O principal papel do estabelecimento prisional é a mudança de comportamento do indivíduo que cometeu o crime para posteriormente ser inserido novamente na sociedade e não voltar a cometer

os mesmos atos, outro objetivo é a proteção de bens jurídicos e defesa da sociedade (Divisão de Informação Legislativa Parlamentar, 2020; Jiménez & García, 2014).

Existem programas que ajudam na reentrada do indivíduo na sociedade, ajudando-os em determinadas problemáticas como dependência, abuso de drogas, desemprego, criminosos jovens, com doenças mentais, entre outros. Podem ser divididos em três tipos de programas: programas baseados em instituições, programas de transição baseados em vigilância e programas de transição baseados em assistência (Griffiths, Dandurand & Murdoch, 2007).

Jiménez e García (2014), defendem que no tempo em que os reclusos estão a cumprir pena devem ter contato com ex-reclusos e ter um momento de ressocialização para obterem hábitos e práticas sociais para quando retornarem à sociedade. Para os autores é também importante a implementação deste tipo de programas dentro dos estabelecimentos prisionais. Programas estes que estejam direcionados para a educação saudável principalmente em indivíduos com problemas de dependências, educação sexual e afetiva, educação sócio-ocupacional com novas competências para facilitar a reinserção na sociedade, aumento da autoestima e a educação emocional também é relevante visto que o recluso dentro do estabelecimento prisional pode perder um pouco a sua parte emocional e trabalhar nesta área é importante para acabar com aquela imagem dura e fria que surgiu durante o tempo em que esteve a cumprir a pena.

Dentro do estabelecimento prisional todos têm as necessidades básicas e essenciais prestadas a cada um. Todos têm acesso à escolaridade obrigatória mesmo os que têm necessidades educativas especiais, reclusos estrangeiros participam em aulas de língua portuguesa desde que a sua pena seja superior a um ano. Se neste contexto houver um bom rendimento e desempenho em relação à assiduidade, comportamento no espaço

educativo, etc, pode atenuar as suas penas e ser entregue prémios (Divisão de Informação Legislativa Parlamentar, 2020).

No caso de reclusos menores, os pais, representante legal ou quem tenha a sua guarda, colaboram no plano individual de readaptação desde que seja benéfico para o mesmo. Este plano é obrigatório para reclusos até aos 21 anos, seja qual for a duração da pena. O mesmo é feito com a participação do recluso (Divisão de Informação Legislativa Parlamentar, 2020).

Quando o recluso retorna à sociedade, é todo um processo para este se integrar novamente. É importante que este não continue a ter os mesmos hábitos que tinha antes da condenação, continuar no mesmo ambiente em que os crimes foram cometidos não é a melhor opção. Mudar a sua postura e forma de vida só irá trazer mudanças positivas para o individuo (Neagu, 2019).

No momento em que o recluso sai em liberdade, vai se deparar com algumas dificuldades como encontrar um lugar para viver caso este não tenha família ou pessoas próximas que o possam acolher, em relação à parte financeira podem não ter ou ter muito pouco, entre outras dificuldades (Griffiths *et al.*, 2007).

Jovanic (2011), afirma que os reclusos que tinham uma participação ativa nos programas educacionais dentro do estabelecimento prisional têm mais capacidades relativamente à sua funcionalidade a partir do momento da sua libertação e são menos perigosos para com os outros. Assim, torna-se essencial a aplicação de programas de reinserção social devido às mudanças positivas que estes irão ter na vida do individuo quando o mesmo estiver em liberdade.

É relevante o trabalho em torno da confiança e da liberdade de escolha com o intuito de atuar na reinserção social, levando assim à reeducação dos reclusos. A participação em atividades de educação e de confiança dão a possibilidade de uma

preparação adequada para quando chegar o momento da sua libertação. Sendo estes pontos trabalhados dentro do estabelecimento prisional, permite que os reclusos tenham uma melhor reinserção e conseqüentemente a procura de melhores condições de vida (Ho, 2011).

Programas que seguem a teoria da desistência, abordado por Resource Material Series No. 82 (2010), alega a relevância de uma mudança a longo prazo, sendo um processo longo e não direto. O principal objetivo é apoiar os reclusos é dar esperança aos mesmos e que estes tenham uma perspectiva positiva em relação ao futuro. A teoria aborda o facto de que para a reintegração na sociedade seja bem-sucedida, inclui uma combinação entre a motivação e capital humano e social. Ou seja, o capital humano foca-se na capacidade de o recluso atingir os seus objetivos e numa perspectiva para a mudança e o capital social foca-se na empregabilidade e apoio da família, amigos e outros.

A exclusão social consiste numa insatisfação por parte do individuo e da sociedade em geral, enquadra-se num contexto em que não pode realizar o que tenciona tanto para si como para a sua família, dessa forma sente-se mal por isso. Este conceito na vida do recluso pode existir antes, durante e após a sua condenação, sendo que a sociedade demonstra renitência em inserir o individuo na comunidade (Batacline & Junior, 2014; Estivill, 2003).

Em relação aos fatores presentes na exclusão social está o desemprego, desvalorização, precarização do trabalho, pobreza, violência, insegurança, injustiça social, desqualificação social, desigualdade educacional e falta de acesso a bens e serviços. Sendo que este conceito inclui múltiplos fatores, é essencial que cada um deles seja estudado para evitar a exclusão social através de uma abordagem holística (Alvino-Borba & Mata-Lima, 2011).

No momento em que o recluso sai em liberdade existe uma grande probabilidade de a sociedade ser preconceituosa, sendo estigmatizado levando à sua exclusão na comunidade (Cabral & Medeiros, 2014).

Família e reclusão

O conceito de família no ponto de vista psicológico consiste num conjunto de pessoas que estão relacionadas entre si através de uma ligação afetiva, sendo que pode existir hierarquização entre eles e havendo cuidado entre os elementos que a compõem. A família permite, numa perspetiva social, que os seus elementos obtenham hábitos culturais e a mesma torna-se um meio de socialização dos indivíduos (Carnut & Faquim, 2014).

A reclusão separa famílias e inevitavelmente traz um impacto negativo para os seus membros. Se se tratar de um dos progenitores preso, os seus filhos irão ser afetados com tal acontecimento, daí ser importante que nesse período de tempo se mantenha o contato, sendo a família o suporte para o recluso e ajudando-o a reingressar na sociedade de forma adequada e prosseguir com a sua vida em questões de empregabilidade, por exemplo. O contato com a família tem influência positiva relativamente à saúde mental do recluso (Durcan & Zwemstra, 2014).

O impacto do momento em que um membro da família é preso, é bastante negativo para os restantes membros causando consequências emocionais, sociais, psicológicas, financeiras, relacionais, físicas e de desenvolvimento. Esse impacto depende de diversos fatores por parte da família e o mesmo varia consoante o crime cometido, fatores antes da prisão e outras complicações relacionadas, a dinâmica relacional, o apoio fornecido e o contexto sociocultural que a família se encontra (Weaver & Nolan, 2015).

Para além do recluso ser estigmatizado pela sociedade quando é colocado em liberdade, a sua família também é afetada por esse fator. O acontecimento da sanção penal de um membro da família, vai de certo modo destabilizar a sua dinâmica e o seu equilíbrio. Ou seja, o recluso é castigado pelos seus comportamentos erróneos, mas a sua família também é prejudicada sem ter tido qualquer tipo de culpa ou participação no ato do recluso e pouco ou nada é feito para proteger as famílias desses julgamentos por parte da sociedade (Cabral & Medeiros, 2014)

Num estudo elaborado na Inglaterra e País de Gales com reclusos apenas do sexo masculino, mostrou que com a regularidade das visitas ao estabelecimento prisional, relativamente aos níveis iniciais de apego, os reclusos que viviam com as suas famílias antes do momento da reclusão e os que tinham filhos pequenos afirmaram que se sentiam mais próximos dos familiares, sendo assim um grande benefício o contato com a família durante o período em que o recluso está preso. Outro ponto que também se mostrou significativo foi referente a reclusos que têm uma pena aplicada mais longa. Em relação a laços afetivos negativos com a família revelou-se em reclusos com mais idade e em reclusos que sofreram de abuso infantil (físico, emocional ou sexual) e que alegaram que os progenitores sofriam de problemas de abuso de álcool. Os resultados também apontaram para as relações afetivas negativas perante os familiares em reclusos que consumiam drogas ou os que cometeram variados crimes. Ao serem libertados, as relações que os reclusos tinham com as famílias mudam. Em entrevistas futuras, alguns dados mostraram-se diferentes. Os reclusos que viviam com a família, no momento da libertação relatam níveis mais baixos de apego com os familiares, sendo um possível motivo o isolamento que eles sofreram durante a reclusão, os reclusos mais velhos, negros e de minorias étnicas mostrou ter havido uma melhora nas relações de apego com os seus familiares. Apesar que na teoria a libertação do recluso e o regresso à sua família possa

ser um momento onde tudo volta a ser o mesmo e a dinâmica da família volta a ser igual como era antes do momento da detenção, nem sempre é assim, sendo que o tempo que o recluso esteve a cumprir a sua pena acarreta diversas alterações a diversos níveis tanto para o próprio recluso, tanto para a sua família (Brunton-Smith & McCarthy, 2017; Cabral & Medeiros, 2014).

Num outro estudo realizado na Flórida e no Canadá, 16.420 reclusos libertados participaram no estudo para ser explorado o efeito das visitas ao estabelecimento prisional sobre a reincidência. Os resultados revelaram que 61% dos reclusos foram visitados pelo menos uma vez durante o seu período a cumprir a pena, sendo 36 o número médio de visitas por recluso. Os reclusos visitados, o risco de serem condenados novamente foi 13% mais baixo. Cada vez que um recluso era visitado, o risco de nova condenação diminuía 0.1%, uma visita por mês reduzia 0.9% o risco. É referido que as visitas mais próximas da libertação têm um maior impacto na redução do risco (3.6%). O número de visitantes individuais fez diminuir 3% o risco de nova condenação. O risco diminuiu 21% com visitas de pelo menos um parente, 10% para a visita de um irmão e 9% para restantes parentes (Duwe & Clark, 2011).

Relativamente à ligação da saúde mental com a importância da presença da família na vida do recluso, caso não aconteça estas visitas, haverá um impacto no sofrimento psicológico tanto para o recluso como para a família. Apesar de o recluso estar numa situação de aprisionamento, e se durante esse período o mesmo não receber visitas dos seus familiares irá prejudicá-lo e o mesmo sentir-se-á numa posição em que nada pode fazer quanto à situação devido às suas limitações. Além da dor psicológica que o recluso e a sua família passam relativamente a um membro da família estar a cumprir pena, também haverá uma alteração na dinâmica familiar (Cabral & Medeiros, 2014).

Num estudo na Inglaterra sobre as opiniões dos reclusos, das famílias dos reclusos e dos funcionários da prisão relativamente às visitas, foi concluído que para os reclusos o momento da visita é bastante importante podendo estar em contato com a família, para a família o momento da visita torna-se difícil tanto a nível emocional como financeiro e logístico, por exemplo, para um filho ir ver um pai ao estabelecimento prisional é difícil emocionalmente para o mesmo por ver o seu progenitor naquele ambiente. A nível financeiro também é uma das complicações porque a família pode não ter posses suficientes para fazer visitas regularmente. Do ponto de vista logístico, a dificuldade seria se, por exemplo, uma criança pequena ou um familiar portador de deficiência se deslocar diversas vezes à prisão para visitar o recluso. Para os funcionários da prisão, viam as visitas como um momento que necessitava de bastante segurança e controlo, pois, podiam ser passadas drogas ou outro tipo de substâncias ou objetos para o interior do estabelecimento prisional no período em que as visitas se encontravam no local (Dixey & Woodall, 2012).

Relativamente às dificuldades financeiras, a família pode passar por adversidades a nível monetário pelo facto de o recluso, sendo que este também contribuía monetariamente ou não para o seu seio familiar auxiliando no seu funcionamento, agora há em falta esse elemento na constituição da família causando um desequilíbrio familiar e mesmo a própria reclusão pode abranger despesas que a família terá de liquidar (Gifford, 2019).

Tipos de crime

Existem vários tipos de crime cometidos em Portugal, homicídio voluntário consumado sendo que a maioria comete este tipo de crime são do sexo masculino e as vítimas maioritariamente também desse mesmo sexo, a arma branca é o instrumento mais

utilizado. Crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual, dentro deste tipo de crime está englobado, com maior percentagem de detenções, o crime de abuso sexual infantil em que o arguido geralmente é do sexo masculino e a vítima do sexo feminino e sendo a relação familiar com maior domínio; crime de violação, igualmente ao anterior onde o arguido normalmente é do sexo masculino e a vítima do sexo feminino, neste caso a relação agressor-vítima, com maior percentagem, são conhecidos e crime de pornografia de menor, respetivamente. A criminalidade informática incluindo o crime, com maior prevalência, acesso/interceção ilegítima, sabotagem informática e falsidade informática. A violência doméstica, ao longo do tempo este tipo de crime tem vindo a aumentar de ano para ano, sendo os valores mais elevados na violência doméstica entre cônjuges. A imigração ilegal, em Portugal inúmeros sujeitos imigram para o país para poderem se dirigir para outros países da União Europeia, havendo casos de tráfico humano e outros tipos de crime. Imigrantes da Roménia, Bulgária, etc, vão refugiar-se noutros países, ao que se tem deparado colocam estas pessoas a trabalhar em campanhas sazonais onde tem vindo a haver uma exploração laboral. O tráfico de pessoas, o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras tem atuado com uma equipa multidisciplinar para o combate deste crime. Atuam em situações onde menores estrangeiros são identificados em território nacional desacompanhados ou acompanhados por pessoas que não são responsáveis pelo mesmo ou não têm a sua tutela jurídica. Sinalização de vítimas, estes sujeitos são explorados em contexto sexual, laboral, escravidão, mendicidade, adoção ou venda de menor, prática de atividades criminosas, entre outras. Crime de tráfico de estupefacientes, sendo Portugal foco deste tipo de crime, onde há a circulação de substâncias ilícitas para abastecimento e trânsito de quantidades significativas de haxixe e de cocaína importadas de Marrocos e da América Latina. Geralmente são pequenos grupos de indivíduos que estão implicados neste tipo de crime, usando outros indivíduos para fazer o transporte da droga, guarda e

entrega aos consumidores. Moeda falsa é outro tipo de crime, consiste em indivíduos que produzem notas da moeda euro falsas, sendo vendidas e compradas na *darknet*. Criminalidade económica e financeira, abrange diversos crimes como abuso de poder, branqueamento, corrupção, fraude fiscal, entre outros. Criminalidade grupal e delinquência juvenil, a criminalidade grupal refere-se a um conjunto de indivíduos que cometem qualquer tipo de crime, a delinquência juvenil é referente ao ato de um crime num indivíduo com idade entre os 12 e 16 anos (Segurança Interna, 2019).

Todos estes tipos de crimes descritos anteriormente estão relacionados a crimes contra a vida (por exemplo, homicídio- artigo 131.º), crimes contra a integridade física (por exemplo, ofensa à integridade física simples- artigo 143.º, violência doméstica- artigo 152.º, maus tratos- artigo 152.ºA, etc), crimes contra a liberdade pessoal (por exemplo, sequestro- artigo 158.º, escravidão- artigo 159.º, rapto- artigo 161.º, tráfico de pessoas- artigo 160.º, ameaça, etc), crimes contra a liberdade e a autodeterminação sexual (por exemplo, violação- artigo 164.º, abuso sexual de pessoa incapaz de resistência- artigo 165.º, abuso sexual de crianças- artigo 171.º, pornografia de menores- artigo 176.º, etc), crimes contra o património (por exemplo, crimes contra a propriedade- título II/ capítulo II, crimes contra o património em geral- título II/ capítulo III, etc), crimes contra o estado (por exemplo crimes contra a realização da justiça- título V/ capítulo III, crimes cometidos no exercício de funções públicas- título V), crimes contra a vida em sociedade (por exemplo, crimes contra a família- título- IV/capítulo I/ secção I, crimes contra sentimentos religiosos- título- IV/capítulo I/ secção II, crimes de falsificação- título- IV/capítulo II/ secção I), crimes de perigo comum (por exemplo incêndio florestal- artigo 274.º), entre outros (Decreto-Lei n.º 48/95, 1995).

Os dados demográficos, distribuição de diferentes tipos de serviços, conhecimento histórico do crime, etc, são fatores importantes para averiguar que tipo de crime ocorre

em determinada região e assim futuramente conseguir prevenir. Com a evolução da tecnologia é possível a partir das redes sociais para compreender a dinâmica da cidade (Rumi, Deng & Salim, 2018).

Intervenção psicológica em contexto prisional

O número de psicólogos em contexto prisional português é bastante reduzido. Em 49 estabelecimentos prisionais, existem apenas 30 psicólogos e nem todos os estabelecimentos dispõem de psicólogos (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2018).

O estabelecimento prisional é um local que pode ser desfavorável e prejudicial, e assim sendo é essencial um acompanhamento durante e após o período de reclusão. Os reclusos eventualmente podem adquirir alguma patologia, tanto por questões genéticas como por influência do ambiente prisional. Além do trabalho do psicólogo com os reclusos, também podem atuar com os familiares, com a comunidade e com os funcionários do estabelecimento prisional (Novo & Nascimento, 2017).

A população reclusa por diversos anos sofre de exclusão social e conseqüentemente não são respeitados os seus direitos como seres humanos, no caso de sofrerem de alguma perturbação mental necessitam de um atendimento dentro das suas especificidades e singularidades. O psicólogo vai auxiliar a que os reclusos tenham um maior controlo sobre a sua vida e que consigam atingir o que tanto desejam e em paralelo ajudar a criar defesas essenciais para o processo de reclusão. A intervenção psicológica pode auxiliar o recluso na sua adaptação ao estabelecimento prisional em que se encontra, contribuindo assim para a sua reabilitação. Para o Conselho Federal de Psicologia, no Brasil, existem dois pontos fundamentais que os psicólogos devem seguir sendo o primeiro ponto a garantia do sigilo profissional e o segundo ponto a responsabilidade do

profissional sobre as informações necessárias ao recluso que está a ser atendido (Medeiros & Silva, 2014; Pacheco & Vaz, 2015; Tomar, 2013).

A área da psicologia mais focada em questões prisionais é a Psicologia da Justiça utilizando os conhecimentos e as competências da Psicologia no Direito e as legalidades, atua com as vertentes teóricas, investigação, avaliação e intervenção. Relativamente à avaliação juntamente com psicodiagnóstico, põem em prática métodos de avaliação para determinar as competências, estado mental, etc, dos reclusos. A intervenção pode ser diretamente com as vítimas do crime, os agressores, assessoria aos Tribunais, assessoria aos Tribunais de Família, em prisões, entre outros. Na investigação os psicólogos estudam os comportamentos criminosos e o perfil psicológico do criminoso, as consequências dos crimes nas vítimas e forma de prevenir (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2017).

O papel dos psicólogos nas prisões é crucial para prevenir, promocional, remediar e proteger a sociedade e defesa dos direitos dos cidadãos. As funções destes profissionais vão desde o acolhimento e suporte psicológico dos reclusos, intervir na mudança de comportamento e desenvolvimento vocacional, diminuição de comportamentos que possam causar uma nova condenação, ajudar os reclusos a se reintegrar novamente na sociedade, efetuar avaliações e informações para os Tribunais e intervir em situações de crise. Os profissionais também podem atuar em situações de riscos psicossociais, principalmente ao stress e ao *burnout*. Sendo que os psicólogos não têm o tempo necessário de atuação nos estabelecimentos prisionais, isso leva a altas taxas de suicídio e de automutilação não permitindo o surgimento e o sucesso de programas de reabilitação e de reintegração na sociedade. A falta de psicólogos em contexto prisional vai acarretar maior risco de violência nas prisões, maior risco de toxicod dependência. Os psicólogos, na questão da ressocialização, ajudam o individuo a perceber qual o seu papel na sociedade, realçando os seus interesses e ocorrer uma mudança para que sejam inseridos, sendo o

objetivo a terapia penal com uma relação entre profissional e recluso, estando sempre presente o respeito à liberdade, direito da privacidade e ética profissional (Medeiros & Silva, 2014; Novo & Nascimento, sd; Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2018).

A promoção da saúde é um dos focos dos psicólogos para intervir com os reclusos, direcionado para a atenção e cuidados da saúde mental da população reclusa, com o seguimento de uma expectativa futura, de crescimento e potenciais futuros. Este conceito tem o intuito de aumentar e melhorar as particularidades saudáveis da vida de cada recluso, havendo uma mudança das condições de vida que ponham em causa as tomadas de decisão (Pacheco & Vaz, 2015).

A realização de avaliações no começo da pena, acompanhamento frequente, atividades e participação em programas educativos, laborais e de saúde, avaliação para auxiliar em decisões judiciais são passos que deviam ser dados pelo psicólogo neste contexto (Nascimento & Bandeira, 2018).

Devido à situação pandémica que atualmente vivemos, algumas práticas tiveram que ser adaptadas ao presente contexto, nomeadamente na psicologia. Os psicólogos em contexto prisional têm grande compromisso na qualidade dos serviços prestados aos reclusos e funcionários, estando, tanto os psicólogos como os reclusos e funcionários, expostos a reações emocionais, cognitivas, situações complexas e comportamentos geradores de dificuldades e stress. A Ordem dos Psicólogos propuseram variadas recomendações, tais como: situar a pandemia e a situação de isolamento, promoção de comportamentos pró-saúde e medidas de proteção, flexibilidade para ouvir as preocupações, particular atenção a reclusos que demonstrem maior ansiedade e que tenham problemas de saúde mental já diagnosticados, proporcionar competências de auto-regulação emocional e estratégias de coping, aliança terapêutica e equilíbrio emocional, trabalho multidisciplinar com os profissionais do estabelecimento prisional,

contacto entre os reclusos e os familiares e amigos mas de forma não física, combate ao estigma e discriminação, dar suporte em processos de luto, entre outros (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2020).

O psicólogo poderá fazer intervenções em grupo, com o objetivo de desenvolver a reestruturação cognitivas, alterando as suas crenças disfuncionais e promover a aquisição de competências pessoais e relacionais com o fim de uma melhor adaptação ao contexto prisional (Almeida & Jesus, 2017).

A sua atuação foca-se na avaliação e intervenção relativamente à sintomatologia psicológica e perturbações mentais. A intervenção pode ser praticada em programas grupais ou individuais, possibilitando uma estabilização ao nível comportamental, alterações nos traços de personalidade desajustados e conseguir que esta população adquira competências sociais, ajudando assim para uma melhor reinserção na sociedade e evitar situações de reincidência criminal (Almeida & Jesus, 2017).

A Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (SD) tem uma variedade de programas para implementar nos estabelecimentos prisionais com o objetivo da prevenção da reincidência criminal. Na fase inicial da pena existem três tipos de programas: Programa de Estabilização Emocional e Integração Institucional; Programa Integrado de Prevenção do Suicídio; e o Programa de Promoção de Competências Pessoais e Emocionais. Na fase final da pena e em casos de problemáticas específicas existem dois programas: Programa de Treino de Competências para a Empregabilidade e Programa de Prevenção da Reincidência e da Recaída. Dentro dos referidos programas existem outros relativos a programas transversais, programas de aplicação em contexto comunitário e medidas alternativas à prisão.

Existem dois programas em específico que são avaliados por entidades externas universitárias, sendo o primeiro, o Programa de Treino de Competências Pessoais e

Emocionais que se mostrou com resultados bastante positivos relativamente aos comportamentos criminosos cometidos pelos reclusos. Realizaram avaliação antes, durante e após a aplicação do programa para verificar a sua eficácia e foi possível averiguar que houve alterações a nível do autocontrolo emocional, controlo de impulsos, ajustamento comportamental e redução dos sentimentos de desconfiança, pensamento pró-social e diminuição dos níveis de depressão e ansiedade e de sentimentos de paranóia. A conclusão sobre a eficácia deste programa, mostra que o mesmo causa mudanças significativas no funcionamento psicológico e comportamental dos reclusos que frequentaram o programa. Além disso, o mesmo serve para que a reinserção social seja o mais positiva possível e prevenir a reincidência. O outro programa é destinado a agressores de violência doméstica, quem após a sua aplicação em 2012 foi possível concluir que o mesmo diminuiu o risco de violência, diminuiu as crenças de legitimação da violência, redução do risco de comportamentos aditivos especialmente o consumo excessivo de álcool, promoção da autorresponsabilização pelos atos criminosos e prevenir a reincidência (Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, SD).

Modelo Biopsicossocial

A Organização Mundial de Saúde, define saúde como o bem-estar físico, psicológico e social, e não a ausência de doença ou enfermidade (World Health Organization, 2013).

O modelo biopsicossocial surgiu devido ao descontentamento relativo do modelo biomédico, sendo que este apenas se baseava em evidências orgânicas, não havendo uma ligação corpo-mente. Neste modelo existe a relação entre a influência da parte psíquica com os processos biológicos do paciente que mostraram influência no sistema social do mesmo (Pereira, 1996).

O modelo permitiu uma compreensão das respostas de um indivíduo numa situação que desperte stress ou derivado de um estímulo em específico. Essa resposta não surge por acaso, existe uma combinação de fatores, como o contexto social e cultural, estrutura psicológica, conformismo e a dinâmica biológica de cada pessoa que irão contribuir para o tipo de resposta dada (Rodrigues & Anderson, 2012).

Os fatores psicossociais revelam importância no que concerne na facilitação, modificação ou manter o estado da doença, contudo são aspetos subjetivos a cada indivíduo, consoante a sua doença, variando de pessoa para pessoa, incluindo a sua história pessoal e o momento da vida em que se encontra (Anderson & Rodrigues, 2016).

Pereira (1996), dá ênfase às bases essenciais deste modelo, sendo elas alcançar a explicação de uma doença para além da visão fisiológica, pois é também relevante questões sobre o contexto emocional e social que o doente está inserido; as novas tecnologias permitiram que ocorresse uma evolução da medicina levando também a uma conscientização que outros fatores podem influenciar as funções fisiológicas; e maior parte dos pacientes apresentam queixas somáticas que são uma manifestação de problemas psicossomáticos, assim é importante que a resolução do problema atue a níveis médicos e níveis psicológicos/sociais. Posto isto, o principal objetivo deste modelo é haver uma resposta eficaz independentemente da complexidade multifacetada da doença e da saúde do indivíduo. Além disso, ao contrário de outros modelos, como o modelo biomédico, o modelo biopsicossocial intervém consoante as necessidades individuais, tendo em conta o ambiente social e psicológico que o indivíduo se encontra. Uma equipa multidisciplinar é imprescindível para um melhor atendimento do paciente, tanto a nível físico como mental, com o foco na qualidade de vida do indivíduo (White & Sashidharan, 2014).

Os psicólogos, neste modelo, trabalham em paralelo com médicos, focando as suas funções, não só na típica intervenção psicológica, mas também em aspetos psicossociais. Pode também atuar na forma como o paciente lida com a doença, podendo assim levar a mudanças relativamente ao estilo de vida, obstáculos na aderência ao regime medico ou o efeito que a doença causou no doente e na sua família (White & Sashidharan, 2014).

Figura 1

Modelo Biopsicossocial



Nota: fatores relacionados com o Modelo Biopsicossocial, incluindo as variáveis de cada um (White & Sashidharan, 2014).

Objetivos

O objetivo geral deste estudo é compreender e caracterizar a qualidade de vida e a saúde mental dos reclusos tendo em conta o tipo de crime cometido.

Como objetivos específicos são:

- 1) Compreender e caracterizar a qualidade de vida dos reclusos;
- 2) Compreender e caracterizar a saúde mental dos reclusos;
- 3) Compreender e caracterizar a relação entre a qualidade de vida e a saúde mental dos reclusos;
- 4) Estudo dos preditores idade, sexo, pena aplicada e tipo de crime em relação à qualidade de vida;
- 5) Estudo dos preditores idade, sexo, pena aplicada e tipo de crime em relação à saúde mental.

Método

Participantes

Neste estudo pretendeu-se utilizar uma amostra de indivíduos condenados por variados crimes, estando reclusos em estabelecimentos prisionais portugueses. A amostra foi constituída por 164 indivíduos, sendo 15.9% do sexo feminino (n= 26) e 84.1% do sexo masculino (n= 138), relativamente à idade foram compreendidas entre os 18 e os 79 anos. Na amostra, 130 dos reclusos eram de nacionalidade portuguesa e os restantes eram de outra nacionalidade. Existiu uma percentagem elevada de solteiros (59.1%) e com menor percentagem de separados/ divorciados/ viúvos (18.3%).

A amostra do estudo foi de conveniência, sendo os reclusos selecionados em estabelecimentos prisionais portugueses, onde 75 reclusos se encontravam no estabelecimento prisional da Carregueira (45.5%), 26 encontravam-se no estabelecimento prisional de Tires (15.8%), 34 encontravam-se no estabelecimento prisional de Lisboa (20.6%) e 29 encontravam-se no estabelecimento prisional de Caxias (17.6%).

Em relação aos critérios de inclusão, foi necessário que: os reclusos estivessem a cumprir pena num dos estabelecimentos prisionais portugueses; capacidade por parte dos reclusos em questões de leitura e de escrita para a realização dos questionários aplicados. Os critérios de exclusão foram os seguintes: indivíduos sem as competências necessárias para a realização dos questionários; indivíduos que não estivessem a cumprir pena num estabelecimento prisional português.

Para complementar o estudo foi realizada uma entrevista a 4 psicólogas que exercessem em contexto prisional, duas delas responderam à entrevista em dupla pois trabalham no mesmo estabelecimento prisional, ou seja, foram obtidas 3 entrevistas.

Tabela 1.*Estatística descritiva estabelecimento prisional, idade e sexo*

Estabelecimento prisional	N	%	M	DP
EP Carregueira	75	45.5		
EP Caxias	29	17.6		
EP Lisboa	34	20.6		
EP Tires Feminino	26	15.8		
Idade			38.41	11.45
18-40 anos	56	33.9		
41-79 anos	77	46.7		
Sexo				
Masculino	138	83.6		
Feminino	26	15.8		

Na tabela 1 foi possível verificar o número de indivíduos de cada estabelecimento prisional que participou no estudo. Foram 4 estabelecimentos prisionais na região de Lisboa, 45.5% da EP Carregueira (n=75), 17.6% da EP Caxias (n=29), 20.6% da EP Lisboa (n=34) e 15.8% da EP Tires Feminino (n=26). Relativamente ao sexo, 15.8% eram do sexo feminino (n=26) e 83.6% do sexo masculino (n=138). As suas faixas etárias situaram-se entre os 18 e 79 anos de idade, permitindo assim observar que as idades compreendidas entre os 18-40 anos corresponderam a 33.9% indivíduos (n=56) e idades compreendidas entre 41-79 anos corresponderam a 46.7% indivíduos (n=77) (M=38.41 e DP=11.45).

Na idade 19.4% (n=32) não responderam. No sexo 0.6% não responderam (n=1).

Tabela 2.*Estatística descritiva nacionalidade, estado civil e habilitações literárias*

Nacionalidade	N	%
Portuguesa	130	78.8
Espanhola	2	1.2
Angolana	3	1.8
Moçambicana	1	.6
Cabo-Verdiana	15	9.1
Brasileira	4	2.4
São Tomense	2	1.2

Estado civil		
Solteiro	97	58.8
Casado/ união de facto	34	20.6
Viúvo	5	3
Divorciado/ separado de facto	26	15.8
Habilitações literárias		
1ºciclo- Ensino Básico	17	10.3
2ºciclo- Ensino Básico	34	20.6
3ºciclo- Ensino Básico	52	31.5
Ensino Secundário	47	28.5
Ensino Superior	14	8.5

Quanto à nacionalidade, a tabela 2 mostrou que 82.8% (n=130) eram de nacionalidade portuguesa e 17.2% (n=27) de outra nacionalidade. Maior parte dos reclusos eram solteiros, 60.2% (n=97), casados com 12.8% da população (n=21), união de facto com 7.9% da população (n=13), divorciado com 15.2% da população (n=25) e separado de facto com 0.6% da população (n=1). Nas habilitações literárias, 10.4% tinham o 1ºciclo- Ensino Básico (n=17), 20.7% concluíram o 2ºciclo- Ensino Básico (n=34), 31.7% terminaram o 3ºciclo- Ensino Básico (n=52), 28.7% concluíram o ensino secundário (n=47) e 8.5 concluíram o ensino superior (n=14).

Na nacionalidade 4.8% (n=8) não responderam. No estado civil 1.8% (n=31) não responderam. E nas habilitações literárias 0.6% (n=1) não respondeu.

Tabela 3.

Estatística descritiva pena aplicada e tipo de crime

Pena aplicada	N	%
Tempo de pena 1	35	21.2
Tempo de pena 2	39	23.6
Tempo de pena 3	32	19.4
Tempo de pena 4	33	20
Tipo de crime		
Tipo de crime 1	65	39.4
Tipo de crime 2	62	37.6
Tipo de crime 3	34	20.6

Nota: tempo de pena 1 (0,70-4,6 anos); tempo de pena 2 (4,7-7 anos); tempo de pena 3 (7,1-10 anos); tempo de pena 4 (10,1-25 anos). Tipo de crime: grupo 1 (crimes contra a pessoa, pessoa + estupefacientes, pessoa + estado, pessoa +

arma proibida, vida em sociedade); grupo 2 (crimes por estupefacientes, arma proibida, património, património + condução, património + arma proibida, património + estado); e grupo 3 (todos os crimes).

A tabela 3 revelou que quanto à pena aplicada, foi dividida em 4 categorias, 21.2% da população cumpria a pena 1 (n=35), 23.6% da população a pena 2 (n=39), 19.4% da população cumpria a pena 3 (n=32), 20% da população cumpria a pena 4 (n=33). No tipo de crime foi dividido em 3 tipos, o tipo de crime 1 com 39.4% da população (n= 65), o tipo de crime 2 com 37.6% da população (n=62) e o tipo de crime 3 com 20.6% da população (n=34).

Na pena aplicada 15.8% dos indivíduos (n=26) não responderam e no tipo de crime 2.4% dos indivíduos (n=4) não responderam.

Tabela 4.

Estatística descritiva situação jurídico penal e visitas

Situação jurídico penal	N	%
Preventivo	25	15.2
Condenado	138	83.6
Visitas		
Sim	107	89.2
Não	13	7.9

No que concerne à situação jurídico penal, a tabela 4 mostrou que 15.2% (n=25) da população estava em prisão preventiva e 83.6% (n=138) da população estava condenada. Quanto às visitas, 89.2% (n=107) dos reclusos recebiam visitas e 7.9% (n=13) dos reclusos não recebiam visitas.

Na situação jurídico penal 1.2% (n=2) não responderam e nas visitas 27.3% (n=45) não responderam.

Tabela 5.*Estatística descritiva doença física e doença psiquiátrica*

Doença física	N	%
Sim	30	18.2
Não	41	24.8
Doença psiquiátrica		
Sim	9	5.5
Não	42	25.5

A tabela 5 revelou que 18.2% (n=30) afirmaram ter doença física e 24.8% (n=41) afirmaram não ter doença física. Na doença psiquiátrica, 5.5% afirmaram ter doença psiquiátrica e 25.5% (n=42) afirmaram não ter doença psiquiátrica.

Na doença física, uma grande parte da amostra não respondeu à questão 57.7% (n=94). E igualmente se refletiu na questão da doença psiquiátrica onde 69.1% (n=114) não responderam.

Tabela 6.*Estatística descritiva se está a estudar e se desempenha funções laborais na prisão*

Está a estudar?	N	%
Sim	61	37
Não	62	37.6
Desempenha alguma função laboral na prisão?		
Sim	19	11.5
Não	35	21.2

Na tabela 6, 37% (n=61) dos reclusos estudavam dentro do estabelecimento prisional e 37.6% (n=62) não estudavam. Nas funções laborais na prisão, 11.5% (n=19) dos reclusos tem alguma função e 21.2% (n=35) não tem qualquer função na prisão.

Além disso, é possível referir que, quanto a se o recluso estuda na prisão 25.5% (n=42) não responderam à questão. E nas funções laborais 67.3% (n=111) também não responderam.

Instrumentos

Neste estudo foram aplicados o Questionários Sociodemográfico e Jurídico-Penal, o Inventário Breve de Sintomas (BSI), o Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida- Versão Portuguesa (WHOQOL-BREF) e a entrevista aplicada aos psicólogos.

Questionário Sociodemográfico e Jurídico-Penal

Este instrumento teve o objetivo de recolher características sociodemográficas dos reclusos, sendo adaptado por Matos (2006).

Na dimensão sociodemográfica estavam presentes questões como a idade, naturalidade, nacionalidade, concelho de residência, sexo, habilitações académicas, etnia e profissão antes da pena aplicada. Na dimensão familiar apresentava-se questões sobre o estado civil e composição do agregado familiar. Na dimensão jurídico-penal apresentava-se questão relacionadas com o tipo de crime cometido, histórico criminal, o tempo de pena e o tempo de pena que o recluso já cumpriu. Foram também colocadas questões de comportamento institucional, visitas recebidas, dependências (álcool e drogas) e histórico de saúde, no presente e passado.

BSI- Inventário Breve de Sintomas

Este instrumento foi adaptado à população portuguesa por Canavarro (1999). O mesmo avaliou os sintomas psicopatológicos, incluindo três índices globais que avaliaram a perturbação mental e nove dimensões de sintomatologia.

O questionário pode ser aplicado a indivíduos com idade igual ou superior a 13 anos de idade. As dimensões de psicopatologia que compuseram este instrumento foram: somatização, sensibilidade interpessoais, obsessões-compulsões, ideação paranoide, depressão, ansiedade, ansiedade fóbica, hostilidade e psicoticismo.

O instrumento foi constituído por 53 itens, numa escala do tipo Likert, sendo 0 (nunca) e 4 (muitíssimas vezes), formando assim as nove dimensões

psicossintomatológicas. O alfa de cronbach varia entre .70 e .80. Nas dimensões de ansiedade fóbica e de psicoticismo os valores são um pouco inferiores em comparação com as outras dimensões.

A dimensão da somatização correspondeu aos itens Q2, Q7, Q23, Q29, Q30, Q33 e Q37. A dimensão da sensibilidade interpessoal correspondeu aos itens Q20, Q21, Q22 e Q42. A dimensão das obsessões-compulsões correspondeu aos itens Q5, Q15, Q26, Q27, Q32 e Q36. A dimensão da depressão correspondeu aos itens Q9, Q16, Q17, Q18, Q35 e Q50. A dimensão da ansiedade correspondeu aos itens Q1, Q12, Q19, Q38, Q45 e Q49. A dimensão da hostilidade abrangeu os itens Q6, Q13, Q40, Q41 e Q46. A dimensão da ansiedade fóbica abrangeu os itens Q8, Q28, Q31, Q43 e Q47. A dimensão da ideação paranoide incluiu os itens Q4, Q10, Q24, Q48 e Q51. E na última dimensão, o psicoticismo, os itens referentes a esta dimensão foram Q3, Q14, Q34, Q44 e Q53.

Os índices globais foram: o índice de sintomas positivos (ISP) que refletiu a média da intensidade dos sintomas demonstrados; o índice geral de sintomas (IGS) alusivo à intensidade de mal-estar vivido; e o total de sintomas positivos (TSP) referente às queixas somáticas. Estes índices globais possibilitam uma avaliação do nível de sintomatologia psicopatológica de cada recluso.

Quanto aos índices de consistência interna, foram realizados através do cálculo do Alpha de Cronbach para cada dimensão: dimensão somatização ($\alpha=.844$); dimensão sensibilidade interpessoal ($\alpha=.690$); dimensão obsessões-compulsões ($\alpha=.750$); dimensão depressão ($\alpha=.856$); dimensão ansiedade ($\alpha=.768$); dimensão hostilidade ($\alpha=.746$); dimensão ansiedade fóbica ($\alpha=.748$); dimensão ideação paranoide ($\alpha=.688$); e dimensão psicoticismo ($\alpha=.629$).

A cotação deste instrumento foi realizada com a soma dos valores obtidos em cada item, relativamente a cada dimensão, sendo posteriormente necessário fazer a média da

respetiva dimensão. Canavarro (2007) considera 1.7 como ponto de corte na população portuguesa, revelando gravidade sintomatológica.

Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF) – Versão Portuguesa

O desenvolvimento de instrumentos para a avaliação da qualidade de vida é um desafio bastante complexo. Sendo um instrumento essencial na investigação a OMS formou um Grupo de Qualidade de Vida (Grupo WHOQOL) com o intuito de desenvolver um instrumento para medir a qualidade de vida e que fosse num ponto de vista transcultural (Fleck, 2000).

O WHOQOL-BREF foi constituído por 26 questões, 24 das questões avaliaram uma característica da qualidade de vida e 2 questões foram gerais, não sendo abrangidas na cotação dos domínios, uma estava relacionada com a perceção global da qualidade de vida e a outra sobre a satisfação com a saúde. Os 24 itens foram avaliados numa escala tipo Likert de 0 a 5 níveis, avaliando assim 4 domínios da qualidade de vida do recluso: domínio físico, domínio psicológico, domínio das relações sociais e domínio do meio ambiente. A avaliação do questionário variou numa escala de 0 a 100, quanto mais perto do 100 melhor perceção de qualidade de vida. Existiu 3 itens que foram invertidos (Q3, Q4, Q26).

O domínio físico abrangeu 7 itens (Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18); o domínio psicológico abrangeu 6 itens (Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26); o domínio das relações sociais abrangeu 3 itens (Q20, Q21, Q22) e, por fim, o domínio do meio ambiente abrangeu 8 itens (Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25). As 2 questões gerais foram compostas por 2 itens (Q1, Q2).

Relativamente aos índices de consistência interna, foram realizados através do cálculo do Alpha de Cronbach para cada dimensão: domínio físico ($\alpha=.427$); domínio

psicológico ($\alpha=.524$); domínio relações sociais ($\alpha=.594$); e domínio meio ambiente ($\alpha=.799$);

A avaliação deste instrumento foi realizada pela soma dos itens, sendo que os valores mais elevados corresponderam a uma avaliação positiva da qualidade de vida e de como o indivíduo a percebe.

Entrevista

Esta entrevista teve o intuito de recolher informações adicionais sobre esta temática através do questionamento de diversas perguntas a psicólogos no contexto prisional.

A entrevista foi elaborada de forma semiestruturada. Assim, ao longo da entrevista foram surgindo outras questões que não estavam presentes no guião de entrevista. A mesma contém 12 questões pré-estabelecidas, questões estas relacionadas sobre a opinião sobre a profissão do psicólogo em contexto prisional em Portugal, as suas funções no local onde trabalha, o tipo de atendimento aos reclusos, instrumentos utilizados na avaliação, comportamento dos reclusos, maior desafio em trabalhar neste contexto, qualidade de vida dos reclusos, fatores de risco/proteção, saúde mental dos reclusos, principais patologias ou sintomatologias, relação entre tempo de pena e saúde mental, programas e a sua efetividade e por fim, saúde mental pós reclusão.

A elaboração do guião de entrevista foi elaborada consoante a realização do enquadramento teórico. As questões apesar de não terem sido utilizadas como instrumento de avaliação, foram de igual forma pertinentes para a comparação entre a entrevista e a literatura sobre a temática do estudo.

De seguida, apresenta-se o guião de entrevista utilizado:

- 1) Como foi o seu percurso até chegar neste contexto e o que o/a fez ter o gosto por esta área?

- 2) Qual a sua opinião relativamente à profissão de psicólogo em contexto prisional em Portugal? Relativamente a horários (se existe tempo suficiente para fazer o pretendido), honorários, etc?
- 3) Quais são as suas funções dentro do estabelecimento prisional? O que faz diariamente?
- 4) Os atendimentos são em grupo ou individual?
- 5) Quais os instrumentos que mais utiliza na avaliação psicológica do recluso?
- 6) Quais os tipos de programas que são aplicados no estabelecimento prisional para onde trabalha e como se processa? Tem vindo a dar resultados?
- 7) Como é o comportamento dos reclusos no estabelecimento prisional onde trabalha?
- 8) No seu entender, porque é que os reclusos que cometem um crime?
- 9) Quais as patologias mais presentes nos reclusos no estabelecimento prisional onde trabalha?
- 10) Qual o maior desafio de trabalhar com esta população?
- 11) O que faria de diferente/quais os aspetos que deveriam ser melhorados para uma melhor intervenção do psicólogo neste contexto?
- 12) Que conselhos daria a um futuro psicólogo neste contexto?

Procedimentos

O presente estudo foi desenvolvido pelo Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social (CLISSIS), na Universidade Lusíada de Lisboa.

Devido à situação pandémica pela qual estamos a passar, teve como consequência a impossibilidade de recolha para uma maior amostra de indivíduos.

Relativamente à ética, os princípios gerais integram-se neste contexto. Sendo o Princípio A. Respeito pela dignidade e direitos da pessoa, este princípio refere-se ao respeito pelas decisões e direitos do indivíduo, desde que seja num contexto racional e de respeito para com o outro. Princípio B. Competência, refere-se à obrigação por parte do psicólogo aplicar as técnicas e conhecimentos científicos exclusivamente da profissão, sendo a formação pessoal apropriada e frequentemente atualizada. O Princípio C. Responsabilidade, o psicólogo é responsável pelos seus atos perante as pessoas, profissão e sociedade, devendo atuar para bons resultados para o bem-estar do paciente. O Princípio D. Integridade, os psicólogos devem ser fiéis aos princípios da sua profissão, devendo evitar e prevenir conflitos de interesse, e caso estes surjam devem resolvê-los sempre de forma correto de acordo com as obrigações profissionais. E por último o Princípio E. Beneficência e não-maleficência, sendo direcionada para a atuação do psicólogo ser a favor do paciente, não o prejudicando ou causar-lhe qualquer desconforto ou dano, ou seja, em primeiro lugar está o bem-estar do paciente.

Os princípios específicos são igualmente importantes. Neste contexto os que melhor se aplicam será o consentimento informado que se refere ao fornecimento de informação aos pacientes, assegurando a sua compreensão, nomeadamente as ações profissionais, procedimentos e consequências, confidencialidade da informação obtida e limites éticos e legais. A privacidade e confidencialidade, refere-se à privacidade e confidencialidade da informação sobre o paciente, também abrangendo a relação terapêutica e conhecimento em que circunstâncias este princípio pode ser quebrado.

Resultados

No presente capítulo são apresentados os resultados obtidos, através da análise estatística com o programa IBM SPSS. A apresentação dos resultados está organizada em tabelas ilustrativas para a facilitação da compreensão dos resultados consoante os objetivos da investigação previamente estipulados.

Resultados descritivos do estudo

Tabela 7.

Estatística descritiva referente às variáveis em estudo

	M	DP	Assimetria	Curtose
Saúde mental				
Somatização	.54	.69	.19	3.44
Sensibilidade interpessoal	.90	.75	.98	.92
Obsessões-compulsões	.98	.68	.72	.58
Depressão	.97	.92	1.08	.41
Ansiedade	.82	.69	1.31	2.54
Hostilidade	.70	.67	1.42	2.44
Ansiedade Fóbica	.31	.56	2.77	9.26
Ideação Paranoide	1.27	.81	.52	-.15
Psicoticismo	0.87	.74	1.16	1.46

Na tabela 7, é possível verificar que na saúde mental, a sintomatologia com valores mais elevados é a ideação paranoide (M=1.27 e DP=.81), a segunda é as obsessões-compulsões (M=.98 e DP=.68). Também é possível verificar que as duas psicopatologias com valores menos elevados correspondem à ansiedade fóbica (M=.31 e DP=.56) e a somatização (M=.54 e DP=.69).

Tabela 8.*Estatística descritiva referente às variáveis em estudo*

Qualidade de vida	M	DP	Assimetria	Curtose
Psicológico	3.89	.54	-1.94	10.60
Físico	3.39	.50	-.44	2.31
Relação Social	3.24	.96	-.28	.30
Meio Ambiente	2.91	.74	.24	.62

Na qualidade de vida, verifica-se que os dois domínios que apresentam níveis mais elevados são a nível psicológico (M=3.89 e DP=.54) e a nível físico (M=3.39 e DP=.50). As duas dimensões que apresentam níveis mais baixos são os domínios das relações sociais (M=3.24 e DP=.96) e a nível do meio ambiente (M=2.91 e DP=.74).

Resultados dos preditores entre as variáveis sociodemográficas e variáveis relacionadas ao crime

Tabela 9.*Correlação entre as variáveis da qualidade de vida e saúde mental*

Variáveis	S	SI	OC	D	A	H	AF	IP	p
P	-.15	-.19*	-.20*	-.30**	-.24**	-.059	-.16*	-.20*	-.14
F	-.12	-.12	-.18*	-.36**	-.20*	-.11	-.039	-.08	-.15
RS	-.10	-.19*	-.13	-.31**	-.15	-.08	-.055	-.18*	-.14
MA	-.22**	-.26**	-.24*	-.28**	-.24**	-.13	-.094	-.25**	-.18

**p<0.01; * p<0.05. *Nota:* S- Somatização; SI- Sensibilidade Interpessoal; OC- Obsessões-compulsões; D-Depressão; A-Ansiedade; H-Hostilidade; AF-Ansiedade Fobica; IP- Ideação Paranoide; P- Psicoticismo; P- Psicológico; F- Físico; RS- Relações Sociais; MA- Meio Ambiente.

A dimensão da somatização tem correlação negativa muito fraca com o domínio do meio ambiente ($sig=.01$; $r= -.22$). Com os outros domínios da qualidade de vida não houve diferenças estatisticamente significativas. Na dimensão sensibilidade interpessoal

houve correlação negativa muito fraca com os domínios psicológico ($sig=.02$; $r=-.19$), relações sociais ($sig=.01$; $r=-.19$) e meio ambiente ($sig=.00$; $r=-.26$). Na dimensão obsessões-compulsões, houve correlação negativa muito fraca com o domínio psicológico ($sig=.01$; $r=-.20$), físico ($sig=.02$; $r=-.18$) e meio ambiente ($sig=.00$; $r=-.24$). Na dimensão depressão, houve correlação negativa muito fraca com os domínios psicológico ($sig=.00$; $r=-.30$) e meio ambiente ($sig=.00$; $r=-.28$), e correlação negativa fraca com os domínios físico ($sig=.00$; $r=-.36$) e relações sociais ($sig=.00$; $r=-.31$). Na dimensão ansiedade, houve correlação negativa fraca com os domínios psicológico ($sig=.00$; $r=-.24$), físico ($sig=.01$; $r=-.20$) e meio ambiente ($sig=.00$; $r=-.24$). Na dimensão hostilidade não houve diferenças estatisticamente significativas em relação aos domínios da qualidade de vida. Na dimensão ansiedade fóbica, apenas o domínio psicológico mostrou valores significativos ($sig=.04$; $r=-.16$), sendo correlação negativa muito fraca. Na dimensão ideação paranoide, existe correlação negativa fraca com os domínios psicológico ($sig=.01$; $r=-.20$), relações sociais ($sig=.02$; $r=-.18$) e meio ambiente ($sig=.00$; $r=-.25$). Na dimensão psicoticismo apenas houve resultados significativos com o domínio meio ambiente ($sig=.02$; $r=-.18$), sendo correlação negativa fraca.

Resultados das diferenças entre as variáveis da qualidade de vida e saúde mental e as variáveis sociodemográficas e variáveis relacionadas ao crime

Tabela 10.

Diferenças entre idade e qualidade de vida

Qualidade de vida	18-40 anos		41-80 anos		Z	p
	M	DP	M	DP		
Psicológico	3.90	.65	3.87	.47	.08	.78
Físico	3.36	.49	3.38	.50	.06	.81
Relações Sociais	3.07	1.05	3.26	.90	1.24	.27
Meio Ambiente	2.82	.82	2.91	.68	.47	.49

Entre a qualidade de vida e a idade não houve revelação de diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 11.

Diferenças entre sexo e qualidade de vida

Qualidade de vida	Feminino		Masculino		Z	p
	M	DP	M	DP		
Psicológico	3.74	.81	3.92	.47	2.24	.14
Físico	3.19	.64	3.42	.46	4.85	.03
Relações Sociais	3.18	1.01	3.25	.96	.13	.73
Meio Ambiente	2.68	.60	2.96	.76	3.19	.08

Quanto ao nível de significância, a tabela 14 mostra que a dimensão a nível físico foi a única que mostrou diferenças estatisticamente significativas [$F(1,16)=4.85$; $p=.03$], sendo que os homens apresentam níveis mais elevados de qualidade de vida nessa mesma dimensão do que as mulheres ($M=3.42$; $DP=.46$).

Tabela 12.

Diferenças entre tempo de pena e qualidade de vida

Qualidade de vida	Tempo de pena 1		Tempo de pena 2		Tempo de pena 3		Tempo de pena 4		Z	p
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Psicológico	3.87	.49	3.99	.44	3.87	.42	3.92	.50	.59	.63
Físico	3.40	.45	3.34	.38	3.39	.42	3.61	.54	2.31	.08
Relações Sociais	3.30	.96	3.34	.90	3.24	.88	3.34	1.02	.08	.97
Meio Ambiente	3.01	.65	2.95	.70	2.99	.67	3.00	.88	.05	.99

Nota: Pena 1 (0,70-4,6 anos); Pena 2 (4,7-7 anos); Pena 3 (7,1-10 anos); Pena 4 (10,1-25 anos)

No que consiste à qualidade de vida e o tempo de pena aplicado, não houve diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões. Apenas na dimensão a nível físico o valor de significância encontra-se no limiar de .05.

Tabela 13.

Diferenças entre tipo de crime e qualidade de vida

Qualidade de vida	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Z	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Psicológico	3.85	.50	3.93	.63	3.89	.45	.33	.72
Físico	3.40	.54	3.40	.46	3.33	.51	.28	.76
Relações Sociais	3.31	.90	3.18	1.02	3.29	.98	.29	.75
Meio Ambiente	2.95	.74	2.89	.69	2.91	.85	.18	.89

Nota: Grupo 1 (crimes contra a pessoa, pessoa + estupefacientes, pessoa + estado, pessoa + arma proibida, vida em sociedade); grupo 2 (crimes por estupefacientes, arma proibida, património, património + condução, património + arma proibida, património + estado); e grupo 3 (todos os crimes)

Relativamente à qualidade de vida e o tipo de crime não houve diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 14.

Diferenças entre idade e saúde mental

Saúde mental	18-40 anos		41-80 anos		Z	p
	M	DP	M	DP		
Somatização	.50	.60	.50	.68	.00	.99
Sensibilidade Interpessoal	.92	.69	.85	.77	.35	.55
Obsessões-compulsões	.90	.67	1.01	.67	.75	.39
Depressão	.90	.85	1.05	.95	.90	.34
Ansiedade	.84	.66	.80	.65	.13	.73
Hostilidade	.70	.69	.65	.63	.19	.66
Ansiedade Fóbica	.21	.36	.29	.55	.78	.38
Ideação Paranoide	1.36	.79	1.26	.80	.47	.49
Psicoticismo	.86	.66	.86	.68	.00	.97

Em relação à saúde mental e à idade, não houve quaisquer diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis.

Tabela 15.

Diferenças entre sexo e saúde mental

Saúde mental	Feminino		Masculino		Z	p
	M	DP	M	DP		
Somatização	.99	.97	.46	.58	14.51	.00
Sensibilidade Interpessoal	1.23	.94	.84	.70	6.12	.01
Obsessões-compulsões	1.30	.74	.92	.66	7.18	.01
Depressão	1.50	.96	.87	.88	10.78	.00
Ansiedade	1.30	.79	.73	.63	16.50	.00
Hostilidade	.88	.76	.66	.65	2.41	.12
Ansiedade Fóbica	.50	.79	.27	.50	3.72	.06
Ideação Paranoide	1.61	.84	1.21	.79	5.48	.02
Psicoticismo	1.21	.75	.80	.69	7.22	.01

No que consiste na significância na saúde mental, todas as dimensões têm $p < .05$, expeto a hostilidade e ansiedade fóbica. Assim, a somatização [$F(1,16)=14.51$; $p=.00$], a sensibilidade interpessoal [$F(1,16)=6.12$; $p=.01$], as obsessões-compulsões [$F(1,16)=7.18$; $p=.01$], a depressão [$F(1,16)=10.78$; $p=.00$], a ansiedade [$F(1,16)=16.50$; $p=.00$], a ideação paranoide [$F(1,16)=5.48$; $p=.02$] e o psicoticismo [$F(1,16)=7.22$; $p=.01$].

Na tabela 11, é possível concluir que as mulheres, em média, apresentam mais sintomas psicopatológicos do que os homens, nas dimensões acima referidas.

Tabela 16.

Diferenças entre tempo de pena e saúde mental

Saúde mental	Tempo de pena 1	Tempo de pena 2	Tempo de pena 3	Tempo de pena 4
--------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	Z	p
Somatização	.58	.64	.51	.74	.55	.76	.47	.52	.15	.93
Sensibilidade Interpessoal	.95	.74	.83	.72	.93	.89	.80	.73	.33	.81
Obsessões-compulsões										
Depressão	1.02	.62	.00	.69	.93	.69	.90	.67	.23	.88
Ansiedade	1.00	.95	.95	.88	.90	.85	.72	.97	.56	.64
Hostilidade	.93	.63	.84	.68	.69	.65	.56	.56	2.21	.09
Ansiedade Fóbica	.85	.64	.71	.75	.52	.61	.47	.42	2.61	.05
Ideação Paranoide	.19	.35	.28	.53	.37	.66	.25	.38	.70	.55
Psicoticismo	1.38	.67	1.09	.69	1.18	.87	1.13	.85	1.01	.39
	.88	.57	.88	.77	.87	.73	.74	.64	.32	.81

Nota: Tempo de pena 1 (0,70-4,6 anos); Tempo de pena 2 (4,7-7 anos); Tempo de pena 3 (7,1-10 anos); Tempo de pena 4 (10,1-25 anos)

No que consiste na relação entre a saúde mental com o tempo de pena aplicada, não se verificou diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis. Contudo, é possível verificar um valor de significância que se encontra no limiar de se considerar significativo na dimensão da hostilidade.

Tabela 17.

Diferenças entre tipo de crime e saúde mental

Saúde mental	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Z	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Somatização	.58	.72	.54	.69	.53	.66	.09	.92
Sensibilidade Interpessoal	.82	.69	.98	.74	.91	.90	.70	.50
Obsessões-compulsões	.97	.68	1.02	.73	.93	.66	.23	.80
Depressão	.81	.92	1.04	.84	1.16	1.07	1.79	.17
Ansiedade	.72	.63	.92	.72	.83	.75	1.29	.28
Hostilidade	.43	.42	.93	.77	.76	.73	9.78	.00
Ansiedade Fóbica	.24	.38	.31	.62	.44	.70	1.33	.27
Ideação Paranoide	1.09	.77	1.39	.76	1.39	.94	2.70	.07
Psicoticismo	.78	.60	.92	.74	.92	.82	.73	.48

Nota: Grupo 1 (crimes contra a pessoa, pessoa + estupefacientes, pessoa + estado, pessoa + arma proibida, vida em sociedade); grupo 2 (crimes por estupefacientes, arma proibida, património, património + condução, património + arma proibida, património + estado); e grupo 3 (todos os crimes).

Quando à saúde mental e o tipo de crime foi possível verificar diferenças estatisticamente significativas na dimensão da hostilidade [$F(2,16)=9.78$; $p=.00$]. Na dimensão ideação paranoide o valor de p encontra-se no limiar da significância.

Resultado do estudo das variáveis preditoras

Tabela 18.

Regressão linear das habilitações literárias, somatização, depressão, ansiedade e hostilidade como preditores da qualidade de vida

	Beta (padronizado)	T	Sig.	Estatísticas de colinearidade	
				Tolerância	VIF
Habilitações literárias	-.27	-3.44	.00	.93	1.08
Somatização	-.10	-.83	.41	.38	2.62
Depressão	-.40	-3.50	.00	.44	2.28
Ansiedade	-.01	.07	.95	.24	4.25
Hostilidade	-.04	-.45	.66	.64	1.57

Na tabela 18, os resultados obtidos mostram que as habilitações literárias ($\beta=-.27$; $p=.00$) e a depressão ($\beta=-.40$; $p=.00$) são preditoras da qualidade de vida

Tabela 19.

Regressão linear das habilitações literárias, domínio psicológico, físico, relações sociais e meio ambiente como preditores da saúde mental

	Beta (padronizado)	T	Sig.	Estatísticas de colinearidade	
				Tolerância	VIF
Habilitações literárias	-.20	2.20	.03	.82	1.21
Psicológico	-.19	1.78	.08	.61	1.64
Físico	-.11	-.98	.33	.57	1.76
Relações Sociais	-.04	-.33	.74	.61	1.65

Meio Ambiente	-.27	-.27	.00	.67	1.50
---------------	------	------	-----	-----	------

Na tabela 19, os resultados obtidos mostram que as habilitações literárias ($\beta=-.20$; $p=.03$) e o meio ambiente ($\beta=-.27$; $p=.00$) são preditoras da saúde mental.

Resultado da análise de conteúdo das entrevistas

Foi realizada uma análise de conteúdo de entrevistas realizadas a psicólogos clínicos em contexto prisional, para complementar com os resultados quantitativos e a literatura.

Tabela 20.

Análise de conteúdo

	Entrevista 1	Entrevista (dupla) 2	Entrevista 3
Qualidade de vida (geral)	- Desafiante - Atividades formativas, laborais e ocupacionais melhora a qualidade de vida	- Condições a nível ocupacional, laboral e atividades de lazer, acesso a cuidados médicos clínicos, visitas, etc.	- Têm as condições necessárias. - A nível social ficou afetada pela pandemia. - Serviços de saúde geral. Etc.
Fatores de risco e proteção	Fatores de risco: sedentarismo; fatores psico-emocionais associados à reclusão e motivos da mesma; e fatores pessoais, profissionais, familiares e biológicos. Fatores de proteção: suporte social e familiar; cuidados de saúde primários e especializados; oferta formativa, laboral e ocupacional; e flexibilidade das penas.	Fatores de risco: solidão; afastamento familiar; ansiedade; consumos ilegais; maus hábitos de higiene, sono e alimentação. Fatores de proteção: consultas nas diversas especialidades; aconselhamento nos serviços clínicos; ações de sensibilização; suporte familiar; ocupação escolar/laboral; visitas, etc.	Fatores de risco: doenças como hepatites; adaptação ao percurso; automutilação. Fatores de proteção: apoio da equipa multidisciplinar.

Saúde mental (geral)			- Poucos conhecimentos acerca da saúde mental por parte dos reclusos; - Dificuldades em pedir apoio.
Principais psicopatologias	Perturbações do humor e ansiedade.	Ansiedade; insónia; sentimentos de desânimo; apatia; isolamento.	Psicoses; Perturbações da personalidade; depressão; ansiedade.
Relação entre tempo de pena e psicopatologia	Confirma esta relação.	Confirmam esta relação.	Não confirma esta relação.

Qualidade de vida. As entrevistadas consideram a qualidade de vida dos reclusos pouco comprometida, tendo as condições essenciais para satisfazer as suas necessidades. *“Inicialmente é bastante desafiante, mas as atividades formativas, laborais e ocupacionais melhoram neste aspeto”, “Considerada favorável visto que têm todas as condições a nível ocupacional, laboral e atividades de lazer, acessos a cuidados médicos...”, “É média, têm as condições necessárias quanto às infraestruturas. Têm comida, apesar de se queixarem da comida. A nível social foi afetado pela pandemia pois houve uma redução de atividades e apoios psicológicos de voluntários.”*

Fatores de risco e proteção. Os fatores de risco considerados pelas entrevistadas foram essencialmente sedentarismo, psicoemocionais, isolamento, maus hábitos, consumos, doenças, automutilação e adaptação. *“A solidão, afastamento da família e ansiedade podem levar a um declínio mental. Os consumos (ilegais) também podem ser fatores de risco, assim como, maus hábitos de higiene pessoal, alimentar e de sono.”*, *“Em primeiro lugar, os mesmos factores que em meio exterior. E, a acrescentar, que, intramuros, estes tendem a ter uma vida mais sedentária, característica da reclusão. Além dos factores psico-emocionais associados à reclusão, aos motivos que a determinaram, e a factores pessoais, profissionais, familiares, e biológicos vários,*

específicos para cada indivíduo.”, “Os fatores de risco mais presentes na prisão são doenças como as hepatites, dificuldades na adaptação ao percurso e automutilação.”

Nos fatores de proteção, as entrevistadas mencionam o suporte pela equipa disciplinar, suporte social e familiar, ocupação escolar/laboral e visitas. *“As consultas nas diversas especialidades, o aconselhamento dos serviços clínicos, ações de sensibilização, suporte familiar, ocupação escolar/laboral, visitas, etc.”, “Entre outros, avançaria a presença de suporte familiar e social (intra e extramuros). O acesso aos cuidados de saúde primários e especializados (que incluem a saúde mental). A oferta formativa, laboral e ocupacional em meio prisional. A possibilidade de usufruírem de medidas de flexibilidade das penas.”, “O apoio da equipa multidisciplinar é imprescindível neste meio onde existe uma variedade de pessoas diferentes umas das outras com necessidades diferentes.”*

Saúde mental. Quanto à saúde mental, de forma geral, só uma das entrevistadas respondeu, afirmando que não considera muito positiva, havendo falta de conhecimentos sobre a saúde mental entre os reclusos, mostrando dificuldades de pedir apoio emocional por não reconhecerem as psicopatologias e as sintomatologias. *“Não é muito boa. Os reclusos não têm noção do conceito de saúde mental, não atribuem sintomas a uma psicopatologia e têm dificuldade em pedir apoio.”*

Principais psicopatologias. As psicopatologias mais presentes em contexto prisional referidas pelas entrevistadas foram as perturbações de humor, ansiedade, psicoses e perturbações da personalidade. *“Da minha experiência em contexto prisional, existem, de facto, muitas perturbações do humor e de ansiedade, muitas delas reativas à situação de reclusão e aos motivos que a determinaram, mas também devido a outros fatores. Existem muitos reclusos com outras perturbações psiquiátricas (muitas vezes*

concorrentes), desde perturbação de adaptação, stress pós-traumático, reacção aguda de stress, esquizofrenia, quadros de psicoses tóxicas, comportamentos suicidários, perturbações de personalidade (e.g. anti-social, narcísica, paranóide, histriónica, borderline), quadros de psicossomatização, parafilias, perturbações associadas à toxicoddependência e alcoolismo, estados demenciais, debilidades cognitivas, etc.”, “Ansiedade, insónia, sentimentos de desânimo, apatia, isolamento inerente ao tempo de pena, afastamento de familiares e privação da liberdade.”, “As psicoses que está mais presente com maior frequência, como por abuso de substancias, esquizofrenia. As perturbações de personalidade como as antissociais e borderline. A depressão que não é tao frequente e a ansiedade que também é pouco frequente.”

Relação entre tempo de pena e psicopatologia. No que concerne a diferenças entre tempo de pena e saúde mental, uma das entrevistadas afirma que não existe relação, enquanto as outras 3 entrevistadas afirmam que sim. *“Um longo período em reclusão pode causar maior frustração, ansiedade, raiva. Agravam-se as sintomatologias ansiosas e depressivas.”, “Sem avançar com dados concretos sobre o assunto, julgo que as penas de prisão mais longas podem concorrer a explicar o surgimento ou exacerbação de quadros clínicos específicos.”*

Discussão

O objetivo geral deste estudo foca-se em compreender e caracterizar a qualidade de vida e a saúde mental dos reclusos tendo em conta o tipo de crime cometido.

Como objetivos específicos encontra-se: 1) compreender e caracterizar a qualidade de vida dos reclusos; 2) compreender e caracterizar a saúde mental dos reclusos; 3) compreender e caracterizar a relação entre a qualidade de vida e a saúde mental dos reclusos; 4) estudo dos preditores idade, sexo, pena aplicada e tipo de crime em relação à qualidade de vida; 5) estudo dos preditores idade, sexo, pena aplicada e tipo de crime em relação à saúde mental.

A reclusão é sinónimo de perda da liberdade, levando a que seja uma experiência traumática para o recluso. Estas experiências acarretam características negativas que afetam o indivíduo, como a saturação, ambiente desfavorável, escassez de recursos, entre outros), assim, conseqüentemente, este ambiente pode influenciar o surgimento de psicopatologias nesta população (Navarro, Paredes-Carbonell, Juan-Ulpiano, González Rubio, Monzó & Martínez, 2013).

A chegada a um ambiente diferente do habitual, como é o estabelecimento prisional, existe um período de adaptação que pode ser intensamente atribulado, prejudicando a sua saúde mental, tanto a curto como a longo prazo. Os riscos para reclusos que sofrem de doença mental são diversificados: risco de suicídio, lesões autolesivas, violência, vitimização, distanciamento familiar ou isolamento (Newcomen, 2016).

Os reclusos, por norma, apresentam mais que um problema, sendo que os que sofrem de perturbações mentais pode ser influenciado ou causado por outros problemas existentes. Esses problemas podem ser: desemprego, escassez educativa, dificuldades de aprendizagem, abuso de substâncias, condições desfavorecidas, etc. Posto isto, o ambiente prisional causa danos na saúde mental dos reclusos devidos a diversos fatores

como superlotação, violência, solidão, privacidade comprometida, poucas perspectivas futuras, entre outras (Durcan & Zwemstra, 2014).

Na qualidade de vida desta população, existem fatores influenciadores tais como o relacionamento entre reclusos e com os trabalhadores do estabelecimento prisional, a forma como o indivíduo se adapta ao novo contexto, as condições e o ambiente. Caso estes fatores sejam favoráveis, irá favorecer a qualidade de vida do recluso (Armiya'u, Abiola, Bamidele, Nwoga & Davou, 2019; Novais *et al.*, 2010).

De seguida, serão abordados cada objetivo do estudo e a apresentação da sua respetiva discussão com a literatura.

Relativamente à psicopatologia que mais prevalece em contexto prisional, os resultados do presente estudo, tanto na análise quantitativa como na qualitativa, numa das entrevistas, revelam que a ideação paranoide está mais prevalente. Igualmente nos estudos de Alves, Dutra e Maia (2013), foi a psicopatologia mais prevalente no sexo feminino ($M=1.80$), seguidamente das obsessões-compulsões, depressão, sensibilidade interpessoal, psicoticismo, ansiedade e ansiedade fóbica, e no masculino ($M=1.11$). No estudo das autoras, a dimensão somatização e hostilidade não revelaram valores significativos. Green e Phillips (2004), explicam, sugerindo que a ideação paranoide depende do contexto em que o indivíduo está inserido, como por exemplo em contexto de pobreza, racismo, maus-tratos, possibilidade de dano, etc, incluindo o contexto prisional que consiste num ambiente com taxas elevadas de violência e danos físicos e psicológicos. Assim, a ideação paranoide é uma resposta adaptativa e protetora para lidar com estas adversidades e uma forma de fuga da realidade vivenciada, que tanto afeta a saúde física e mental da população reclusa. Além das psicoses, a ansiedade e a depressão também são prevalentes, sendo que outros estudos demonstram esses resultados (Al-Rousan, Rubenstein, Sieleni, Deol & Wallace, 2017).

Relativamente à qualidade de vida, o domínio que mostrou melhores resultados foi o domínio psicológico, seguidamente do físico, relações sociais e meio ambiente, respetivamente. No estudo de Zadavec Šedivy, De Leo, Poštuvan e Žvelc (2021), sobre comportamentos suicidas e a qualidade de vida de reclusos, foi possível observar que o domínio que com melhores valores foi o psicológico, tanto para pessoas com risco de suicídio e pessoas sem esse mesmo risco. Esse resultado vai de encontro com o presente estudo, que o domínio com melhores resultados é o psicológico. No que concerne ao domínio meio ambiente foi o que mostrou resultados inferiores em comparação com os outros três domínios, corroborando com os resultados do presente estudo (Ferreira & Fernandes, 2020; Prost, Panisch & Bedard, 2019). Ainda assim, no domínio das relações sociais, Prots, Panisch e Betard (2019), foi o terceiro com melhores resultados, indo de encontro igualmente com o presente estudo. Estes resultados podem ser explicados pela atuação do psicólogo neste contexto. Estes profissionais têm a função de atuar nas necessidades psicológicas dos reclusos, na mudança comportamental e desenvolvimento quanto às suas vocações, redução de comportamentos criminosos, reintegração na sociedade pós cumprimento de pena na prisão, realização de avaliações para apuramento do estado mental do indivíduo e intervir consoante as necessidades previamente avaliadas e em situações de crise. As intervenções, além de serem individuais também podem ser grupais, reestruturando a nível cognitivo, modificando crenças que sejam prejudiciais ao grupo e promover competências pessoais e sociais para uma melhor adaptação ao contexto em que se encontram. Ou seja, a intervenção dos psicólogos nas prisões é indispensável para a qualidade de vida a nível psicológicos dos reclusos que compõem o estabelecimento prisional, sendo asseguradas as suas necessidades nas diferentes áreas, nomeadamente a saúde mental que é tão afetado por este ambiente de reclusão

profissional (Almeida & Jesus, 2017; Medeiros & Silva, 2014; Novo & Nascimento, 2017).

Quanto ao objetivo da relação entre a qualidade de vida e a saúde mental, os resultados mostraram, na maioria, correlações negativas fracas, ou seja, quanto mais altos forem o nível de saúde mental, consoante a escala utilizada, neste caso altos níveis do BSI significa pior saúde mental, pior será a qualidade de vida. Oguntayo, Ogundipe, Tomolaju, Oyeleke e Opayemi (2020), nos seus estudos mostraram que quanto mais altos forem os níveis de saúde mental, mais será afetada a qualidade de vida dos reclusos, indo de encontro com os resultados do presente estudo. O impacto negativo na saúde mental do recluso causado pelo ambiente prisional, irá afetar a qualidade de vida desta população. O stress, a violência e a escassez de intervenções nas necessidades dos reclusos são fatores determinantes para a saúde mental e qualidade de vida (Nobile, Flotta, Nicotera, Pileggi & Angelillo, 2011). Um maior controlo sobre estas variáveis seriam essenciais para mudar a forma de viver dos reclusos, dentro das limitações que é um estabelecimento prisional.

Quanto à qualidade de vida e a idade, não houve diferenças estatisticamente significativas na relação entre as variáveis. Prost, Panisch e Bedard (2019), concluíram com os seus estudos que nas variáveis relações sociais e meio ambiente não apresentaram valores significativos, indo de encontro com o presente estudo, mas no estudo dos autores deu valores significativos no domínio físico e psicológico. Kalonji, Ngongo, Ilunga, Albert e Giet (2017), revelaram através da sua investigação que a idade apresentava relação estatisticamente significativa com a qualidade de vida, o que não corresponde à presente investigação.

Quanto à relação entre qualidade de vida e o sexo, houve apenas uma variável estatisticamente significativa, o domínio físico, onde foi possível verificar que o sexo

masculino tem melhor qualidade de vida que as mulheres nesse respetivo domínio. No estudo realizado por Gaspar, Moreira, Cunha, Carvalho e Varela (2019), os resultados mostraram que a nível global os homens apresentam melhor qualidade de vida que as mulheres em todas as dimensões (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), apesar de que na presente investigação apenas no domínio físico mostrou diferenças significativas. Também Prost, Panisch e Bedard, (2019), concluíram que os homens apresentavam maior qualidade de vida na dimensão físico e psicológico do que as mulheres.

Consoante os dados do Boletim Estatístico, a esperança de vida das mulheres é superior comparativamente à dos homens, ou seja, as mulheres podem viver quase mais 6 anos que o sexo oposto, mas em controvérsia, os homens podem viver mais anos de vida saudável que as mulheres (CIG & Unidade de Apoio à estratégia & Planeamento, 2021).

As mulheres são um grupo bastante vulnerável em contexto prisional, devido ao seu género. Existem diversos fatores associados a essa vulnerabilidade: menos condições que os homens, abuso sexual ou físico antes do aprisionamento, necessidades a nível da saúde mental por traumas, dependência de substâncias, entre outros. Além disso, a literatura confirma que os homens têm um tratamento mais adequado às suas necessidades do que as mulheres, pois a maioria da população nos estabelecimentos prisionais são do sexo masculino. Assim, as assistências às diversas necessidades das mulheres ficam comprometidas, afetando a sua qualidade de vida em todos os parâmetros avaliados (United Nations, 2014).

Quanto à qualidade de vida e o tempo de pena, não houve diferenças estatisticamente significativas. Este resultado é igual ao estudo de Ferreira e Fernandes (2020) nos seus estudos sobre a temática. Yu, Sung, Mellow e Koenigsmann (2015),

abordaram o facto de que reclusos que têm uma perceção negativa da sua saúde antes do cumprimento da pena, após o aprisionamento, houve um melhoramento nesse aspeto. Ou seja, muitos dos reclusos após entrarem no estabelecimento prisional apresentam problemas a nível físico e psicológico que não foram intervencionados antes da condenação, assim a prisão permite que eles recebam cuidados consoante as suas necessidades, melhorando a sua qualidade de vida. Os resultados de Kalonji, Ngongo, Ilunga, Albert e Giet (2017), mostraram que existe influência do tempo de pena e a qualidade de vida, mais especificamente no domínio psicológico e ambiental, o que não corresponde com os resultados do presente estudo.

No que se refere à qualidade de vida e tipo de crime, não houve diferenças estatisticamente significativas nos resultados do estudo. Armiya'u, Abiola, Bamidele, Nwoga e Davou (2019), relacionaram a qualidade de vida com os tipos de crime e não houve resultados estatisticamente significativos, o que corresponde com os presentes resultados.

Quanto à saúde mental e a idade não houve valores estatisticamente significativos com qualquer dimensão da escala utilizada. Molina-Coloma, Lara-Machado, Pérez-Pedraza & López-Rodríguez (2021), aprofundaram o tema da sintomatologia psicológica em reclusos. Na variável idade em relação às psicopatologias, não houve significâncias na somatização, depressão e hostilidade. A sensibilidade interpessoal também foi uma variável da saúde mental que não mostrou diferenças significativas (Chiclana, Castillo-Gualda, Paniagua & Rodríguez-Carvajal, 2019). Devido à forma como foi categorizada a idade, pode ter enviesado os resultados apresentados no presente estudo.

Os estudos indicam que existe diferença entre homens e mulheres no que diz respeito à entrada na prisão. A literatura afirma que as mulheres sofrem mais que os homens em contexto prisional, pois esse confinamento afeta o núcleo familiar, ou seja, os

laços e a dinâmica entre o recluso e a família, pois na maioria das famílias, as mulheres são o alicerce afetivo e apoio económico no seu seio familiar, sendo assim, a família e o recluso são afetados por esta separação (Durcan & Zwemstra, 2014; Herrera Enríquez & Expósito Jiménez, 2010). Al-Rousan *et al.*, (2017), confirmou com o seu estudo sobre a temática, que a depressão e a ansiedade são bastante prevalentes no sexo feminino. Villagrà Lanza, González Menéndez, Fernández García, Casares López, Martín Martín e Rodríguez Lamelas (2011), nas suas pesquisas indicam que as mulheres apresentam psicopatologias como a depressão, somatização, obsessões-compulsões e ideações paranoides. Alves, Dutra e Maia (2013) também tiveram resultados estatisticamente significativos nas dimensões ideação paranoide, obsessões-compulsões, depressão, sensibilidade interpessoal, psicoticismo, ansiedade e ansiedade fóbica. Estes resultados vão de encontro com o presente estudo, onde foi revelado que as mulheres apresentam mais psicopatologias que os homens, nas dimensões somatização, sensibilidade interpessoal, ansiedade, depressão, ideação paranoide, psicoticismo e obsessões-compulsões. Ou seja, as mulheres apresentam mais sofrimento psicológico do que o sexo oposto. Esta conclusão também vai de encontro com os estudos de Bronson e Berzofsky (2017), que igualmente concluíram este resultado. Segundo Hawton, Linsell, Adeniji, Sariaslan & Fazel, (2014), as mulheres tinham mais comportamentos de automutilação ocorrendo, em média oito vezes por ano, sendo considerado um fator de risco na população presidiária, do que os homens ocorrendo duas vezes por ano. Os métodos mais utilizados para este fim era cortar, envenenamento, abuso de estupefacientes, engolir objetos perigosos, lesões, entre outros. Uma das entrevistadas mencionou igualmente que a automutilação é considerada um fator de risco na população reclusa.

Alves, Dutra e Maia (2013) também compararam diferenças entre ambos os sexos relativamente às psicopatologias, deste estudo foi possível retirar que as mulheres tinham

pontuações superiores que os homens, ou seja, as mulheres sofriam mais a nível psicológico que os homens. No estudo das autoras também houve duas dimensões que não deram diferenças significativas nas dimensões somatização e hostilidade. Em comparação com a presente investigação, as duas dimensões não significativas foram a hostilidade, da mesma forma que no estudo anteriormente referido, e a ansiedade fóbica. O facto de não haver diferenças significativas em relação à hostilidade relativamente ao sexo, mais especificamente nas mulheres, pode ser justificado pelos tipos de crime. As mulheres são menos propensas a cometer crimes considerados graves, não maioria dos casos, são sentenciadas por prostituição, crimes contra a propriedade, como roubo, fraude ou falsificação, ou seja, são crimes que causam menos danos que outros tipos de crime. Concluindo, as mulheres são pouco propensas a cometer crimes de cariz violento do que os homens (Samyuktha & Sowmyya, 2015).

Quanto à saúde mental e tempo de pena, os resultados mostraram-se não significativos entre as variáveis. Molina-Coloma, Lara-Machado, Pérez-Pedraza & López-Rodríguez (2021), fizeram a mesma relação das variáveis e a variável somatização, obsessivo-compulsivo, sensibilidade interpessoal, ansiedade, hostilidade e psicoticismo igualmente foram não significativas indo de encontro com os resultados do presente estudo. Já Ahmadvand, Akasheh, & Sepehrmanesh (2014), contraria os presentes resultados afirmando que quanto maior for o tempo de pena, maior será as implicações na saúde mental. Sendo a pena aplicada considerada fator de risco por alguns autores, (Al-Rousan *et al.*, 2017; Alves *et al.*, 2013; Meade & Steiner, 2013) visto que é um período de privação de liberdade, afeta de forma significativa a nível da sintomatologia psicológica, como a depressão, ideação paranoide, ansiedade, etc, apesar de os presentes resultados mostrarem não haver relação entre as duas variáveis. Na análise qualitativa dos resultados do presente estudo, uma das entrevistadas afirmou o que estes

resultados concluíram, que não existe diferença entre o tempo de pena e a saúde mental dos reclusos.

Relativamente ao objetivo da existência de diferenças significativas em relação ao tipo de crime e à saúde mental, os resultados revelaram-se significativos apenas na psicopatologia da hostilidade. Ahmadvand, Akasheh, & Sepehrmanesh (2014), após as suas pesquisas concluem que não existe diferenças estatisticamente significativas entre tipo de crime e saúde mental. Nos estudos de Durcan e Zwemstra (2014), os resultados mostraram que indivíduos que cometeram crimes violentos tinham maior sofrimento psicológico do que os outros tipos de crime. Bronson e Berzofsky (2017), igualmente concluíram que crimes violentos tinham maior prevalência de sintomas psicopatológicos, seguidamente de crimes contra a propriedade, e em terceiro lugar crimes por estupefacientes. Os estudos referidos não vão de encontro com os dados da presente investigação, possivelmente pela forma como a categorização da variável tipo de crime foi elaborada. A mesma foi dividida em crimes contra a pessoa ou vida em sociedade; crimes como estupefacientes ou património; e crimes mistos.

Nas regressões, a qualidade de vida foi explicada pela psicopatologia depressão e pelas habilitações literárias. Como já referido anteriormente, o estabelecimento prisional é caracterizado por um ambiente com as suas especificidades e possuindo fatores que afetam os reclusos inevitavelmente. Quando neste ambiente existe fatores de stress, violência e carência de intervenções nas necessidades dos reclusos irá consequentemente causar a circulação de doenças infecciosas ou outro tipo de doenças e implicações na saúde mental desta população, prejudicando a sua qualidade de vida dentro da prisão (Nobile, Flotta, Nicotera, Pileggi & Angelillo, 2011). Fora do estabelecimento prisional também existe riscos, desde a infância, que poderão afetar negativamente a nível emocional, cognitivo, comportamental e fisiológico. Esse impacto nestas variáveis, podem

manifestar sintomas e perturbações a nível psicológico (Alves, Dutra & Maia, 2013). Iversen, Sam e Helvik (2014), realizaram um estudo na Noruega, em 6 estabelecimentos prisionais e concluíram que reclusos que mostravam sintomas depressivos apresentavam uma perceção negativa quanto à sua saúde. Prost, Panisch e Bedard (2019), concluíram na sua investigação que na qualidade de vida, o domínio psicológico tinha impacto na variável principal (qualidade de vida). Nos estudos de Oguntayo, Ogundipe, Tomoloju, Oyeleke e Opayemi (2020), os resultados vão de encontro com os resultados de Iversen, Sam e Helvik (2014) no que concerne que reclusos com altos níveis de depressão apresentam uma qualidade de vida reduzida em comparação com os outros reclusos, acontecendo o mesmo com a perturbação da ansiedade.

Quanto à qualidade de vida ser explicada pela habilitação literárias, Iversen, Sam e Helvik (2014), confirmam este resultado com o estudo dos autores realizado na Noruega, ou seja, reclusos com alto nível de escolaridade têm uma melhor perceção da qualidade de vida, no que concerne à saúde. Mannocci, Masala, Mipatrini, Rizzo, Meggiolaro, Di Thiene e La Torre (2015), não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre a qualidade de vida e as habilitações literárias. Javed, Javed & Khan (2016) afirma que as habilitações literárias são um determinante importante da qualidade de vida nos indivíduos. A limitação das habilidades e competências afetam a nível laboral e diminuição de perspetivas monetárias a longo prazo. O abandono escolar está associado a exclusão social e pobreza, havendo pouco envolvimento cívico perante a sociedade, assim quanto mais educação o individuo adquirir, maior será a sua perceção em relação ao mundo que o rodeia. Na amostra do presente estudo, a maioria dos reclusos tem o 3º ciclo, ou seja, o ensino obrigatório é até o secundário, assim houve 3 anos que não frequentaram. Nesses 3 anos de escolaridade, podia ter ocorrido a aquisição de competências e de perspetivas que fossem mudar a ótica de cada individuo, em relação a

diversos fatores e ter evitado situação que os levassem pelos caminhos do crime, como por exemplo terem um emprego satisfatório.

Na regressão sobre a saúde mental, foi explicado pela qualidade de vida no domínio do meio ambiente e habilitações literárias. A saúde mental pode ser afetada por fatores genéticos, biológicos, sociais e ambientais. As perturbações mentais e comportamentais podem manifestar-se devido a fatores na vida do indivíduo, como problemas familiares, problemas na socialização, trabalho, ambiente onde o sujeito habita, entre outros. Assim, irá ocorrer mudanças a nível de pensamento, sensações, humor, emoções, ações, que determinarão a forma como o mesmo irá reagir perante uma determinada situação (Conselho Nacional de Saúde, 2019; Palha & Palha, 2016). Após a entrada no estabelecimento prisional, os reclusos deparam-se com um ambiente diferente, com regras, com vigilância, com horários, e é um ambiente ao qual os indivíduos não estavam habituados e essa mudança trará impacto na saúde mental desta população (Newcomen, 2016).

Quanto à saúde mental e habilitações literárias, Marinho e Vitória (2018), notaram nos seus estudos que níveis de escolaridade mais baixos estavam associados a um maior comprometimento da saúde mental. Como já referido anteriormente, Javed, Javed & Khan (2016) afirmam que as habilitações literárias são determinantes para a qualidade de vida, sendo que a qualidade de vida está associada à saúde mental e vice-versa, podemos concluir que estes resultados coincidem. Assim, poderão ter uma visão mais positiva devido às competências adquiridas e preservar a sua saúde mental. Ou seja, as competências irão permitir uma melhor adaptação ao contexto prisional, evitando danos a nível psicológico.

A adaptação ao meio prisional pode ser um momento desafiador. Com limitações de recursos, os reclusos utilizam o que têm ao seu alcance para conseguirem satisfazer as

suas necessidades e objetivos. Devido à escassez de recursos, esta população pode colocar em risco a sua qualidade de vida e saúde mental por utilizar estratégias ou ter comportamentos que sejam prejudiciais, ou seja, os fatores de risco (Alves *et al.*, 2013; Sharma, 2016). As entrevistadas relataram diversos fatores de risco como a automutilação para benefícios próprios, solidão, maus hábitos, doenças físicas e psicológicas, adaptação ao contexto prisional, fatores intrínsecos e extrínsecos e consumos ilegais.

Os fatores de proteção são caracterizados pela capacidade de mudança, com o objetivo de alcançar o que ambiciona de forma não prejudicial, utilizando as suas habilidades sociais e intelectuais, evitando comportamentos criminosos e deterioramento da sua qualidade de vida e saúde mental. Os fatores de proteção estão relacionados com o emprego, família, resiliência, suporte social, lazer, entre outros (Moles-López & Añaños, 2021; Serin, Lloyd & Hanby, 2010; Vogel *et al.*, 2011). As entrevistadas referiram questões como os cuidados médicos indispensáveis para o bem-estar dos reclusos, o suporte social e familiar, oferta formativa, laboral e ocupacional.

Existe uma relação entre os fatores de risco e o comportamento desviante dos indivíduos. O fator de proteção social/familiar, por vezes pode ser também considerado fator de risco, pois os indivíduos convivem com grupos associados a atividades criminosas, logo, esses comportamentos são aceites por esse meio, sendo até valorizados. Fatores psicopatológicos, considerados fatores de risco em situações onde a falta de intervenção neste sentido teve consequência no comportamento desviante, ou seja, situações vivenciadas anteriormente que afetaram a saúde mental do indivíduo e que não foram devidamente intervencionadas fazem aumentar os comportamentos desviantes. Os fatores biológicos, igualmente considerados como fatores de risco, são problemas genéticos, transparecendo através da agressividades e costumes invulgares, desenvolvidos durante a vida, havendo algum momento que serão incontrolláveis e

inevitáveis de exteriorizar, como consequência ocorrendo comportamentos desviantes. Assim, estes três fatores de riscos têm como consequência o comportamento desviante, como resultado será a condenação a pena de prisão afetando a sua qualidade de vida e saúde mental (Tocado & Barboza, 2021).

A reincidência, sendo um fator bastante presente no ambiente criminal, também está associada a fatores de risco e fatores de proteção, ou seja, quanto maior for a permanência de fatores de risco, maior será a possibilidade de reincidência. Nos fatores de proteção, auxiliam para o evitamento da reincidência, como por exemplo a educação, convivência social positiva, entre outros (Mathers & Lindekugel, 2019). Além destes fatores, o consumo de substâncias também é um fator de risco que aumenta a reincidência criminal, as perturbações mentais, ou seja, a saúde mental tem impacto na reincidência, idade jovem, sexo masculino, pouca educação e necessidades de aprendizagem (Bonta, Law & Hanson, 1998; Butorac, Gracin & Stanić, 2017). Já Zgoba, Reeves, Tamburello e Debilio, (2020), afirmam que a saúde mental não tem influência na reincidência nos reclusos, mas a junção entre a doença mental e o consumo de substâncias tinham relação com a variável referida.

A qualidade de vida e a saúde mental são duas variáveis importantes na adaptação do recluso ao estabelecimento prisional. A entrada para o estabelecimento prisional, como já referido anteriormente, pode ser um momento desafiante devido às suas características. Para que o ajustamento seja positivo, é importante que o recluso consiga satisfazer as suas necessidades psicológicas, sociais e biológicas, havendo uma mudança de comportamento para que ocorra uma adaptação ao ambiente e às regras estabelecidas para um bom funcionamento prisional. Assim, a saúde física e psicológica, a eficácia no trabalho e a aceitação social são favoráveis, tornam-se contributos para uma melhor adaptação. Existe sempre algumas complicações para alguns reclusos em se adaptar, e

essas dificuldades vão se transparecer na sua forma de pensar e de comportar prejudicando a sua adaptação ao contexto, principalmente a nível psicológico, sendo um fator que, maior parte das vezes, sofre alterações apesar de serem reversíveis (Haney, 2001; Sepúlveda & El-Hani, SD; Sharma, 2016).

A família é um fator essencial para a saúde mental e qualidade de vida do recluso no cumprimento da pena. Este período de isolamento afeta negativamente o funcionamento e ligações familiares, ou seja, não é apenas o recluso em sofrimento, mas também a sua família. Para se manter os laços familiares, é essencial que o suporte familiar se mantenha no período de reclusão e após esse mesmo período. A literatura afirma que a família tem influência positiva na saúde mental do recluso. Assim, as visitas são essenciais para a saúde mental do recluso e da sua família, mantendo a dinâmica familiar apesar das limitações existentes (Cabral & Medeiros, 2014; Durcan & Zwemstra, 2014). Esta informação coincide com o que as entrevistadas referiram de a família ser essencial na vida do recluso.

A estigmatização da sociedade perante a família e recluso, afeta de forma negativa a sua saúde mental e qualidade de vida principalmente no domínio das relações sociais e psicológicas, havendo uma destabilização e desequilíbrio da dinâmica familiar (Cabral & Medeiros, 2014).

O modelo biopsicossocial é um modelo explicativo para se obter uma melhor compreensão dos reclusos em contexto prisional. O comportamento dos indivíduos surge de fatores como o contexto social e cultural, saúde mental, conformismo e dinâmica biológica (Rodrigues & Anderson, 2012). Muitas vezes acontece que os indivíduos se sentem doentes fisicamente, mas não percebem o motivo. Questões como o contexto emocional e social atinge de forma significativa o bem-estar geral do indivíduo (Pereira, 1996). No caso dos reclusos, o ambiente prisional afeta de forma negativa esta população,

sendo que por vezes pode haver confrontos entre reclusos, regras que não são do agrado dos mesmos, etc. Deste modo, pode afetar de forma significativa a sua qualidade de vida e saúde mental e revelar-se fisicamente. Por isso, o modelo biopsicossocial, engloba todos os fatores que podem contribuir para a degradação da doença (Pereira, 1996).

A respeito da relação da qualidade de vida e saúde mental dos reclusos sobre os diferentes tipos de crime, título da dissertação, apenas houve diferenças estatisticamente significativas na relação saúde mental e tipo de crime na dimensão da hostilidade, sendo os crimes por estupefacientes, arma proibida, património, património + condução, património + arma proibida, património + estado, com níveis mais elevados na saúde mental.

Referências

- Ahmadvand, A., Akasheh, G., R., & Sepehrmanesh, Z. (2014). Prevalence of psychiatric disorders and related factors in male prisoners. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16, 1, 1-6. [10.5812/ircmj.15205](https://doi.org/10.5812/ircmj.15205)
- Ahmed, A. M. (2015). Prison, stigma, discrimination and personality as predictors of criminal recidivism: Preliminary findings. *Journal of Social and Development Sciences*, 6(2), 20-29. [10.22610/jsds.v6i2.838](https://doi.org/10.22610/jsds.v6i2.838)
- Almeida, M. A. B., Gutierrez, G. L., & Marques, R. (2012). *Qualidade de vida*. EACH.
- 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). Pactor.
- Al-Rousan, T., Rubenstein, L., Sieleni, B., Deol, H., & Wallace, R. B. (2017). Inside the nation's largest mental health institution: A prevalence study in a state prison system. *BMC public health*, 17(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4257-0>
- Alves, J., Dutra, A., & Maia, Â. (2013). História de adversidade, saúde e psicopatologia em reclusos: comparação entre homens e mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 701-709. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000300016>
- Alvino-Borba, A., & Mata-Lima, H. (2011). Exclusão e inclusão social nas sociedades modernas: um olhar sobre a situação em Portugal e na União Europeia. *Serviço Social & Sociedade*, (106), 219-240. <https://doi.org/10.1590/S0101-66282011000200003>
- Anderson, M. I. P., & Rodrigues, R. D. (2016). O paradigma da complexidade e os conceitos da Medicina Integral: saúde, adoecimento e integralidade. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 15(3), 242-252. [10.12957/rhupe.2016.29450](https://doi.org/10.12957/rhupe.2016.29450)
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (6ªed.). Routledge.

- Anyango, G. (2017). Correlates of Criminal Recidivism in Maximum Prison Facilities in Kenya. *Unpublished PhD Thesis, Kenyatta University*.
- Arbach-Lucioni, K., Martinez-García, M., & Andrés-Pueyo, A. (2012). Risk factors for violent behavior in prison inmates: A cross-cultural contribution. *Criminal Justice and Behavior*, 39(9), 1219-1239. [10.1177/0093854812445875](https://doi.org/10.1177/0093854812445875)
- Armiya'u, A. Y. U., Abiola, T., Bamidele, L. I., Nwoga, C. N., & Davou, F. J. (2019). Quality of life and associated variables of life-sentenced inmates in Jos maximum security prison. *Open Journal of Psychiatry & Allied Sciences*, (1), 73-78. [10.5958/2394-2061.2019.00020.X](https://doi.org/10.5958/2394-2061.2019.00020.X)
- Batacline, D. H., & Junior, R. C. (2014). Reflexões Sobre a Exclusão Social no Sistema Prisional e Suas Consequências na Reintegração Social. *Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics*, 3(2), 148-164. [10.17063/bjfs3\(2\)y2014148](https://doi.org/10.17063/bjfs3(2)y2014148)
- Bonta, J., Law, M., & Hanson, K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 123(2), 123. [10.1037/0033-2909.123.2.123](https://doi.org/10.1037/0033-2909.123.2.123).
- Bronson, J., & Berzofsky, M. (2017). Indicators of mental health problems reported by prisoners and jail inmates, 2011–12. *Bureau of Justice Statistics*, 1-16. <https://bjs.ojp.gov/content/pub/pdf/imhprpji1112.pdf>
- Brunton-Smith, I., & McCarthy, D. J. (2017). The effects of prisoner attachment to family on re-entry outcomes: A longitudinal assessment. *The British Journal of Criminology*, 57(2), 463-482. <https://doi.org/10.1093/bjc/azv129>
- Butorac, K., Gracin, D., & Stanić, N. (2017). The challenges in reducing criminal recidivism.

<https://repository.mruni.eu/bitstream/handle/007/15073/Butorac.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Cabral, Y. T., & Medeiros, B. A. (2014). A família do preso: efeitos da punição sobre a unidade familiar. *Revista Transgressões*, 2(1), 50-71.
<https://periodicos.ufrn.br/transgressoes/article/view/6652/5152>
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 305-331). Quarteto Editora.
- Carnut, L., & Faquim, J. P. S. (2014). Conceitos de família e a tipologia familiar: aspectos teóricos para o trabalho da equipe de saúde bucal na estratégia de saúde da família. *JMPHC/ Journal of Management & Primary Health Care/ ISSN 2179-6750*, 5(1), 62-70. [10.14295/JMPHC.V11.198](https://doi.org/10.14295/JMPHC.V11.198)
- Chiclana, S., Castillo-Gualda, R., Paniagua, D., & Rodríguez-Carvajal, R. (2019). Mental health, positive affectivity and wellbeing in prison: a comparative study between young and older prisoners. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 21(3), 138.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7093759/>
- CIG & Unidade de Apoio à estratégia e Planeamento. (2021). *Igualdade de Género em Portugal: Boletim Estatístico 2021*. República Portuguesa.
https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2021/11/2021_11_16_BE_VFINAL_web.pdf
- Clinard, M. B., & Meier, R. F. (2015). *Sociology of deviant behavior* (15^aed.). Cengage Learning.
- Coelho, T., Bernardo, A., Rocha, N., & Portugal, P. (2010). Impacto da privação ocupacional no quotidiano de mulheres reclusas e na sua adaptação à reclusão. In *I*

Congresso Internacional da Saúde Gaia-Porto. Instituto Politécnico do Porto. Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto-Politeia.
https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/1408/1/COM_TiagoCoelho_2010.pdf

Conselho Nacional de Saúde, (2019). *Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. CNS. <https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf>

Constantino, P., Assis, S. G. D., & Pinto, L. W. (2016). The impact of prisons on the mental health of prisoners in the state of Rio de Janeiro, Brazil. *Ciência & saúde coletiva*, 21, 2089-2100. [10.1590/1413-81232015217.01222016](https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.01222016)

Crafter, S., Maunder, R., & Soulsby, L. (2019). *Developmental transitions: Exploring stability and change through the lifespan* (1ª ed.). Routledge.

Denny, M. (2016). Norway's Prison System: Investigating Recidivism and Reintegration. *Bridges: A Journal of Student Research*, 10(10), 2. <https://digitalcommons.coastal.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1032&context=bridges>

Dhami, M. K., Ayton, P., & Loewenstein, G. (2007). Adaptation to imprisonment: Indigenous or imported?. *Criminal justice and behavior*, 34(8), 1085-1100. [10.1177/0093854807302002](https://doi.org/10.1177/0093854807302002)

Decreto-Lei n.º 48/95. (1995). Diário da República Eletrónica n.º 63/1995, Série I-A de 1995-03-15. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675-58918138>

Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (SD). *Programas específicos de reabilitação*. <https://dgrsp.justica.gov.pt/Justi%C3%A7a-de-adultos/Penas-e-medidas-privativas-de-liberdade/Programas-e-projetos/Programas-espec%C3%ADficos-de-reabilita%C3%A7%C3%A3o>

- Direcção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (2020). *Estatísticas 2020*. Disponível a partir de: <https://dgrsp.justica.gov.pt/>
- 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. [10.1080/13668803.2011.580125](https://doi.org/10.1080/13668803.2011.580125)
- Durcan, G., & Zwemstra, J. C. (2014). 11. Mental health in prison. *Prisons and health*, 87. 12. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/249200/Prisons-and-Health,-11-Mental-health-in-prison.pdf
- Duwe, G., & Clark, V. (2011). Blessed be the social tie that binds: The effects of prison visitation on offender recidivism. *Criminal Justice Policy Review*, 24(3), 271-296. [10.1177/0887403411429724](https://doi.org/10.1177/0887403411429724)
- Dye, M. H. (2010). Deprivation, importation, and prison suicide: Combined effects of institutional conditions and inmate composition. *Journal of Criminal Justice*, 38(4), 796-806. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2010.05.007>
- Estivill, J. (2003). *Panorama da luta contra a exclusão social: conceitos e estratégias* (1ª ed.). Bureau Internacional do Trabalho. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-/europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/publication/wcms_714687.pdf
- Farrall S. (2002). Rethinking What Works with Offenders: Probation, Social Context and Desistance from Crime, Willan, Cullompton, ISBN 1-903240-95-6. *Current Issues in Criminal Justice*, 16(1), 119-121. <https://doi.org/10.1080/10345329.2004.12036311>
- Farrington, D.P., Gaffney, H., & Ttofi, M.M. (2017). Systematic reviews of explanatory risk factors for violence, offending, and delinquency. *Aggression and Violent Behavior*, 33, 24-36. [10.1016/j.avb.2016.11.004](https://doi.org/10.1016/j.avb.2016.11.004)

- Fazel, S., Hayes, A.J., Bartellas, K., Clerice, M., & Trestman, R. (2016). The mental health of prisoners: a review of prevalence, adverse outcomes and interventions Europe PMC Funders Group. *Lancet Psychiatry*, 3 (9), 871-881. [10.1016/S2215-0366\(16\)30142-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0)
- Ferreira, M. C. A. D. S., & Fernandes, R. A. Q. (2020). Mulheres detentas do Recife-PE: saúde e qualidade de vida. *Escola Anna Nery*, 24(4). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0062>
- Fleck, M. P. D. A. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5, 33-38. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100004>
- Forrest-Bank, S.S., & Jenson, J.M. (2015). The relationship among childhood risk and protective factors, racial microaggression and ethnic identity, and academic selfefficacy and antisocial behavior in young adulthood. *Children and Youth Services Review*, 50, 64-74. [10.1016/j.chilyouth.2015.01.005](https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2015.01.005)
- Gaspar, T., Moreira, P., Cunha, O., Carvalho, T. & Varela, A. (2019). *Perceived quality of life of prisoners*. CLISSIS.
- Gifford, E. J. (2019). How incarceration affects the health of communities and families. *North Carolina medical journal*, 80(6), 372-375. [10.18043/ncm.80.6.372](https://doi.org/10.18043/ncm.80.6.372)
- Gonçalves, R. A. (1993). *A adaptação à prisão: um processo vivido e observado* (1ª ed.). Direcção-Geral dos Serviços Prisionais.
- Gonçalves, R. A. (2008). *Delinquência, crime e adaptação à prisão* (3ª ed.). Quarteto.
- Green, M. J., & Phillips, M. L. (2004). Social threat perception and the evolution of paranoia. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 28(3), 333-342. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2004.03.006>

- Griffiths, C. T., Dandurand, Y., & Murdoch, D. (2007). *The social reintegration of offenders and crime prevention* (Vol. 4). National Crime Prevention Centre. <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/scl-rntgrtn/scl-rntgrtn-eng.pdf>
- Haney, C. (2001). The psychological impact of incarceration: Implications for post-prison adjustment. *Prisoners once removed: The impact of incarceration and reentry on children, families, and communities*, 33, 66. https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/migrated_legacy_files//42351/Haney.pdf
- Hawton, K., Linsell, L., Adeniji, T., Sariaslan, A., & Fazel, S. (2014). Self-harm in prisons in England and Wales: an epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide. *The Lancet*, 383(9923), 1147-1154. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62118-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62118-2)
- Heeks, M., Reed, S., Tafisiri, M., & Prince, S. (2018). The economic and social costs of crime second edition. *Home Office Research report99*. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/732110/the-economic-and-social-costs-of-crime-horr99.pdf
- Herrera Enríquez, M. C., & Expósito Jiménez, F. (2010). Una vida entre rejas: Aspectos psicosociales de la encarcelación y diferencias de género. *Psychosocial Intervention*, 19(3), 235-241. [10.5093/in2010v19n3a4](https://doi.org/10.5093/in2010v19n3a4)
- Ho, D. (2011). Intervention-A New Way-Out to Solve the Chronic Offenders. *International Journal of Interdisciplinary Social Sciences* (pp. 169-172), 6(2).
- Iversen, V. C., Sam, D. L., & Helvik, A. S. (2014). Psychological distress and perceived health in inmates in Norwegian prisons. *Scandinavian journal of public health*, 42(2), 171-176. <https://doi.org/10.1177/1403494813505728>

- James, N. (2014). *Offender reentry: Correctional statistics, reintegration into the community, and recidivism*. Congressional Research Service. 37.
- Javed, S., Javed, S., & Khan, A. (2016). Effect of education on quality of life and well being. *The International Journal of Indian Psychology*, 3(3), 119-128. [10.25215/0304.053](https://doi.org/10.25215/0304.053)
- Jiménez, E. G., & García, R. L. (2014). Identity of the inmate and new spaces of re-socialization after leaving the correctional institution. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 132, 351-356. [10.1016/j.sbspro.2014.04.321](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.321)
- Jovanić, G. (2011). The role of education in the treatment of offenders. *Support for learning*, 26(2), 79-82. [10.1111/j.1467-9604.2011.01481.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9604.2011.01481.x)
- Kalonji, M. P. G., Ngongo, L. O., Ilunga, F. I., Albert, A., & Giet, D. (2017). Quality of life perception by inmates in the central prison of Mbuji-Mayi, Democratic Republic of Congo. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 6(12), 42-48. <https://www.ijmrhs.com/medical-research/quality-of-life-perception-by-inmates-in-the-central-prison-of-mbujimayi-democratic-republic-of-congo.pdf>
- Keles, R. (2012). The quality of life and the environment. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 35, 23-32. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.02.059>
- Kienen, N., Gil, S., Luiza, J., & Gambas, J. (2018). *Análise do comportamento: conceitos e aplicações a processos educativos, clínicos e organizacionais*. (1a ed., Vol. 1). Universidade Estadual de Londrina. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0093854813495392>
- Lane, C., Bratina, M. P., & Antonio, M. E. (2020). Inmates' self-reported physical and mental health problems: A comparison by sex and age. *Journal of Correctional Health Care*, 26(4), 338-348.

- Leban, L., Cardwell, S. M., Copes, H., & Brezina, T. (2016). Adapting to prison life: A qualitative examination of the coping process among incarcerated offenders. *Justice Quarterly*, 33(6), 943-969. <https://doi.org/10.1177/1078345820953421>
- Lepri, B., Salah, A. A., Pianesi, F., & Pentland, A. S. (2011). Human behavior understanding for inducing behavioral change: Social and theoretical aspects. In *International Joint Conference on Ambient Intelligence* (pp. 252-263). Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-31479-7_44
- Luzes, C. A. (2010). Um olhar psicológico sobre a delinquência. 13. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0520.pdf>
- Malik, A., Schultz, A., Edington, D., Roemer, E., Lang, J., Pitts, J., Silvester-Júnior, J., Oliveira, M., Goetzl, R., & Johnson, S. (2017). *Temas avançados em qualidade de vida* (Vol.5). Midiograf. https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/institute-for-health-and-productivity-studies/docs/archived-projects/TEMAS_AVANCADOS_EM_QUALIDADE_DE_VIDA_VOLUME_5.pdf
- Mannocci, A., Masala, D., Mipatrini, D., Rizzo, J., Meggiolaro, S., Di Thiene, D., & La Torre, G. (2015). The relationship between physical activity and quality of life in prisoners: a pilot study. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 56(4), E172. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4753818/pdf/2421-4248-56-E172.pdf>
- Marinho, M., & Vitoria, P. (2018). Psychoactive substance use and perception of mental health status in inmates of two Portuguese prisons. *Psychoactive substance use and perception of mental health status in inmates of two Portuguese prisons*, (1), 29-43. [10.5964/pch.v7i1.205](https://doi.org/10.5964/pch.v7i1.205)

- Mathers, S. A., & Lindekugel, D. M. (2019). Gender and prison recidivism: The influence of protective and risk factors. *Journal of Penal Law and Criminology*, 7(2), 185-211. [10.26650/JPLC2019-0001](https://doi.org/10.26650/JPLC2019-0001)
- Meade, B., & Steiner, B. (2013). The effects of exposure to violence on inmate misconduct. *Criminal Justice and Behavior*, 40(11), 1228-1249. <https://doi.org/10.1177/0093854813495392>
- Medeiros, A. C. A., & Silva, M. C. S. (2014). A atuação do psicólogo no sistema prisional: Analisando e propondo novas diretrizes. *Revista Transgressões*, 2(1), 100-111. <https://periodicos.ufrn.br/transgressoes/article/view/6658/5160>
- Moles-López, E., & Añaños, F. T. (2021). Factors of Prison Recidivism in Women: A Socioeducational and Sustainable Development Analysis. *Sustainability*, 13(11), 5822. <https://doi.org/10.3390/su13115822>
- Molina-Coloma, V., Lara-Machado, R., Pérez-Pedraza, B., & López-Rodríguez, D. (2021). Sintomatología psicológica en población reclusa: un estudio exploratorio en relación a la edad, el historial psicopatológico y el tiempo en prisión. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 23(1), 20-27. <https://dx.doi.org/10.18176/resp.00027>
- Molina-Coloma, V., Salaberría, K., & Pérez, J. I. (2021). A Comparative Study between Recidivism Offenders and Non-recidivism Offenders in a Prison Sample. *Anuario de Psicología Jurídica*, 32(1), 33-39. <https://doi.org/10.5093/apj2021a19>
- Nascimento, L. G. D., & Bandeira, M. M. B. (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, 102-116. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000212064>

- National Audit Office (2017). Mental health in prisons. *National Audit Office*.
<https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2017/06/Mental-health-in-prisons.pdf>
- Navarro, R. B., Paredes-Carbonell, J. J., Juan-Ulpiano, D. A., González Rubio, J., Monzó, C. P., & Martínez, L. M. (2013). Participatory design guide for mental health Promotion in prisons. *Rev Esp Sanid Penit*, 15(2), 44-53.
https://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v15n2/en_02_original1.pdf
- Neagu, C. M. (2019). Considerations on re-socialisation, social reinsertion and recovery through education. *Challenges of the Knowledge Society*, 144-148.
- Newcomen, N. (2016). Prisoner mental health: learning mental health: learning from PPO investigations. *Prisons and probation Ombudsman for England and Wales, January*, 1-46.
- Nobile, C. G., Flotta, D., Nicotera, G., Pileggi, C., & Angelillo, I. F. (2011). Auto-relatado estado de saúde e acesso aos serviços de saúde em uma amostra de presidiários na Itália. *BMC Public Health*, 11(1), 529. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-529>.
- Novais, F. A. G., Ferreira, J. A., & dos Santos, E. R. (2010). Transição e ajustamento de reclusos ao estabelecimento prisional. *Psychologica*, (52-II), 209-241.
https://doi.org/10.14195/1647-8606_52-2_9
- Novo, B. N., & do Nascimento, J. P. L. (2017). A psicologia na ressocialização prisional. *Âmbito Jurídico*.
https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/artigo_a_psicologia_na_ressocializacao_prisional.pdf
- O'Donnell, I. (2020). An Evidence Review of Recidivism and Policy Responses. *Department of Justice & Equality*.
https://www.justice.ie/en/JELR/An_Evidence_Review_of_Recidivism_and_Policy

[Responses.pdf/Files/An Evidence Review of Recidivism and Policy Response s.pdf](#)

Oguntayo, R., Ogundipe, E. A., Tomolaju, O. P., Oyeleke, J. T., & Opayemi, A. S. (2020). Influence of anxiety and depression on quality of life among prison inmates in Ilorin, Nigeria. *Kasetsart Journal of Social Sciences*, 41(3), 570-575. <https://doi.org/10.34044/j.kjss.2020.41.3.18>

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2017). *Os/as psicólogos/as valorizam os sistemas judicial e legal*. Lisboa: Ordem dos Psicólogos. <https://docplayer.com.br/77980958-Os-as-psicologos-as-valorizam-os-sistemas-judicial-e-legal.html>

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2018). *A Importância dos Psicólogos nos Estabelecimentos Prisionais*. Ordem dos Psicólogos. https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/a_importancia_dos_psicologos_nos_estabelecimentos_prisionais.pdf

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020). *Recomendações para a intervenção psicológica em estabelecimentos prisionais*. Ordem dos Psicólogos. <https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/intervencao-psicologica-estabelecimentos-prisionais.pdf>

Pacheco, P. J., & Vaz, V. N. (2015). Outras práticas possíveis da psicologia na prisão/Other possible practical psychology in prison. *Revista de Direitos e Garantias Fundamentais*, 15(1), 177-198. <https://doi.org/10.18759/rdgf.v15i1.647>

Palha, F., & Palha, J. (2016). Perspetiva sobre a Saúde Mental em Portugal. *Gazeta Médica*, 3, 2, 6-12. <https://www.gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/view/110/46>

- Pereira, M. G. (1996). O psicólogo no contexto de saúde: Modelos de colaboração. *Análise Psicológica*, 2(14), 357-361.
https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/4091/1/AP_1996_23_357.pdf
- Pinheiro, I., & Cardoso, J. (2011). Vulnerabilidade ao stress prisional e ao risco de suicídio na população reclusa: estudo exploratório. *Psiquiatria, Psicologia & Justiça*, 4, 5-25.
http://www.spppj.com/uploads/psiquiatria_psicologia_e_justica_2....pdf
- Pordata. (2021). Esperança média de vida à nascença: total e por sexo (base: triénio a partir de 2001).
- Prevention, D. (2018). Intervention: Juvenile Justice Guide Book for Legislators. In *National Conference of State Legislatures* (Vol. 12).
[https://www.modelsforchange.net/publications/333/Juvenile Justice Guide Book for Legislators.pdf](https://www.modelsforchange.net/publications/333/Juvenile_Justice_Guide_Book_for_Legislators.pdf)
- Prost, S. G., Panisch, L. S., & Bedard, L. E. (2019). Quality of life in jail: Gender, correlates, and drivers in a carceral space. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 64(10-11), 1156-1177.
<https://doi.org/10.1177/0306624X19896906>
- Pukeliene, V., & Starkauskiene, V. (2011). Quality of life: Factors determining its measurement complexity. *Engineering Economics*, 22(2), 147-156.
<http://dx.doi.org/10.5755/j01.ee.22.2.311>
- Putri, P. R., Andriany, M., & Nurrahima, A. (2020). Quality Of Life Male Prisoners Based on Age and Education: Preliminary Studies. *Jurnal Ilmu Dan Teknologi Kesehatan*, 7(2), 195-200. <https://doi.org/10.32668/jitek.v7i2.327>

- Randall, G.K., & Bishop, A.J. (2013). Direct and indirect effects of religiosity on valuation of life through forgiveness and social provisions among older incarcerated males. *The Gerontologist*, 53(1), 51-59. <https://doi.org/10.1093/geront/gns070>
- Resource Material Series No. 82 (2010). Effective resettlement of offenders by strengthening 'community reintegration factors'. *UNAFEI*. https://www.unafei.or.jp/publications/pdf/RS_No82/No82_00All.pdf
- Rodrigues, R. D. & Anderson, M. I. P. (2012). *Integralidade e Complexidade na Medicina de Família e Comunidade e na Atenção Primária à Saúde: aspectos teóricos*. In: Gusso G, Lopes JMC, Org. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Artmed.
- Rumi, S. K., Deng, K., & Salim, F. D. (2018). Crime event prediction with dynamic features. *EPJ Data Science*, 7(1), 43. <https://doi.org/10.1140/epjds/s13688-018-0171-7>
- Samyuktha, S., & Sowmya, T. (2015). Psychological disorders in female prisoners. https://www.researchgate.net/profile/Dr-Thotakura/publication/310329749_PSYCHOLOGICAL_DISORDERS_IN_FEMALE_PRISONERS/links/582bdcd108aef19cb806c3a5/PSYCHOLOGICAL-DISORDERS-IN-FEMALE-PRISONERS.pdf
- Schlossberg, N. (1981). A model for analyzing human adaptation to transition. *The Counselling Psychologist*, 9, 2, 2-18. [10.1177/001100008100900202](https://doi.org/10.1177/001100008100900202)
- Segurança Interna, R. A. (2019). Relatório Anual de Segurança Interna-Ano 2018. Retrieved April, 15, 2019. <https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=%3D%3DBQAAAB%2BLCAAAAAAABAAzNDA0sAAQ%2BleAUAAAA%3D>

- Sepúlveda, C. & El-Hani, C. N. (SD). Controvérsias sobre o conceito de adaptação e suas implicações para o ensino de evolução.
- Serin, R. C., & Lloyd, C. D. (2009). Examining the process of offender change: The transition to crime desistance. *Psychology, Crime & Law*, 15(4), 347-364. <https://doi.org/10.1080/10683160802261078>
- Serin, R. C., Lloyd, C. D., & Hanby, L. J. (2010). Enhancing offender re-entry an integrated model for enhancing offender re-Entry. *European Journal of Probation*, 2(2), 53-75. <https://doi.org/10.1177/206622031000200205>
- Sharma, S. (2016). Adjustment: process, achievement, characteristics, measurement and dimensions. *International Journal of Academic Research*, 3, 2, 42-45. [http://ijar.org.in/stuff/issues/v3-i1\(2\)/v3-i1\(2\)-a006.pdf](http://ijar.org.in/stuff/issues/v3-i1(2)/v3-i1(2)-a006.pdf)
- Skar, M., Lokdam, N., Liebling, A., Muriqi, A., Haliti, D., Rushiti, F., & Modvig, J. (2019). Quality of prison life, violence and mental health in Dubrava prison. *International journal of prisoner health*. [10.1108/IJPH-10-2017-0047](https://doi.org/10.1108/IJPH-10-2017-0047)
- Skarupski, K. A., Parisi, J. M., Thorpe, R., Tanner, E., & Gross, D. (2015). The association of adverse childhood experiences with mid-life depressive symptoms and quality of life among incarcerated males: Exploring multiple mediation. *Aging & mental health*, 20(6), 655-666. [10.1080/13607863.2015.1033681](https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1033681)
- Tocado, T. P. M., & Barboza, L. C. (2021). Comportamento desviante: o caminho para a delinquência. *Revista jurídica direito, sociedade e justiça*, 8(12). <https://periodicosonline.uems.br/index.php/RJDSJ/article/view/5735/4579>
- Tomar, S. (2013). The Psychological effects os Incarceration on inmates: Can we Promote Positive Emotion in inmates. *Delhi Psychiatry Journal*, 16, 1, 66-72. [10.12691/ajap-5-2-4](https://doi.org/10.12691/ajap-5-2-4)

- United Nations (2018). *Introductory handbook on the prevention of recidivism and the social reintegration of offenders*. United Nations.
https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/crimeprevention/Introductory_Handbook_on_the_Prevention_of_Recidivism_and_the_Social_Reintegration_of_Offenders.pdf
- United Nations. (2014). *Handbook on Women and Imprisonment* (2^a ed.). United Nations.
https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/women_and_imprisonment_-_2nd_edition.pdf
- Villagrà Lanza, P., González Menéndez, A. M., Fernández García, M. P., Casares López, M. J., Martín Martín, J. L., & Rodríguez Lamelas, F. (2011). Perfil adictivo, delictivo y psicopatol gico de una muestra de mujeres en prisi n (Vol.23). *Adicciones*.
<https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/146/146>
- Vogel, V., Vries Robb , M., Ruiter, C., & Bouman, Y. (2011). Assessing protective factors in forensic psychiatric practice: Introducing the SAPROF. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10(3), 171–177.
[10.1080/14999013.2011.600230](https://doi.org/10.1080/14999013.2011.600230)
- Warren, R. K. (2008). *Evidence based practice to reduce recidivism: Implications for state judiciaries*. US Department of Justice, National Institute of Corrections.
https://cdpsdocs.state.co.us/ccjj/Meetings/2009/2009-06-12_Warren-PaperReduceRecidivism.pdf
- Weaver, B., & Nolan, D. (2015). Families of prisoners: A review of the evidence.
<https://www.cycj.org.uk/wp-content/uploads/2015/11/Families-of-Prisoners-A-Review-of-The-Evidence-FINAL.pdf>

- White, R. G., & Sashidharan, S. P. (2014). Towards a more nuanced global mental health. *The British Journal of Psychiatry*, 204(6), 415-417. [10.1192/bjp.bp.113.139204](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.139204)
- World Health Organization. (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>
- Yu, S. S. V., Sung, H. E., Mellow, J., & Koenigsmann, C. J. (2015). Self-perceived health improvements among prison inmates. *Journal of Correctional Health Care*, 21(1), 59-69. [10.1177/1078345814558048](https://doi.org/10.1177/1078345814558048)
- Yukhnenko, D., Wolf, A., Blackwood, N., & Fazel, S. (2019). Recidivism rates in individuals receiving community sentences: A systematic review. *PloS one*, 14(9), e0222495.
- Zdravec Šedivy, N., De Leo, D., Poštuvan, V., & Žvelc, G. (2021). Suicidal behaviour and quality of life in Slovene prisons. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 32(4), 560-574. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222495>
- Zgoba, K. M., Reeves, R., Tamburello, A., & DeBilio, L. (2020). Criminal recidivism in inmates with mental illness and substance use disorders. *J Am Acad Psychiatry Law*, 48(2). [10.29158/JAAPL.003913-20](https://doi.org/10.29158/JAAPL.003913-20)

Anexos

Lista de anexos

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

Anexo II - Inventário Breve de Sintomas

Anexo III - Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida – Versão Portuguesa Abreviada

Anexo IV- Entrevista

Anexo V. Entrevista 1

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

Anexo VI- Entrevista 2 (dupla)

Anexo VII- Entrevista 3

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

N.º sujeito:

Data: __/__/__ Estabelecimento Prisional: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Idade:____ Sexo: M _ F__ Naturalidade:_____ Nacionalidade:_____ Concelho de Residência:_____ Etnia:_____ Habilitações literárias: ____ Atualmente está a estudar ? Sim _ Não_ **Se não:** Idade de abandono: ____ Motivo do abandono: _____ Situação profissional _____ Estava empregado antes da prisão? Sim __ Não__ **Se sim:** Que profissão exercia? _____ Há quanto tempo? _____ Outras profissões anteriores _____ **Se não:** Alguma vez trabalhou? ____ Em que atividade? _____ Atualmente trabalha? Sim __ Não__ **Se sim:** Onde? _____ Em que atividade? _____ Estado Civil: Solteiro__ Casado__ União de Facto__ Viúvo__ Divorciado__ Sep. de facto ____ (obs.: _____)

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

Parentesco	Idade	Estado civil	Habilitações literárias	Situação profissional	Profissão

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

Idade:____ Habilitações literárias _____ Situação profissional _____ Profissão _____ 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

DESCRITORES	Percurso no consumo (Marcadores etários)			
				Consumos no E.P.
Tipo 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 II. Inventário Breve de Sintomas

Versão de Canavarros, M. C. (1995)

Apresenta-se uma lista de problemas que por vezes as pessoas apresentam. Por favor, leia cada ponto 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:

1) Nunca 1. Poucas vezes 2. Algumas vezes 3. Muitas vezes 4. MUITÍSSIMAS

1. Nervosismo ou tensão interior	0	1	2	3	4
2. Desmaios ou tonturas.	0	1	2	3	4
3. Ter a impressão de que outras pessoas podem controlar os seus pensamentos.	0	1	2	3	4
4. Sentir que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas.	0	1	2	3	4
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes.	0	1	2	3	4
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente.	0	1	2	3	4
7. Dores sobre o coração no peito.	0	1	2	3	4
8. Medo na rua ou em espaços públicos.	0	1	2	3	4
9. Pensamentos de acabar com a vida.	0	1	2	3	4
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas.	0	1	2	3	4
11. Perder o apetite.	0	1	2	3	4
12. Sentir um medo súbito sem razão para isso.	0	1	2	3	4
13. Ter impulsos que não se podem controlar.	0	1	2	3	4
14. Sentir-se sozinho(a) mesmo quando está com outras pessoas.	0	1	2	3	4
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho.	0	1	2	3	4
16. Sentir-se sozinho(a).	0	1	2	3	4
17. Sentir-se triste.	0	1	2	3	4
18. Não ter interesse por nada.	0	1	2	3	4
19. Sentir-se atemorizado(a).	0	1	2	3	4
20. Sentir-se facilmente ofendido(a) nos seus sentimentos.	0	1	2	3	4

21. Sentir que as outras pessoas não são suas amigas ou não gostam de si.	0	1	2	3	4
22. Sentir-se inferior aos outros.	0	1	2	3	4
23. Vontade de vomitar ou mal-estar no estômago.	0	1	2	3	4
24. Impressão de que os outros o(a) costumam observar ou falar de si.	0	1	2	3	4
25. Dificuldade em adormecer.	0	1	2	3	4
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	0	1	2	3	4
27. Dificuldades em tomar decisões.	0	1	2	3	4
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de moto.	0	1	2	3	4
29. Sensação de que lhe falta o ar.	0	1	2	3	4
30. Calafrios ou afrontamentos.	0	1	2	3	4
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou atividades por lhe causarem medo.	0	1	2	3	4
32. Sensação de vazio na cabeça.	0	1	2	3	4
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo.	0	1	2	3	4
34. Ter a ideia de que devia ser castigado(a) pelos seus pecados.	0	1	2	3	4
35. sentir-se sem esperança perante o futuro.	0	1	2	3	4
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 dão 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 de 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 III. Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida – Versão Portuguesa Abreviada

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde e outras áreas da sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se não tiver a certeza da resposta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas duas últimas semanas. Leia atentamente cada questão e circule a resposta mais adequada para si.

		Muito má	Má	Nem boa Nem má	Boa	Muito boa
1	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Até que ponto está satisfeito (a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3	Em que medida as suas dores físicas o(a) impedem de fazer o que precisa?	1	2	3	4	5
4	Em que medida precisa de cuidados médicos para	1	2	3	4	5

	fazer a sua vida diária?					
5	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5

12	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14	Em que medida tem oportunidades para realizar atividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
15	Como avalia a sua mobilidade (capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio)?					

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu bem ou satisfeito(a) em relação a vários aspetos da sua vida nas últimas semanas.

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Até que ponto está satisfeito com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21	Até que ponto está satisfeito(a)	1	2	3	4	5

	com a sua vida sexual?					
22	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos amigos?	1	2	3	4	5
23	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar onde vive?	1	2	3	4	5
24	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se à frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas duas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26	Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

Anexo IV. Entrevista

- 13) Qual a sua opinião relativamente à profissão de psicólogo em contexto prisional em Portugal? Relativamente a horários (se existe tempo suficiente para fazer o pretendido), honorários, etc?
- 14) Quais são as suas funções dentro do estabelecimento prisional? O que faz diariamente?
- 15) Como são os atendimentos dentro do estabelecimento prisional? Quais os instrumentos que mais utiliza na avaliação psicológica do recluso?
- 16) Como é o comportamento dos reclusos no estabelecimento prisional onde trabalha?
- 17) Qual o maior desafio de trabalhar com esta população?

Variável qualidade de vida

1. Como descreve a qualidade de vida dos reclusos?
2. Quais os fatores de risco para a saúde dos reclusos?
3. Quais os fatores de proteção para a saúde dos reclusos?

Variável saúde mental

4. Como caracteriza a saúde mental dos reclusos? Quais as principais patologias ou sintomatologias, justificar porquê?
5. Se existe alguma relação entre o tempo de pena e o surgimento de patologia de saúde mental?
6. Que programas existem? O que acha da efetividade desses programas?
7. No final de cumprirem a pena como acha que está a saúde mental deles?

Anexo V. Entrevista 1

- 1) Qual a sua opinião relativamente à profissão de psicólogo em contexto prisional em Portugal? Relativamente a horários (se existe tempo suficiente para fazer o pretendido), honorários, etc?**

“A profissão do psicólogo em contexto prisional é deveras importante, quer a nível clínico (avaliação e intervenção), quer a nível forense (avaliação; tratamento penitenciário; prevenção da reincidência criminal). Infelizmente, no nosso país, existem poucos psicólogos a trabalhar neste contexto (são entre 20 a 30 nos serviços clínicos a nível nacional). Eu diria que é esta a principal limitação no nosso trabalho: a falta de recursos. Torna-se difícil dar respostas a todas as necessidades, e a implementar outros tipos de intervenções (e.g. terapias em grupo; programas específicos). Não temos vínculo à função pública. Encontramo-nos em regime de prestação de serviços. “

- 2) Quais são as suas funções dentro do estabelecimento prisional? O que faz diariamente?**

“Enquanto psicóloga clínica, avalio os reclusos entrados, atendo os reclusos em acompanhamento regular, em situações de crise ou sinalizações urgentes, acompanho os reclusos em programa de Metadona, e estou responsável por uma camarata de internamento e de gestão de comportamentos de risco. De igual modo, articulo com a equipa clínica multidisciplinar, e sinalizo reclusos quando necessário. Estou presente em reuniões de equipa com outros sectores do EP. E elaboro relatórios clínicos quando solicitado.”

- 3) Como são os atendimentos dentro do estabelecimento prisional? Quais os instrumentos que mais utiliza na avaliação psicológica do recluso?**

“Os atendimentos consistem em consultas programadas e/ou em sinalizações feitas por terceiros, e/ou pedidos de acompanhamento feitos pelos tribunais. Os atendimentos

respeitam as normas e regras internas de cada EP. A avaliação realizada é essencialmente clínica e são utilizados protocolos próprios (internos) para o efeito.”

4) Como é o comportamento dos reclusos no estabelecimento prisional onde trabalha?

“O comportamento dos reclusos é muito variável. Em contexto de consulta são, geralmente, adequados.”

5) Qual o maior desafio de trabalhar com esta população?

“A falta de tempo e de recursos para responder às necessidades da população reclusa.”

Variável qualidade de vida

8. Como descreve a qualidade de vida dos reclusos?

“A situação de reclusão e de clausura é, por si só, uma fonte geradora de stress para a pessoa; a fase de entrada é normalmente a mais desafiante. Após a aceitação e adaptação, os reclusos dispõem da possibilidade de serem integrados em actividades formativas, laborais e ocupacionais (e.g. desporto, cultura, religião), o que melhora substancialmente a sua qualidade de vida. Acabam por desenvolver rotinas específicas que concorrem ao seu bem-estar geral. Dispõem também de acesso a cuidados de saúde primários e especializados. Note-se que a qualidade de vida dos reclusos depende, também, de factores intrínsecos ao EP onde se encontram detidos. Assim como do suporte social e familiar de que dispõem.”

9. Quais os factores de risco para a saúde dos reclusos?

“Em primeiro lugar, os mesmos factores que em meio exterior. E, a acrescentar, que, intramuros, estes tendem a ter uma vida mais sedentária, característica da reclusão. Além dos factores psico-emocionais associados à reclusão, aos motivos que a determinaram, e a factores pessoais, profissionais, familiares, e biológicos vários, específicos para cada indivíduo.”

10. Quais os factores de protecção para a saúde dos reclusos?

“Entre outros, avançaria a presença de suporte familiar e social (intra e extramuros). O acesso aos cuidados de saúde primários e especializados (que incluem a saúde mental). A oferta formativa, laboral e ocupacional em meio prisional. A possibilidade de usufruírem de medidas de flexibilidade das penas.”

Variável saúde mental

11. Como caracteriza a saúde mental dos reclusos? Quais as principais patologias ou sintomatologias, justificar porquê?

A literatura indica uma prevalência maior de psicopatologia na população reclusa, em comparação com a população em geral. Da minha experiência em contexto prisional, existem, de facto, muitas perturbações do humor e de ansiedade, muitas delas reactivas à situação de reclusão e aos motivos que a determinaram, mas também devido a outros factores. Existem muitos reclusos com outras perturbações psiquiátricas (muitas vezes concorrentes), desde perturbação de adaptação, stress pós-traumático, reacção aguda de stress, esquizofrenia, quadros de psicoses tóxicas, comportamentos suicidários, perturbações de personalidade (e.g. anti-social, narcísica, paranóide, histriónica, borderline), quadros de psicossomatização, parafilias, perturbações associadas à toxicoddependência e alcoolismo, estados demenciais, debilidades cognitivas, etc.”

12. Se existe alguma relação entre o tempo de pena e o surgimento de patologia de saúde mental?

“Sem avançar com dados concretos sobre o assunto, julgo que as penas de prisão mais longas podem concorrer a explicar o surgimento ou exacerbação de quadros clínicos específicos.”

13. Que programas existem? O que acha da efetividade desses programas?

“Existem muitos programas desenvolvidos pela DGRSP, nomeadamente no âmbito da promoção das competências sociais, de planeamento e de resolução de problemas, do desenvolvimento moral, no âmbito da violência doméstica e dos crimes sexuais, da adaptação à reclusão, entre outros. Grande parte com vista ao desenvolvimento pessoal e à prevenção da reincidência criminal. A nível clínico existem programas direccionados à intervenção no alcoolismo e na toxicodependência, assim como à prevenção dos comportamentos suicidários. Quanto á efectividade dos programas a nível da reincidência criminal, em Portugal é difícil de saber, visto que não existem estatísticas publicadas sobre o tema. A nível da eficácia intramuros, o feedback tende a ser bastante positivo.”

14. No final de cumprirem a pena como acha que está a saúde mental deles?

“É uma pergunta difícil, porque não é possível generalizar. É uma questão que depende de muitos factores (e.g. se é um recluso primário ou reincidente, do percurso prisional que fez o recluso, se teve apoio familiar, se teve apoio psicológico/psiquiátrico durante o cumprimento da pena, do tempo de pena cumprido, da motivação para a

mudança, das condições sócio-familiares que tem à saída, se usufruiu de medidas de flexibilização da pena, se tem integração laboral, etc.). A maior parte dos reclusos sai motivada. Os reclusos que não nos parecem estar bem à saída são muitas vezes sinalizados para manterem o acompanhamento no exterior.”

Anexo VI. Entrevista 2 (dupla)

- 1) Qual a sua opinião relativamente à profissão de psicólogo em contexto prisional em Portugal? Relativamente a horários (se existe tempo suficiente para fazer o pretendido), honorários, etc?**

“A profissão de psicólogo em contexto prisional em Portugal implica horários de trabalho reduzidos e valor salarial incompatível com o nível de responsabilidade e especialização, acabando assim por colocar em causa a dignidade dos psicólogos. No entanto, ao longo dos últimos 10 anos têm vindo a aumentar as horas para prestação de serviços de psicologia no EP Guarda, assim como o valor/hora, embora ainda muito reduzido. O trabalho que ainda é insuficiente não se prende com o horário reduzido de psicologia, mas sim com a resistência (dos reclusos) ao trabalho terapêutico.”

- 2) Quais são as suas funções dentro do estabelecimento prisional? O que faz diariamente?**

“As funções das psicólogas no EP passam pelo acolhimento e apoio psicológico dos reclusos, por promover uma adaptação adequada e mudança comportamental, intervenção em situações de crise e problemas de saúde mental, prevenção de suicídio e comportamentos auto-lesivos, contenção de estados ansiogénicos. A intervenção genérica passa por atendimento de situações encaminhadas pelas diversas especialidades médicas, pelos técnicos de serviços de reeducação, por pedido do recluso, entre outros. Existem também atendimentos urgentes, nomeadamente, em situações de auto-mutilação, auto e hetero-agressão ou ideação suicida. Outra parte do nosso trabalho no EP passa pela participação na dinamização de programas de intervenção, nomeadamente, o programa VIDA (programa de intervenção técnica dirigido a reclusos condenados por violência doméstica) e o PAS (programa de intervenção técnica dirigido a condenados por crimes contra a auto-determinação sexual).”

3) Como são os atendimentos dentro do estabelecimento prisional? Quais os instrumentos que mais utiliza na avaliação psicológica do recluso?

“As consultas de psicologia são individuais. Não são usados instrumentos de avaliação.”

4) Como é o comportamento dos reclusos no estabelecimento prisional onde trabalha?

“No EP Guarda, comparativamente com outros EP’s maiores ou de alta segurança, a população reclusa colabora e tem comportamentos mais adequados, embora seja difícil qualificar o comportamento porque existe uma grande diversidade de personalidades e crimes.”

5) Qual o maior desafio de trabalhar com esta população?

“Talvez seja a resistência à mudança, assim como, diversas vezes os pedidos dos reclusos serem feitos de forma instrumental.”

Variável qualidade de vida

1) Como descreve a qualidade de vida dos reclusos?

“Os reclusos têm acompanhamento adequado em todas valências. Acesso facilitado aos serviços clínicos (medicina geral, enfermagem, psicologia, psiquiatria, farmácia, dentista, entre outras) e aos serviços de reeducação. Muitos estão inseridos na escola ou com uma ocupação laboral (faxina, messe guardas, bar dos reclusos, lavanderia, cozinha, cantina, oficinas, etc.) existindo também atividades extra como música, teatro, trabalhos manuais e acesso à biblioteca. Têm visitas semanais e ao fim-de-semana, assim como visita íntima e telefonemas diários.”

2) Quais os fatores de risco para a saúde dos reclusos?

“A solidão, afastamento da família e ansiedade podem levar a um declínio mental. Os consumos (ilegais) também podem ser fatores de risco, assim como, maus hábitos de higiene pessoal, alimentar e de sono.”

3. Quais os fatores de proteção para a saúde dos reclusos?

“As consultas nas diversas especialidades, o aconselhamento dos serviços clínicos, ações de sensibilização, suporte familiar, ocupação escolar/laboral, visitas, etc.”

Variável saúde mental

4. Como caracteriza a saúde mental dos reclusos? Quais as principais patologias ou sintomatologias, justificar porquê?

“Ansiedade, insónia, sentimentos de desânimo, apatia, isolamento inerente ao tempo de pena, afastamento de familiares e privação da liberdade.”

5. Se existe alguma relação entre o tempo de pena e o surgimento de patologia de saúde mental?

“Um longo período em reclusão pode causar maior frustração, ansiedade, raiva. Agravam-se as sintomatologias ansiosas e depressivas.”

6. Que programas existem? O que acha da efetividade desses programas?

“Atualmente, neste EP, estão a ser aplicados o programa VIDA (programa de intervenção técnica dirigido a reclusos condenados por violência doméstica) e o PAS (programa de intervenção técnica dirigido a condenados por crimes contra a auto-determinação sexual). Apresentam resultados positivos e evidenciam maior capacidade de mudança comportamental. Com os programas pretendemos prevenir a reincidência.”

7. No final de cumprirem a pena como acha que está a saúde mental deles?

“Após a reclusão pode haver dificuldade de ressocialização e probabilidade de reincidência. A saúde mental pode encontrar-se fragilizada ou sentirem-se socialmente desadaptados, vulneráveis e carentes, o que varia de acordo com o suporte que eles mantêm ou não após a reclusão.”

Anexo VII. Entrevista 3

- 1) Qual a sua opinião relativamente à profissão de psicólogo em contexto prisional em Portugal? Relativamente a horários (se existe tempo suficiente para fazer o pretendido), honorários, etc?**

“Existe mais psicólogos do que antes, mesmo contratados. Com o tempo que tenho de trabalho, que são 7h, consigo fazer todo o trabalho que preciso de fazer no dia, que são mais acompanhamentos.”

- 2) Quais são as suas funções dentro do estabelecimento prisional? O que faz diariamente?**

“Fazemos a consulta de acolhimento a todos os entrados. Depois temos as consultas de acompanhamento a quem escolha fazê-lo ou quem tenha a obrigação de o fazer. Eu faço também intervirão com a colega que lá tenho. Faço aplicação de programas, ou seja, nós temos programas como o programa de moral e ética, o programa Vida direcionado para condenados por violência doméstica, entre outros que também faço a aplicação desses programas. Eu faço neste caso a coordenação do gabinete de psicologia no EP. Também temos um programa de prevenção do suicídio.”

- 3) Como são os atendimentos dentro do estabelecimento prisional? Quais os instrumentos que mais utiliza na avaliação psicológica do recluso?**

“Os acompanhamentos podem ser individuais ou em grupo. Nós estamos a trabalhar numa instituição pública e supostamente devíamos trabalhar com materiais originais. O EP não disponibiliza financiamento para esse tipo de materiais, conseqüentemente não usamos. Basicamente usamos a observação, entrevistas. Tudo muito empírico. O que ganhamos muita prática porque aprendemos a reconhecer os sinais.”

4) Como é o comportamento dos reclusos no estabelecimento prisional onde trabalha?

“O recluso por regra é uma pessoa extremamente manipuladora. Tenta que o seu comportamento seja do que o outro lado espera, ou seja, na primeira consulta eles são sempre todos tranquilos, colaboradores, não se estendem muito. Depois quem pede acompanhamento faz-se uma consulta aberta e normalíssima. Eles vão muito às consultas quando não têm ocupações, como um escape. Quando percebem que ir às consultas não lhes dá mais valias, como uma redução da pena, eles abandonam o acompanhamento. Vão se comportando consoante o sítio onde estão.”

5) Qual o maior desafio de trabalhar com esta população?

“Tentar lhes inculcar coisas muito básicas, como o certo e errado, o respeito pelo próximo, o quererem tudo para ontem, impulsivos.”

Variável qualidade de vida

1) Como descreve a qualidade de vida dos reclusos?

“É média, ou seja, não diria que é muito boa, mas também não é má. Eles têm as infraestruturas que os acolhem, como as celas, têm camas, armários, comida, colchões. A nível social acho que é um bocadinho mais pobre, principalmente nos últimos dois anos agravou-se bastante com a pandemia porque houve menos atividades sociais, culturais, até mesmo de apoio psicológico de grupos de autoajuda que deixaram de poder entrar nas EP's. mas tentou-se sempre ajudar porque nunca deixamos de trabalhar. A nível físico eles têm sempre apoio de saúde todos os dias da semana, até fins de semana. Temos todos os serviços de saúde disponíveis. Na saúde mental existe mais questões de ansiedade, por muitos momentos muito ansiosos. Também deprimidos.”

2) Quais os fatores de risco para a saúde dos reclusos?

“As doenças infecciosas, como hepatites, não usam métodos contraceptivos. A adaptação deles aos diferentes regimes e fases do percurso. A automutilação surge em duas situações específicas, ou com sintoma de certas patologias ou como chamada de atenção, porque através disso conseguem certos benefícios como ficar numa cela sozinhos, a atenção que é dada da equipa.”

3) Quais os fatores de proteção para a saúde dos reclusos?

“Todo o apoio que é dado pela EP, pela equipa multidisciplinar.”

Variável saúde mental

4) Como caracteriza a saúde mental dos reclusos? Quais as principais patologias ou sintomatologias, justificar porquê?

“A maior parte dos doentes psiquiátricos é quase tudo psicoses, por abuso de substâncias, por esquizofrenias. São mesmo o grosso dos pacientes. Temos também bastante perturbações da personalidade, antissociais, bordenlines. A depressão surge menos. E a ansiedade também. Eles têm pouco conhecimento do que é a saúde mental e tenho que explicar que por exemplo estão a vomitar por causa da ansiedade.”

6) Se existe alguma relação entre o tempo de pena e o surgimento de patologia de saúde mental?

“Eu diria que não. Pode ser despistado com o tempo. Para mim a única coisa que o tempo de pena faz é podermos despistar mais situações. Agora o tempo de pena ser provocador de psicopatologia é mais difícil.”

7) Que programas existem? O que acha da efetividade desses programas?

“Há muitos programas, não aplico todos. Há um programa para eles planearem a vida lá fora, consoante as adversidades que podem surgir e arranjar soluções. Há de agressores sexuais. Há mesmo muitos e não sei todos de cor. E sim felizmente os programas têm efetividade, mas há reclusos que não conseguem os acompanhar, uns têm impacto, mas noutros não tanto.”

8) No final de cumprirem a pena como acha que está a saúde mental deles?

“Olhe acho que a saúde mental deles fica esquecida. Ou seja, são indivíduos que até entrarem na prisão não tiveram contato com o psicólogo, mas há sempre outros que tiveram na escola ou instituições. Muitos dizem que mostram interesse em prosseguir com o acompanhamento depois de saírem. Mas até à data nunca tive um contato, até podem ter continuado com outro técnico, mas comigo não me contactaram.”