

Emília Tavares Marques

**Saúde em meio prisional: factores de risco
psicossociais e comportamentais**

O caso de indivíduos em cumprimento de penas e de medidas de segurança

Tese apresentada na *Faculdade de
Psicologia e Ciências da Educação
da Universidade do Porto*, para
obtenção o grau de Doutor em
Psicologia, sob orientação do
Professor Doutor José Luís Pais
Ribeiro

Resumo

A presente investigação visa estudar a saúde em meio prisional, identificando alguns factores de risco psicossociais e comportamentais que interferem com a mesma. A amostra é formada por 195 sujeitos masculinos residentes num estabelecimento prisional do Norte do país (55,87% do total), sendo 148 são imputáveis (57,59%, exclusive os que estão em semi-detenção e prisão por dias livres), 46 inimputáveis (50,00% do total dos internados na *Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental* dessa instituição) e um preventivo.

Começamos por enquadrar os pressupostos que nos norteiam, abordando e clarificando, numa perspectiva bio-psico-social, conceitos que consideramos pertinentes e relevantes para este trabalho. Posto isto, centramo-nos sobre questões relativas à avaliação psicológica, como deontológicas e outras inerentes à investigação. Posteriormente, procuramos relacionar a percepção que os sujeitos têm do seu estado de saúde com características da sua personalidade evidenciadas, níveis de ansiedade, depressão e stresse apresentados, estratégias de *coping* utilizadas e a satisfação com o suporte social percebido, bem como perceber como estes vectores interagem com questões ligadas a variáveis jurídico-penais, institucionais e inerentes a comportamentos de risco.

A apresentação, análise e discussão dos resultados tiveram em conta os constructos envolvidos em cada um dos instrumentos de avaliação utilizados: entrevista estruturada (composta por variáveis sociodemográficas, jurídico-penas e institucionais e inerentes a comportamentos), *Questionário de Análise Clínica (CAQ)*, *Questionário do Estado de Saúde-8 (SF-8)*, *Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS)*, *Brief COPE* e *Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)*.

Os resultados validam oito das dez hipóteses levantadas em função dos constructos atrás referidos e sugerem que o equilíbrio bio-psico-social em meio prisional depende da interacção desses constructos, assim como de ser primário, não ter um tempo curto de cumprimento de privação jurídica de liberdade, ter comportamentos aditivos, ocupação, visitas e medidas de flexibilização da pena. Ficou patente que há indicadores de risco hetero-agressivos nestes sujeitos, mas também ficou latente a possibilidade de ocorrência de comportamentos auto-agressivos nos mesmos.

Assim, podemos afirmar que, de facto, a saúde em meio prisional envolve factores psicossociais e comportamentais, alguns de risco. Certamente, alguns transitaram do meio livre através do sujeito e foram reciclados em razão da clausura, outros aprendidos, e, este todo transitará mais cedo ou mais tarde para a liberdade, para ser mantido/transformado.

Abstract

The present research aims to study health in prisional environment, identifying some psychosocial and behavioural risk factors that interfere with it. The sample consists of 195 male subjects residing in the prisional establishment north of de country (55,87% of the total numbers of residents), 148 of whom are able-to-stand-trial (57,59%, excluding the ones in semi-detention and periodic detention), 46 not-guilty-by-reason-of-insanity (50,00% of the total number of inpatients of the *Clinic of Psychiatry and Health* in this institution) and one in preventive detention.

We start by framing the assumptions that steer us addressing and clarifying concepts that we regard as pertinent and relevant for this research from a bio-psycho-social perspective. We then focus on issues concerning psychological evaluation, deontological questions and other matters inherent to the research. Subsequently, we seek to relate subjects' perception of their health status to characteristics of their personality, levels of anxiety, depression and stress, coping strategies used and satisfaction with the social support perceived. Moreover, we try to understand in what way these vectors interact with issues linked to criminal-legal, institutional and risk behavior-related variables.

The presentation, analysis and discussion of results took into account the constructs involved in each of the evaluation instruments employed: structured interview (composed by socio-demographic, criminal-legal, institutional and behavior-related variables), *Clinical Analysis Questionnaire (CAQ)*, *Short-Form 8 Health Survey (SF-8)*, *Depression Anxiety Stress Scale (DASS)*, *Brief COPE e Satisfaction with Social Support Scale (ESSS)*.

The results validate eight of the ten hypotheses, raised in accordance with the aforementioned constructs, and suggest that the bio-psycho-social equilibrium in prisional environment depends not only on the interaction of those constructs but also and principally, on being a first-time offender, not having a short-time juridical deprivation of freedom, having addictive behaviours, an occupation, visits as well as measures towards the flexibilization of the sentence. It became evident that there are hetero-aggressive risk indicators but there was also a latent possibility of self-aggressive behaviors.

We can, therefore, affirm that health in prisional environment does in fact involve psychosocial and behavioral factors, among which we find some risk factors. A few of these have certainly transited from the free environment through the subject and were recycled by reasons of imprisonment, others were learned, and this aggregate will sooner or later transit to freedom to be maintained/transformed.

Résumé

La actuelle recherche vise à étudier la santé en milieu carcéral en identifiant quelques facteurs de risque psychosociaux et comportementaux qui interfèrent avec la même. L'échantillon est formé par 195 sujets du genre masculin résidents dans une prison au nord du pays (55,87% de la totalité), étant 148 imputables (57,59%, exclusif ceux qui sont en demi-détention et en prison par des jours libres), 46 inimputables (50,00% de la totalité des internés dans la *Clinique de Psychiatrie et Santé Mentale* dans cette prison) et un préventif.

On commence par encadrer les présupposés qui nous guident en clarifiant, selon une perspective bio-psycho-sociale, des concepts qui on considère pertinents pour ce travail. Cela dit, on se centre sur des questions concernant l'évaluation psychologique, telles que les déontologiques et d'autres, inhérentes à cette recherche. Après, on cherche à établir le rapport entre la perception que les individus ont de leur état de santé et les caractéristiques de leur personnalité, les niveaux d'anxiété, la dépression et le stress présentés, stratégies de *coping* utilisées et la satisfaction avec le support social, ainsi que de comprendre comme ces vecteurs interagissent avec des questions liées à des variables juridique-pénales, institutionnelles et inhérentes à des comportements de risque.

La présentation, l'analyse e la discussion des résultats ont pris en compte les constructos impliqués par rapport à chaque des instruments d'évaluation utilisés: interview structurée (composée par des variables sociodémographiques, juridique-pénales, institutionnelles et inhérentes à des comportements, *Questionnaire d'Analyse Clinique* (CAQ), *Questionnaire de l'État de Santé-8* (SF 8), et des *Échelles d'Anxiété, Dépression et Stress* (EADS), *Brief COPE* et *Échelles de Satisfaction avec le Support Social* (ESSS).

Les résultats valident huit des dix hypothèses soulevées en fonction des constructos référés en avance et suggèrent que l'équilibre bio-psycho-social en prison dépend de l'interaction de ces constructos, ainsi que d'être primaire, ne pas avoir un court temps de respect de privation juridique de liberté, avoir des comportements additifs, occupation, visites et mesures de flexibilisation de la peine. Il devient évident qu'il y a des indicateurs de risque hétéro-agressifs dans ces individus, mais il devient nette aussi la possibilité latente d'occurrence de comportements auto-agressifs.

On peut donc affirmer que la santé mentale en prison implique des facteurs psychosociaux et comportementaux. Bien sûr, certains sont dérivés du milieu libre à travers des individus et ont été recyclés en raison de l'emprisonnement, d'autres appris et ce tout transitera, plus tôt ou plus tard, vers la liberté pour être conservé/transformé.

Agradecimentos

Ao caríssimo Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro, que amavelmente aceitou orientar este trabalho, expressei uma gratidão especial. A sua competência, disponibilidade e compreensão, o apoio permanente, as sugestões e a discussão de pontos de vista foram fundamentais para a consecução deste trabalho.

Aos Professores Doutores José Luís Lopes Fernandes e Rui Abrunhosa Gonçalves, que, sempre que os procurei, se revelaram abertos e disponíveis para a troca de impressões sobre várias temáticas, nomeadamente relacionadas com as que versa este trabalho.

À Professora Doutora Ana Sofia Antunes das Neves pela competência, confiança e amabilidade demonstradas na relação profissional.

À Dr.^a Maria Manuel Martins, amiga e ilustre Adjunta da Direcção da instituição onde estavam os participantes desta investigação, pela competência, carinho, incentivo e disponibilização de informações institucionais necessárias para a realização deste trabalho.

Aos ilustres colegas de treze anos de trabalho, Dr.^{es} Manuel Castro, Mário Correia, Luís Pimentel, Sant'Anna Gandra, Conceição Rocha e sua equipa de enfermagem, auxiliares da acção médica e técnicas administrativas, da *Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental*, bem como aos do *Serviço de Educação e Ensino* Dr.^{es} Edmundo Couto, Teresa Pimenta, Paula Paiva, Vítor Borges pelo profissionalismo, disponibilidade, espírito de interajuda, incentivo e amabilidade que demonstraram.

Aos elementos do *Corpo da Guarda Prisional* pelo precioso apoio e colaboração.

Às Dr.^{as} Márcia Alves, Cátia Monteiro e Ana Filipa Portulez, então estagiárias, pela dedicação, empenho e ajuda no processo de recolha de dados.

A todos os imputáveis e inimputáveis que participaram activamente neste estudo.

Ao Dr.^{es} Adelino Ribeiro e Edgar Mesquita pelo apoio informático e com o SPSS.

Aos amigos Professora Doutora Alexandra Neves e Mestre Pedro Almiro Neves, pela disponibilidade, encorajamento, colaboração e apoio incondicionais.

Às Dr.^{as} Albina Leão e Amélia Santos pelo profissionalismo, apoio e amizade.

Aos meus não menos ilustres restantes amigos que, cada qual à sua maneira, igualmente estiveram sempre disponíveis, trocaram impressões, palavras de afecto e de incentivo neste difícil período da minha vida.

Aos meus pais, irmãos, sobrinhos e cunhados expressei o meu grande afecto, apreço e gratidão especial por me ajudarem incondicionalmente ao longo desta caminhada e em outras etapas da minha vida.

Abreviaturas

↑ – Elevado ou alto	RAI – Regime Aberto no Interior
↓ – Baixo	MF – Medidas de flexibilização
A.C. – Antes de Cristo	N. – nascido
ANTT – Arquivo Nacional da Torre do tombo	N.º – número
APA – American Psychological Association	Ns – não significativo
APOP – Associação Pró-Ordem dos Psicólogos Portugueses	NT – Não tem trabalho
APPOR – Associação dos Psicólogos Portugueses	NTV – Não tem visitas
AR – Assembleia da República	OIT – Organismic Integration Theory
Art.º – Artigo	OMS – Organização Mundial de Saúde
Art.ºs – Artigos	OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses
BNT – Basic Psychological Needs Theory	P. – página
C. – cerca de	PAPS – Plano de Acção para a Saúde
CAA – Comportamentos auto-agressivos	PJL – Privação Jurídica de Liberdade
CAQ – Questionário de Análise Clínica	PNS – Plano Nacional de Saúde
CCP – Código Civil Português	PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental
CDOPP – Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses	Pp. – páginas
CE – Consumo de estupefacientes	PRS – Primeira Revolução da Saúde
CET – Cognitive Evaluation Theory	QDV – Qualidade de Vida
Cf. – conforme	SDT – Self-Determination Theory
CHA – Comportamentos hetero-agressivos	S.d. – Sem data
Cit. – Citado	Séc. – século(s)
COT – Causality Orientations Theory	SF-8 – Questionário do Estado de Saúde-8
CPP – Código Penal Português	SIDA – Síndrome da imunodeficiência adquirida
CPSM – Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental	S.p. – sem página
CRP – Constituição da República Portuguesa	SRS – Segunda Revolução da Saúde
CT – Consumo de tabaco	TRS – Terceira Revolução da Saúde
D.C. – Depois de Cristo	TO – Trabalho/ocupação
DR – Diário da República	TT – Tem trabalho
EADS –	TV – Tem visitas
EP – Estabelecimento prisional	VIH – Vírus da imunodeficiência humana
ESSS – Escala de Satisfação com o Suporte Social	WHO – World Health Organization
Et al. – e colaboradores	
EUA – Estados Unidos da América	
GCT – Goal Content Theory	
IST – Infecções sexualmente transmissíveis	
LSJ _ Licença de Saída Jurisdicional	
RAE – Regime Aberto no Exterior	

Índice

I – Índice geral

INTRODUÇÃO-----	13
CAPÍTULO I	
A DINÂMICA BIO-PSICO-SOCIAL NO CIDADÃO JURIDICAMENTE PRIVADO DE LIBERDADE: ABORDAGEM A ALGUMAS QUESTÕES -----	15
<i>Breve introdução -----</i>	16
1.1. SAÚDE: EVOLUÇÃO DO CONCEITO-----	16
1.1.1. Balizas histórico-evolutivas facilitadoras da compreensão do conceito de saúde -----	16
1.1.2. Principais marcos evolutivos relacionados com o conceito de saúde -----	21
1.1.2.1. Período pré-cartesiano-----	22
1.1.2.2. Génesis e desenvolvimento do modelo biomédico-----	25
1.1.2.3. Primeira Revolução da Saúde: consolidação e apogeu do modelo biomédico e prevenção da doença -----	29
1.1.2.4. Segunda Revolução da Saúde: enfoque na promoção e protecção da saúde e retorno à valorização da perspectiva ecológica -----	36
1.1.2.5. Terceira Revolução da Saúde: focalização no modelo integrado de saúde e na promoção da saúde mental positiva-----	40
1.2. COMPORTAMENTO HUMANO: RESULTDO DA DINÂMICA BIO-PSICO-SOCIAL-----	47
1.2.1. Risco versus estilo de vida-----	47
1.2.1.1. Conceito de risco-----	48
1.2.1.2. Noção de estilo de vida -----	53
1.2.2. “Normal” versus “anormal” versus “patológico”-----	54
1.2.3. Atribuição de significados às situações/acontecimentos de vida -----	56
1.2.4. Motivação: componente-base do comportamento humano -----	58
1.2.4.1. <i>Teoria da Autodeterminação</i> -----	60
i) Principais pressupostos teóricos -----	61
ii) <i>Teoria das Necessidades Básicas</i> -----	63
iii) <i>Teoria da Avaliação Cognitiva</i> -----	65
iv) <i>Teoria da Integração Organísmica</i> -----	67
v) <i>Teoria das Orientações de Causalidade</i> -----	70
vi) <i>Teoria do Conteúdo dos Objectivos</i> -----	71
vii) <i>Breve abordagem ao conceito de amotivação</i> -----	72
1.2.5. A (des)internalização de valores pró-sociais como factor de influência nas escolhas versus tomadas de decisão-----	73
1.2.6. Comportamentos social e criminalmente reprováveis versus puníveis -----	77
1.2.6.1. Teorias biológicas-----	80
1.2.6.2. Teorias sociológicas -----	84
1.2.6.3. Teorias psicológicas -----	86
i) <i>Teoria da Personalidade Criminal</i> -----	86
ii) <i>Corrente Psicodinâmica</i> -----	88
iii) <i>Corrente Fenomenológica</i> -----	88
1.2.6.4. Teorias psicossociais -----	89
1.2.6.5. Teorias bio-psico-sociais -----	90
1.3. ALGUMAS QUESTÕES DE ÂMBITO JURÍDICO-PENAL -----	91
1.3.1. A regulação dos comportamentos fora da norma: uma questão que data de há milénios -----	92
1.3.2. Liberdade versus privação jurídica de liberdade: breve abordagem conceptual, nomeadamente às noções de (in)imputabilidade -----	95
<i>Síntese do capítulo-----</i>	103
CAPÍTULO II	106

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA: QUESTÕES DEONTOLÓGICAS E PARÂMETROS ENVOLVIDOS NA INVESTIGAÇÃO -----	107
<i>Breve introdução</i> -----	107
2.1. CONSENTIMENTO INFORMADO NA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA EM SAÚDE PARA FINS DE INVESTIGAÇÃO EM (IN)IMPUTÁVEIS JURIDICAMENTE PRIVADOS DE LIBERDADE -----	107
2.1.1. Deontologia e ética: breve referência-----	108
2.1.2. O consentimento informado à luz de algumas regulamentações internacionais: breve abordagem evolutiva-----	110
2.1.3. O consentimento informado no ordenamento jurídico português-----	116
2.1.3.1. Direito Constitucional-----	116
2.1.3.2. Direito Civil-----	118
2.1.3.3. Direito Penal-----	119
2.1.3.4. Direito da Saúde-----	121
2.1.4. Consentimento informado na investigação em Psicologia-----	126
2.1.4.1. <i>Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct</i> da American Psychological Association-----	128
2.1.4.2. <i>Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses</i> -----	129
2.2. A AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA COMO FORMA DE ACEDER A ALGUNS COMPORTAMENTOS -----	138
2.2.1. Questões deontológicas relacionadas com a avaliação em Psicologia-----	139
2.2.2. A entrevista estruturada como instrumento de avaliação para fins de investigação-----	141
2.2.3. Parâmetros envolvidos nesta investigação medidos por outros instrumentos de avaliação: breve referência-----	143
2.2.3.1. Personalidade-----	143
2.2.3.2. Percepção do estado de saúde-----	147
2.2.3.3. Ansiedade, depressão e stresse-----	148
2.2.3.4. <i>Coping</i> -----	150
2.2.3.5. Suporte social-----	153
<i>Síntese do capítulo</i> -----	155
CAPÍTULO III	
ESTUDO DE CAMPO -----	156
<i>Breve introdução</i> -----	157
3.1. MÉTODO -----	157
3.1.1. Definição do problema-----	157
3.1.2. Principais objectivos da investigação-----	158
3.1.3. Hipóteses levantadas-----	158
3.1.4. Varáveis envolvidas-----	159
3.1.5. Desenho do estudo-----	160
3.1.6. Participantes-----	160
3.1.7. Instrumentos de avaliação utilizados-----	161
3.1.7.1. Entrevista estruturada-----	161
3.1.7.2. <i>Questionário de Análise Clínica</i> – CAQ-----	161
3.1.7.3. <i>Questionário do Estado de Saúde-8</i> – SF-8-----	162
3.1.7.4. <i>Escala de Ansiedade, Depressão e Stress</i> – EADS-----	163
3.1.7.5. <i>Brief COPE</i> -----	164
3.1.7.6. <i>Escala de Satisfação com o Suporte Social</i> – ESSS-----	165
3.1.8. Procedimento-----	166
3.2. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS -----	168
3.2.1. Apresentação e análise dos resultados-----	168
3.2.1.1. Estatísticas descritivas-----	169
i) <i>Variáveis sociodemográficas</i> -----	169
ii) <i>Variáveis jurídico-penais</i> -----	172
iii) <i>Variáveis institucionais</i> -----	179
iv) <i>Variáveis referentes aos comportamentos de risco</i> -----	181
3.2.1.2. Estatísticas inferenciais-----	185
i) <i>Análise dos resultados a partir da amostra total e dos subgrupos por situação jurídica</i> -----	186

– Comparação de resultados entre as escalas do CAQ e as principais variáveis-----	186
– Comparação de resultados entre os componentes do SF-8 e as principais variáveis ---	198
– Comparação de resultados entre as dimensões do EADS e as variáveis envolvidas nas hipóteses levantadas -----	207
– Comparação de resultados entre as escalas do <i>Brief COPE</i> e as variáveis envolvidas nas hipóteses levantadas -----	217
– Comparação de resultados entre as dimensões do ESSS e as variáveis envolvidas nas hipóteses levantadas -----	226
ii) <i>Análise das associações entre os resultados dos instrumentos de avaliação e as principais variáveis do estudo</i> -----	231
iii) <i>Análise das associações entre as escalas/dimensões/componentes dos instrumentos de avaliação utilizados</i> -----	241
iv) <i>Fiabilidade dos instrumentos de avaliação</i> -----	248
3.2.2. Discussão dos resultados e principais conclusões -----	249
<i>Síntese do capítulo</i> -----	

CONCLUSÃO-----

REFERÊNCIAS-----

ANEXOS-----

II – Índice dos quadros

Quadro 1 – Revoluções da saúde <i>versus</i> revoluções industriais <i>versus</i> grandes vagas -----	17
Quadro 2 – <i>Continuum</i> de desenvolvimento da autodeterminação do comportamento e níveis de auto-regulação -----	62
Quadro 3 – Princípio da legalidade à luz da CRP e do CPP-----	101
Quadro 4 – Alguns dos principais documentos internacionais relevantes -----	112
Quadro 5 – Descrição das escalas de personalidade do CAQ-----	145
Quadro 6 – Descrição dos Componentes Físico e Mental do SF-8-----	148
Quadro 7 – Frequências absolutas (<i>n</i>) e relativas (%) para a variável faixas etárias -----	169
Quadro 8 – Frequências absolutas (<i>n</i>) e relativas (%) para a variável estado civil -----	170
Quadro 9 – Frequências absolutas (<i>n</i>) e relativas (%) para a variável escolaridade -----	170
Quadro 10 – Frequências absolutas (<i>n</i>) e relativas (%) para a variável pessoas com quem vivia ----	171
Quadro 11 – Frequências absolutas (<i>n</i>) e relativas (%) para a variável áreas em que realizava trabalho/atividade, em liberdade -----	171
Quadro 12 – Frequências absolutas (<i>n</i>) e relativas (%) para a variável situação jurídica -----	173
Quadro 13 – Reclusos existentes em 31-12-2010, segundo a situação penal, por sexo e nacionalidade -----	173
Quadro 14 – Frequências absolutas (<i>n</i>) e relativas (%) para a variável antecedentes criminais -----	174
Quadro 15 – Tipos de crimes e crimes praticados pela amostra <i>versus</i> situação jurídica-----	175
Quadro 16 – Frequências absolutas (<i>n</i>) e relativas (%) para a variável penas de prisão -----	176
Quadro 17 – Frequências absolutas (<i>n</i>) e relativas (%) para a variável medidas de segurança – máximo -----	177
Quadro 18 – Frequências absolutas (<i>n</i>) e relativas (%) para a variável medidas de segurança – mínimo-----	177
Quadro 19 – Frequências absolutas (<i>n</i>) e relativas (%) para a variável medidas de flexibilização---	179
Quadro 20 – Frequências absolutas (<i>n</i>) e relativas (%) para a variável usufruto ou não de visitas---	179
Quadro 21 – Frequências absolutas (<i>n</i>) e relativas (%) para a variável tipo de visitantes -----	180
Quadro 22 – Frequências absolutas (<i>n</i>) e relativas (%) para a variável periodicidade das visitas ---	180
Quadro 23 – Frequências absolutas (<i>n</i>) e relativas (%) para a variável motivo de ausência de visitas -----	180
Quadro 24 – Frequências absolutas (<i>n</i>) e relativas (%) para a variável principal motivo do trabalho/ocupação-----	181
Quadro 25 – Frequências absolutas (<i>n</i>) e relativas (%) para a variável comportamentos de risco com ou sem medidas sancionatórias-----	182
Quadro 26 – Frequências absolutas (<i>n</i>) e relativas (%) para a variável comportamentos auto e hetero-agressivos que foram apenas alvo de intervenção clínica -----	182
Quadro 27 – Frequências absolutas (<i>n</i>) e relativas (%) para a variável consumos de substâncias -----	183

	em meio livre -----	
Quadro 28	– Frequências absolutas (<i>n</i>) e relativas (%) para a variável consumos de substâncias em meio juridicamente privado de liberdade-----	183
Quadro 29	– Frequências absolutas (<i>n</i>) e relativas (%) para a variável necessidade de cuidados de saúde na sequência de consumos -----	184
Quadro 30	– Frequências absolutas (<i>n</i>) e relativas (%) para a variável doenças (infecto)contagiosas de que são portadores-----	184
Quadro 31	– Frequências absolutas (<i>n</i>) e relativas (%) para a variável tratamento em meio livre ---	184
Quadro 32	– Frequências absolutas (<i>n</i>) e relativas (%) para a variável tratamento no EP -----	184
Quadro 33	– Frequências absolutas (<i>n</i>) e relativas (%) para a variável familiares directos consumidores de substâncias-----	185
Quadro 34	– Médias (<i>M</i>), Desvios padrão (<i>DP</i>), Teste- <i>t</i> e graus de liberdade (<i>GL</i>) para os decatipos das escalas do CAQ, por situação jurídica, no total da amostra -----	187
Quadro 35	– Médias (<i>M</i>), desvios padrão (<i>DP</i>), Teste- <i>t</i> e graus de liberdade (<i>GL</i>) para os decatipos das escalas do CAQ, por antecedentes criminais-----	190
Quadro 36	– Médias (<i>M</i>) e desvios padrão (<i>DP</i>), Teste- <i>t</i> e graus de liberdade (<i>GL</i>) para os decatipos das escalas do CAQ por período de tempo de privação jurídica de liberdade desde a detenção até ao fim da recolha de dados junto da amostra-----	192
Quadro 37	– Médias (<i>M</i>) e desvios padrão (<i>DP</i>) para os decatipos das escalas do CAQ por medida de flexibilização -----	194
Quadro 38	– Médias (<i>M</i>), desvios padrão (<i>DP</i>), Teste- <i>t</i> e graus de liberdade (<i>GL</i>) para os decatipos das escalas do CAQ por trabalho/ocupação no EP -----	195
Quadro 39	– Médias (<i>M</i>), desvios padrão (<i>DP</i>), Teste- <i>t</i> e graus de liberdade (<i>GL</i>) para os decatipos das escalas do CAQ por visitas dentro do EP, tendo em conta a situação jurídica-----	196
Quadro 40	– Médias (<i>M</i>), desvios padrão (<i>DP</i>), Teste- <i>t</i> e graus de liberdade (<i>GL</i>) para os componentes do SF-8 por situação jurídica, tendo em conta a amostra total -----	198
Quadro 41	– Médias (<i>M</i>), desvios padrão (<i>DP</i>), Teste- <i>t</i> e graus de liberdade (<i>GL</i>) para os componentes do SF-8 por antecedentes criminais, tendo em conta a amostra total ----	199
Quadro 42	– Médias (<i>M</i>) e desvios padrão (<i>DP</i>) para os componentes do SF-8 por períodos de tempo em que os (in)imputáveis se encontram juridicamente privados de liberdade --	201
Quadro 43	– Médias (<i>M</i>) e desvios padrão (<i>DP</i>) para os componentes do SF-8 por medidas de flexibilização-----	203
Quadro 44	– Médias (<i>M</i>), desvios padrão (<i>DP</i>), Teste- <i>t</i> e graus de liberdade (<i>GL</i>) para os componentes do SF-8 por ter ou não trabalho/ocupação no EP-----	203
Quadro 45	– Médias (<i>M</i>), desvios padrão (<i>DP</i>), Teste- <i>t</i> e graus de liberdade (<i>GL</i>) para os componentes do SF-8 por ter ou não visitas -----	205
Quadro 46	– Médias (<i>M</i>), desvios padrão (<i>DP</i>), Teste- <i>t</i> e graus de liberdade (<i>GL</i>) para os componentes do SF-8 por consumo de tabaco -----	205
Quadro 47	– Médias (<i>M</i>), desvios padrão (<i>DP</i>), Teste- <i>t</i> e graus de liberdade (<i>GL</i>) para os componentes do SF-8 por consumo de estupefacientes -----	206
Quadro 48	– Médias (<i>M</i>), desvios padrão (<i>DP</i>), Teste- <i>t</i> e graus de liberdade (<i>GL</i>) para o tempo de prisão por situação jurídica -----	206
Quadro 49	– Médias (<i>M</i>), desvios padrão (<i>DP</i>), Teste- <i>t</i> e graus de liberdade (<i>GL</i>) para a comparação entre imputáveis e inimputáveis no que toca às dimensões das EADS-----	208
Quadro 50	– Médias e desvios padrão ($M \pm DP$) para a comparação entre primários e reincidentes no que toca às dimensões das EADS -----	208
Quadro 51	– Médias e desvios padrão ($M \pm DP$) para a comparação entre os diferentes períodos em que se encontram em privação jurídica de liberdade, no que respeita às dimensões das EADS-----	209
Quadro 52	– Médias e desvios padrão ($M \pm DP$) para as dimensões do EADS por medidas de flexibilização-----	209
Quadro 53	– Médias e desvios padrão ($M \pm DP$) para as dimensões do EADS por trabalho/ocupação no EP-----	210
Quadro 54	– Médias e desvios padrão ($M \pm DP$) para as dimensões do EADS por ter ou não visitas -----	210
Quadro 55	– Médias e desvios padrão ($M \pm DP$) para as dimensões do EADS por consumo de tabaco -----	211
Quadro 56	– Médias e desvios padrão ($M \pm DP$) para as dimensões do EADS por consumo de estupefacientes-----	211
Quadro 57	– Médias e desvios padrão ($M \pm DP$) para as dimensões do EADS por comportamentos auto e hetero-agressivos -----	212

Quadro 58	– Médias e desvios padrão (M±DP), Teste-t e graus de liberdade (GL) para a comparação entre imputáveis e inimputáveis no respeito às escalas do <i>Brief COPE</i> ---	212
Quadro 59	– Médias e desvios padrão (M±DP) para a comparação entre primários e reincidentes no que respeita às escalas do <i>Brief COPE</i> -----	214
Quadro 60	– Médias (M) e desvios padrão (DP) para a comparação entre os diferentes períodos em que se encontram em privação jurídica de liberdade, quanto às escalas do <i>Brief COPE</i> -----	215
Quadro 61	– Estratégias de <i>coping</i> utilizadas com maior ou menor frequência (oscilando entre M=2,63 até M=1,60 e inferiores à M≤1) entre os (in)imputáveis, nos diferentes períodos de cumprimento de pena ou medida de segurança -----	216
Quadro 62	– Médias (M) e desvios padrão (DP) para as escalas do <i>Brief COPE</i> por medidas de flexibilização-----	218
Quadro 63	– Médias (M) e desvios padrão (DP) para as escalas do <i>Brief COPE</i> por trabalho/ocupação no EP-----	219
Quadro 64	– Médias (M) e desvios padrão (DP) para as escalas do <i>Brief COPE</i> por ter ou não visitas -----	221
Quadro 65	– Médias (M) e desvios padrão (DP) para as escalas do <i>Brief COPE</i> por consumo de tabaco -----	222
Quadro 66	– Médias (M) e desvios padrão (DP) para as escalas do <i>Brief COPE</i> por consumo de estupefacientes-----	224
Quadro 67	– Médias e desvios padrão (M±DP) para as escalas do <i>Brief COPE</i> por comportamentos auto e hetero-agressivos -----	225
Quadro 68	– Médias e desvios padrão (M±DP), Teste-t e graus de liberdade (GL) para a comparação entre imputáveis e inimputáveis relativamente às dimensões do ESSS ---	226
Quadro 69	– Médias e desvios padrão (M±DP) para a comparação entre primários e reincidentes relativamente às dimensões do ESSS-----	227
Quadro 70	– Médias e desvios padrão (M±DP) para a comparação entre os diferentes períodos em que se encontram em privação jurídica de liberdade, quanto às dimensões do ESSS -----	227
Quadro 71	– Médias e desvios padrão (M±DP) para as dimensões do ESSS por medidas de flexibilização-----	228
Quadro 72	– Médias e desvios padrão (M±DP) para as dimensões do ESSS por trabalho/ocupação no EP-----	229
Quadro 73	– Médias (M) e desvios padrão (DP) para as dimensões do ESSS por ter ou não visitas -----	229
Quadro 74	– Médias (M) e desvios padrão (DP) para as dimensões do ESSS por consumo de tabaco -----	230
Quadro 75	– Médias (M) e desvios padrão (DP) para as dimensões do ESSS por consumo de estupefacientes-----	230
Quadro 76	– Médias (M) e desvios padrão (DP) para as dimensões do ESSS por comportamentos auto e hetero-agressivos -----	231
Quadro 77	– Correlações significativas entre as variáveis que as apresentam e as escalas do CAQ, na amostra total-----	233
Quadro 78	– Correlações significativas entre as variáveis que as apresentam e as escalas do CAQ, junto dos imputáveis-----	234
Quadro 79	– Correlações significativas entre as variáveis em que as apresentam e as escalas do CAQ, junto dos inimputáveis -----	234
Quadro 80	– Correlações significativas entre as variáveis que as apresentam e as dimensões do SF-8, na amostra -----	235
Quadro 81	– Correlações significativas entre as variáveis que as apresentam e as dimensões do SF-8, nos imputáveis -----	236
Quadro 82	– Correlações significativas entre as variáveis que as apresentam e as dimensões do SF-8, nos inimputáveis-----	236
Quadro 83	– Correlações significativas entre as variáveis que as apresentam e as escalas do EADS, na amostra -----	237
Quadro 84	– Correlações significativas entre as variáveis que as apresentam e as escalas do EADS, nos imputáveis -----	237
Quadro 85	– Correlações significativas entre as variáveis que as apresentam e as escalas do EADS, nos inimputáveis-----	237
Quadro 86	– Correlações significativas entre as variáveis que as apresentam e as escalas do <i>Brief COPE</i> , na amostra -----	238
Quadro 87	– Correlações significativas entre as variáveis que as apresentam e as escalas do	238

	<i>Brief COPE</i> , nos imputáveis -----	
Quadro 88 –	Correlações significativas entre as variáveis que as apresentam e as escalas do <i>Brief COPE</i> , nos imputáveis -----	239
Quadro 89 –	Correlações significativas entre as variáveis que as apresentam e as escalas do ESSS, na amostra -----	240
Quadro 90 –	Correlações significativas entre as variáveis que as apresentam e as escalas do ESSS, nos imputáveis -----	240
Quadro 91 –	Correlações significativas mútuas entre as variáveis envolvidas nas hipóteses levantadas -----	241
Quadro 92 –	Correlações <i>r</i> de Pearson e valor de significância (<i>p</i>) entre as escalas do CAQ e as dimensões/componentes do SF -----	242
Quadro 93 –	Correlações <i>r</i> de Pearson e valor de significância (<i>p</i>) entre as escalas do CAQ e as do EADS -----	243
Quadro 94 –	Correlações <i>r</i> de Pearson e valor de significância (<i>p</i>) entre as escalas do CAQ e as do <i>Brief COPE</i> -----	244
Quadro 95 –	Correlações <i>r</i> de Pearson e valor de significância (<i>p</i>) entre as escalas do CAQ e as dimensões do ESSS -----	245
Quadro 96 –	Correlações <i>r</i> de Pearson e valor de significância (<i>p</i>) entre as dimensões do SF-8 e as dimensões do EADS -----	245
Quadro 97 –	Correlações <i>r</i> de Pearson e valor de significância (<i>p</i>) entre as dimensões do SF-8 e as escalas do <i>Brief COPE</i> -----	246
Quadro 98 –	Correlações <i>r</i> de Pearson e valor de significância (<i>p</i>) entre as dimensões do SF-8 e as do ESSS -----	247
Quadro 99 –	Correlações <i>r</i> de Pearson e valor de <i>p</i> entre as dimensões do EADS e as escalas do <i>Brief COPE</i> -----	247
Quadro 100 –	Correlações <i>r</i> de Pearson e valor de significância (<i>p</i>) entre as dimensões do EADS e as dimensões do ESSS -----	247
Quadro 101 –	Correlações <i>r</i> de Pearson e valor <i>p</i> entre as escalas do <i>Brief COPE</i> e as dimensões do ESSS -----	248
Quadro 102 –	Valores de Alpha de Cronbach para os instrumentos de avaliação em estudo -----	249

III – Índice dos gráficos

Gráfico 1 –	Distribuição da amostra total por idade -----	169
Gráfico 2 –	Distribuição da amostra por distrito de residência -----	170
Gráfico 3 –	Distribuição da amostra por trabalho/atividade exercida em liberdade -----	172
Gráfico 4 –	Distribuição da amostra por ano em que iniciou o cumprimento de medida privativa de liberdade -----	178
Gráfico 5 –	Distribuição da amostra por tempo em que está em cumprimento de medida privativa de liberdade -----	178

IV – Índice dos anexos

Anexo 1 –	<i>Guião de Entrevista</i> -----	304
Anexo 2 –	Termo de <i>Consentimento Informado</i> -----	306
Anexo 3 –	<i>Questionário de Análise Clínica (CAQ)</i> -----	306
Anexo 4 –	<i>Questionário do Estado de Saúde-8 (SF-8)</i> -----	306
Anexo 5 –	<i>Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS)</i> -----	306
Anexo 6 –	<i>Brief COPE</i> -----	307
Anexo 7 –	<i>Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)</i> -----	307
Anexo 8 –	Resultados obtidos a partir do tratamento dos dados com o SPSS, relativos à amostra -----	307
Anexo 9 –	Associações entre os resultados dos instrumentos de avaliação e as principais variáveis de estudo -----	329
Anexo 10 –	Fiabilidade dos instrumentos de avaliação -----	344
Anexo 11 –	Outros resultados envolvidos na discussão das hipóteses -----	348

Introdução

O presente trabalho surge na sequência do levantamento de algumas questões, especialmente relacionadas com a saúde, colocadas pela autora desta investigação ao longo dos 13 anos consecutivos de exercício de funções como clínica na área da psicologia, junto de uma população diversa, residente em espaços físicos diferenciados pertencentes a uma instituição prisional da zona Norte do país: imputáveis instalados no *Regime Comum* e na *Unidade Livre de Droga* e doentes mentais inimputáveis internados numa clínica, construída para o efeito, situada dentro do espaço geográfico da mesma instituição.

O facto de se assistir, especialmente na última meia dúzia de anos, ao progressivo desmantelamento da rede de serviços clínicos de psicologia existentes nos serviços prisionais (no qual a autora se incluía), tendo sido substituído por serviços externos, sem aproveitamento do *know-how* e da praxis desenvolvidos ao longo de mais de uma década de anos, também fez aguçar o desejo de procurar aferir o grau de adesão dos (in)imputáveis a esta investigação e, por conseguinte, da probabilidade da sua pertinência.

Tendo por base estes elementos, o principal objectivo que norteia a presente investigação é estudar o estado de saúde e os factores de risco psicossociais e comportamentais com ele relacionados, junto dos referidos cidadãos juridicamente privados de liberdade.

Assim, no primeiro capítulo iremos abordar a saúde numa perspectiva bio-psico-social, balizando grandes marcos históricos evolutivos envolvidos na construção do seu conceito, ou seja, o período pré-cartesiano, a génese e desenvolvimento do modelo biomédico e as três grandes revoluções da saúde. Iremos também, nesta parte, debruçarmo-nos sobre algumas questões resultantes da dinâmica bio-psico-social do comportamento humano, como o risco, o estilo de vida, normal/anormal/patológico e a atribuição de significados às situações/acontecimentos de vida. Essa dinâmica envolve ainda, entre outros aspectos, a internalização de valores pró e/ou anti-sociais, as escolhas pessoais, as tomadas de decisão e outros aspectos ligados à emergência do comportamento, a qual tem como motor a motivação, que será aqui abordada à luz da *Teoria da Autodeterminação*. E, porque a noção de saúde não é alheia à privação jurídica de liberdade faremos uma breve referência às principais teorias explicativas dos comportamentos social e criminalmente reprováveis/puníveis, assim como a algumas questões de âmbito jurídico-penal, como a regulação dos comportamentos fora da norma, as noções de liberdade e de privação jurídica de liberdade, os conceitos de imputabilidade e inimputabilidade.

No segundo capítulo consideramos pertinente fazer uma breve abordagem a algumas questões deontológicas e éticas envolvidas na avaliação psicológica no campo da saúde/clínica junto de (in)imputáveis. Uma dessas questões prende-se com o consentimento informado, que aqui será tratado à luz das principais regulamentações internacionais e das várias abordagens existentes no ordenamento jurídico português, ou seja, no Direito Constitucional, Direito Civil, Direito Penal, Direito da Saúde (conjunto de legislação avulsa existente nesta área) e, particularmente, a noção e pressupostos sobre esta matéria consagrados no *Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses*. Também neste capítulo trataremos de questões relativas à avaliação para aceder a alguns comportamentos, entre as quais as de ordem deontológica. E, ainda, abordaremos os principais constructos envolvidos nos instrumentos de avaliação que utilizámos nesta investigação, isto é, inerentes à entrevista estruturada e aos restantes instrumentos de avaliação (como personalidade, percepção do estado de saúde, ansiedade, depressão e stresse, *coping* e suporte social).

Por fim, o terceiro capítulo é dedicado ao estudo de campo. Nele trataremos de questões relativas ao método: definição do problema, apresentação dos principais objectivos da investigação, indicação das hipóteses levantadas, identificação das variáveis envolvidas, referência ao tipo de desenho adoptado, menção aos participantes, abordagem aos instrumentos de avaliação utilizados e clarificação do tipo de procedimento seguido. Os instrumentos de avaliação abordados serão os seguintes: *a)* entrevista estruturada, construída especificamente para a recolha de dados sociodemográficos, jurídico-penais, institucionais e relacionados com comportamentos de risco envolvidos nesta investigação; *b)* *Questionário de Análise Clínica (CAQ)*, para avaliação da personalidade; *c)* *Questionário do Estado de Saúde-8 (SF-8)*, que visa a medição da percepção do estado de saúde; *d)* *Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS)*, para apreciação desses constructos; *e)* o *Brief COPE*, para aceder às estratégias de *coping* utilizadas; *f)* *Escala de Satisfação com o Suporte Social*, para acesso à percepção da satisfação dos sujeitos relativamente ao suporte social. Feita esta exposição, e com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences 18*, passaremos aos procedimentos estatísticos, que integram a apresentação, a análise e a discussão dos resultados.

No corpo principal deste trabalho, procuraremos prosseguir estes objectivos com a profundidade, a originalidade e a cientificidade exigidas nesta temática, como é expectável numa tese de doutoramento.

CAPÍTULO I

A DINÂMICA BIO-PSICO-SOCIAL NO CIDADÃO JURIDICAMENTE PRIVADO DE LIBERDADE: ABORDAGEM A ALGUMAS QUESTÕES

Breve introdução

O entendimento actual de saúde numa perspectiva bio-psico-social é uma questão complexa e exige uma contextualização histórico-evolutiva. Essa noção envolve, entre outros, escolhas pessoais, tomadas de decisão, comportamentos, que têm subjacentes noções como as de risco versus estilo de vida, normal/anormal/patológico e atribuição de significados às situações/acontecimentos de vida. No entanto, como os comportamentos têm como motor a motivação, entendemos também pertinente fazer uma abordagem a uma das teorias que abraçamos, que envolve a personalidade e a internalização de conceitos.

E, porque nos debruçamos sobre os cidadãos juridicamente privados de liberdade, faremos uma referência sumária à (des)internalização de valores pró-sociais, assim como aos comportamentos social e criminalmente reprováveis/puníveis, à regulação dos mesmos, aos conceitos de liberdade, privação jurídica da mesma e de (in)imputabilidade.

1.1. Saúde: evolução do conceito

A abordagem à evolução do conceito de saúde exige uma revisão sumária das balizas histórico-evolutivo-temporais que permitam um melhor enquadramento e uma mais fácil compreensão dos principais marcos envolvidos na definição desse conceito. Será, porém, objecto de tratamento especial a noção actual de saúde, que a partir de finais da 2.^a Guerra Mundial começou a constituir o principal foco de preocupação dos seres humanos.

1.1.1. Balizas histórico-evolutivas facilitadoras da compreensão do conceito de saúde

A evolução do conceito de saúde é, quanto a nós, mais claramente compreendida se tivermos presente alguns referenciais histórico-evolutivos. No âmbito deste trabalho apenas nos cingiremos, por ora, a alguns dos marcos temporais ligados a esse conceito, que consideramos de grande relevância e que se encontram referenciados no Quadro 1.

Quadro 1 – Revoluções da saúde versus revoluções industriais versus grandes vagas

MARCOS TEMPORAIS	PRINCIPAIS MARCOS EVOLUTIVOS REFERENTES AO CONCEITO DE SAÚDE	REVOLUÇÕES INDUSTRIAIS	GRANDES VAGA
8000 a. C.	↓ ESCOLA DE CÓS (Hipócrates, séculos V-IV a.C.)	Revolução agrícola – sedentarismo	PRIMEIRA VAGA Sociedade agrícola (8000 a. C. – 1650/1750 d.C.) (Felício, 2007; Hope & Hope, 1997; Toffler, 1993, cit. in Chaves, 1993; Toffler, 2000; Toffler & Toffler, 1999)
C. 1650	↓ DESENVOLVIMENTO DO MODELO BIOMÉDICO (início no século XVII d.C.)	Arranque da Revolução Industrial (c.1650/1750 d.C.)	
C. 1750	1.ª REVOLUÇÃO DA SAÚDE (CNECV, 1995; Pais-Ribeiro, 1998, 2005a, 2005b)	1.ª REVOLUÇÃO INDUSTRIAL (c. 1750 – c.1850) (Ariès & Duby, 1990a; Hobsbawm, 1992)	SEGUNDA VAGA Sociedade industrial (c.1750 – 1955) (Felício, 2007; Hope & Hope, 1997; Neves, 2009, 2010; Toffler, 1993, cit. in Chaves, 1993; Toffler, 2000; Toffler & Toffler, 1999)
C. 1850		2.ª REVOLUÇÃO INDUSTRIAL (c.1850 – 1970) (Ariès & Duby, 1990b; Hobsbawm, 1988, 1990, 1992; Neves, 2009)	
1955		3.ª REVOLUÇÃO INDUSTRIAL (1970 –) (Ariès & Duby, 1991; Hobsbawm, 1990, 1996; Neves, 2009)	TERCEIRA VAGA Sociedade pós-industrial (da informação & do conhecimento) (1955 –) (Felício, 2007; Hope & Hope, 1997; Neves, 2009; Toffler, 1993, cit. in Chaves, 1993; Toffler, 2000; Toffler & Toffler, 1999)
1970			
Finais da década de 70 do século XX			
C. de meados da década de 80 do século XX	2.ª REVOLUÇÃO DA SAÚDE (WHO, 1978, Richmond, 1979; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005; Pais-Ribeiro, 2005a, 2005b)	QUARTA VAGA Emergência da Bioeconomia (Rifkin, 1999; Toffler, in Almeida, 2000; Toffler & Toffler, 1999)	
Finais da década de 80 do século XX	3.ª REVOLUÇÃO DA SAÚDE (Pais-Ribeiro, 1998)		
C. 2000			

Neste quadro, podemos situar no tempo, de forma comparativa, os grandes marcos da evolução do conceito de saúde com as clássicas grandes revoluções (agrícola e industriais) e com as grandes vagas civilizacionais por que passou a Humanidade ao longo do tempo. Essas balizas temporais ajudam-nos, ainda, a perceber o longo tempo em que o foco de preocupação dos seres humanos se centrou em questões ligadas à doença.

Seguindo esta última nomenclatura, criada nas décadas de 70-80 do século XX pelo casal Toffler (Toffler & Toffler, 1993), as três grandes transformações radicais ocorridas durante o longo do processo evolutivo-civilizacional humano assentaram em amplas e profundas mudanças operadas a vários níveis: económico, social, cultural, político, tecnológico, religioso, institucional “e, até mesmo, filosófico ou, mais precisamente, epistemológico” (p. 42).

No decurso da Primeira Vaga (Toffler, 2000; Toffler & Toffler, 1999), iniciada na civilização agrária de há milhares de anos atrás (8000 a.C.) e que persistiu até à emergência da industrialização (1650/1750), ocorreu a passagem do ser humano de nómada/recolector para sedentário/agricultor. Por todo esse longo período, apesar de se

verificarem importantes progressos técnicos, a principal fonte de riqueza continuava a incidir no trabalho dos campos, na criação de gado e na manufactura artesanal; as principais fontes energéticas do processo produtivo eram pessoas e animais; a força de trabalho, além de contar com pessoas e animais, também assentava na energia hidráulica e eólica; a base da incipiente tecnologia incidia essencialmente no barro, na areia, na madeira, no ferro e no cobre; o sistema de relações comerciais consistia na troca, compra e venda de produtos essencialmente agrícolas; o sistema de crenças/saberes era geralmente estruturado em torno de princípios mágicos e/ou religiosos (Felício, 2007; Marques, 2007; Toffler, 2000; Toffler & Toffler, 1999; Hope & Hope, 1997).

Transcorridos milénios, a Inglaterra soube aproveitar os progressos técnicos e científicos, que haviam sido iniciados de forma mais consistente a partir do século XVI, nomeadamente tirar proveito da máquina a vapor, descoberta em finais do século XVII e que foi sendo sucessivamente aperfeiçoada até que em finais do século XVIII foi aproveitada e aplicada aos meios de transporte e para o incremento da indústria têxtil.

A passagem da manufactura artesanal para a maquinofactura ou manufactura industrial (marca do início da Primeira Revolução Industrial) é considerada o ponto de viragem para a Segunda Vaga (Toffler, 2000; Toffler & Toffler, 1999), durante a qual também se descobre a energia eléctrica, se recorre ao petróleo como principal fonte energética, se utiliza mão-de-obra especializada, e na qual emergem as indústrias metalúrgicas, petroquímicas e automobilísticas (apanágio da Segunda Revolução Industrial). Nesta vaga, os *equipamentos*, as *matérias-primas* (ferro→aço, petróleo...), a *força física do trabalho humano*, que passa a incluir mulheres e crianças, e o *capital* (necessário para os grandes investimentos) assumiriam um *papel essencial como meios de produção*. Criaram-se e aplicaram-se dois inovadores processos de produção: *fordismo* (produção em massa, em linhas de montagem, com divisão especializada do trabalho, como forma de aumentar a produtividade, e controlo da qualidade) e *taylorismo* (controlo do tempo de produção e dos movimentos dos trabalhadores, bem como da divisão do trabalho manual e intelectual).

À estandardização nos produtos (máquinas, veículos, rádios, discos, cinema, medicamentos...), soma-se a padronização das medidas, dos edifícios, dos horários e tarefas a cumprir, das ofertas/procuras de lazer, dos novos hábitos e estilos de vida adoptados..., fruto das profundas alterações políticas, filosóficas, institucionais, socioculturais (em especial no que respeita à mudança de valores e de mentalidade), ambientais (poluição, destruição de ecossistemas), que ainda se fazem sentir no presente.

Ainda nesse período, especialmente no início do século XX, assiste-se ao aumento da esperança num futuro próspero e com mais igualdade e condições laborais e sociais. No entanto, tudo isto acabaria por sofrer um forte abalo, especialmente com o desencadeamento da 1.^a Guerra Mundial e, muito em particular, da 2.^a Guerra Mundial, em virtude do desfecho avassalador desta última, sobretudo pelo elevadíssimo número de mortes, de destruições materiais e pela provocação do choque de mentalidades que causou.

Paralelamente ao incremento da chamada indústria de guerra (transportes aéreos, telegrafia sem fios, de armamento, nomeadamente com recurso à energia nuclear) expandia-se o saber em outras áreas, nomeadamente no campo da medicina e da psicologia, nem sempre de forma ética e de respeito pelos direitos humanos.

Entretanto, a partir de meados da década da 50 do século passado, emerge a Terceira Vaga, na qual se assiste ao desenvolvimento dos meios de comunicação social (rádio e televisão), dos satélites, da robótica, da micro-electrónica, da indústria química, espacial e da biotecnologia, mas principalmente da informática e da internet. Assiste-se à emergência de um novo sistema de produção assente numa nova divisão do trabalho, designado por *pós-fordismo* ou *toyotismo*, que se caracteriza pela produção *just in time*, valorização do trabalho em equipa, utilização de máquinas mais flexíveis que permitissem rápidas modificações, investimento na pesquisa e no controlo de qualidade, e aposta na não concentração das actividades industriais numa mesma área espacial. Os processos de produção inerentes às vagas anteriores foram predominantemente substituídos pelo domínio do conhecimento, nomeadamente os passíveis de armazenar e programar informação selectiva e especializada em chips cada vez mais diminutos, os quais podem ser severamente danificados, bastando destruir o seu sistema de informação. De facto, estando o conhecimento apenas restrito ao(s) cérebro(s) que cria(m)/desenvolve(m), passa a ser difícil quantificar as coisas/bens da empresa. É ainda apanágio desta terceira vaga a desmassificação, isto é, a possibilidade de se poder criar um único produto ou uma pequena quantidade do mesmo se esse for o desejo do consumidor. Efectivamente, se na segunda vaga era grande o custo do fabrico diversificado de produtos, na actual vaga é possível ter uma maior variedade de oferta (quer nos supermercados, quer de programas nos muitos canais televisivos actualmente disponíveis, quer ainda em outros espaços reais ou virtuais), pois é possível programar e automatizar a produção. Até na indústria farmacêutica “*procura-se produzir drogas que actuem contra uma bactéria específica, não afectando outras bactérias nem o restante do organismo*” (Toffler, 1993, cit. in Chaves, 2004).

Concordamos com Alvin Toffler (1993, cit. in Chaves, 2004) quando afirma que também na estrutura da família se verificam alterações:

“[...] No auge da segunda onda [vaga], cerca de 90% das famílias eram nucleares, consistindo de quatro pessoas, o marido, a mulher e dois filhos. O marido geralmente trabalhava fora e a mulher cuidava da casa. Hoje, além da família nuclear, que diminuiu de importância, há muitas famílias em que os dois cônjuges trabalham fora, há pessoas solteiras morando sozinhas, há pessoas solteiras, divorciadas ou viúvas, de ambos os sexos, que têm filhos, há famílias expandidas, que incluem os filhos de casamentos anteriores de um dos cônjuges ou de ambos, há famílias de homossexuais, que às vezes incluem filhos de casamentos anteriores, etc.”

Desde cerca do ano 2000 que se admite estarmos perante a emergência de uma Quarta Vaga, Era da Bioeconomia, do domínio da vida pelo ser humano (Rifkin, 1999; Toffler, cit. in Almeida, 2000). Esta era conta com os avanços do saber na área das biotecnologias/biociências (proteónica, genómica, clonagem, manipulação genética) verificados a partir de meados do século XX: decifração do código genético pelas equipas de Ochoa e de Marshall Nirenberg (1966), concepção do primeiro bebé em laboratório por David M. Rorvik (1973), anúncio da possibilidade de produção de clones humanos por Jerry Hall e Robert Stillman (1993), clonagem do primeiro mamífero por Ian Wilmut (1996), que culminou com nascimento da ovelha Dolly, em 1997 (Neves, 2010). Estes avanços no conhecimento poderão vir a possibilitar a existência de seres humanos biologicamente alterados (Toffler, 2000, cit. in Almeida, 2000). Em 1999 ficou explícito no relatório *Medical Genetics and Biotechnology: Implications for Public Health* a proibição global da modificação humana hereditária, saída da *Conferência sobre Assuntos Éticos da Genética, Clonagem e Biotecnologia* no âmbito da Organização Mundial de Saúde (OMS), realizada em 1999 (World Health Organization, 1999).

Se tivermos em consideração que cada grande vaga tem por base profundas transformações na vida dos seres humanos, conseguimos melhor perceber que o impacto das mesmas repercutiu-se também na saúde e na qualidade de vida dos mesmos. Não nos podemos alhear, no entanto, do facto de, no processo evolutivo, o ser humano ter necessitado de: *a)* cerca de 10 mil anos para passar da revolução agrícola à revolução industrial (Primeira Vaga); *b)* cerca de 300/350 anos para percorrer apenas a Segunda Vaga; *c)* cerca de meia década após a emergência da dita Terceira Vaga para se assistir ao domínio do conhecimento no processo produtivo, a um estonteante ritmo. O acelerado encurtamento das distâncias a percorrer em cada uma das vagas é em muito devido à rapidez, cada vez maior, a que se assiste à catadupa descobertas e/ou desenvolvimento técnico-científicos, que têm vindo a impor alterações, inicialmente nos equilíbrios milenares, e mais recentemente nos equilíbrios de algumas centenas de anos ou meras décadas, a nível dos modelos, conceitos, práticas, valores...

Este estonteante ritmo verificado na maioria das sociedades actuais tem-nas afectado de forma radical e tem-se revelado incompatível com o ritmo evolutivo biopsicológico humano, bem como facilitado interações mais invasivas junto do meio sócio-ambiental.

Quanto ao conceito de saúde, este tem vindo a evoluir, desde as épocas mais remotas, de acordo com a construção de significados/significações próprios de cada uma delas, encontrando-se relacionados essencialmente com o seguinte: *a)* concepções de saúde/doença, quer percebidas como decorrentes dos (des)equilíbrios da Natureza e das funções/estrutura do corpo humano, quer como dependentes de entidades externas passíveis de invadir ou não o organismo, o qual estabelece relações corpo/mente e pessoa/meio sociocultural (familiar, habitacional, escolar, laboral, de lazer, ambiental...); *b)* sistema de crenças, valores e de mentalidades inerentes a cada comunidade e/ou sociedade, conjugados com os próprios de cada época histórica; *c)* evolução dos conhecimentos filosóficos, médicos e de outras áreas do saber, nomeadamente psicológicos; *d)* associação/colisão/desligamento desses conhecimentos de aspectos mágicos, transcendentais e/ou religiosos, também variáveis de comunidade para comunidade e, nestas, ao longo dos diferentes períodos históricos, não tendo sido até ao presente erradicados de algumas culturas/etnias; *e)* aplicação desses conhecimentos em prol da melhoria da qualidade de vida dos seres humanos (Marques, 2007).

1.1.2. Principais marcos evolutivos relacionados com o conceito de saúde

Pais-Ribeiro (1993, 2005b) faz alusão a cinco grandes marcos da evolução dos conceitos de saúde, sendo o período pré-cartesiano o primeiro. Neste, que se insere na Primeira Vaga, colocaremos em destaque apenas os conhecimentos e práticas desenvolvidos na área da saúde pela *Escola de Cós*, mais precisamente por Hipócrates, na Grécia Antiga, cerca de 450/400 anos antes da era de Cristo, pela importância de que se revestem ainda para o tempo presente. Efectivamente, apesar de terem sido progressivamente votados ao esquecimento, em especial a partir da queda do Império Romano do Ocidente, em 476 d.C., seriam recuperados a partir do século XVI/XVII pelos chamados renascentistas (Marques, 2007).

Posteriormente, e seguindo o postulado por Pais-Ribeiro (1993, 2005b), faremos uma breve alusão à emergência/desenvolvimento do modelo biomédico e às duas primeiras

revoluções da saúde, em virtude da Terceira Revolução da Saúde ser, quanto a nós, merecedora de um maior desenvolvimento, pois é a que estamos a atravessar.

1.1.2.1. Período pré-cartesiano

Desde tempos ancestrais que os seres humanos têm vindo a atribuir grande importância e, até mesmo, a venerar elementos indispensáveis à existência de vida, como a Água, o Sol, a Terra e o Ar. Debruçar-nos-emos sobre a forma como a Escola de Cós os integrava no conceito de saúde, por considerarmos que muitos dos conhecimentos e práticas nesse campo, adoptados/desenvolvidos na Antiguidade Clássica, especialmente na Antiga Grécia, constituem uma mais-valia para a actualidade. Apesar de terem sido postos em causa, durante séculos, nas sociedades ocidentais, sobreviveram com o passar dos tempos. Assim, por ser tão abrangente o conceito de saúde, nessa época, e parcialmente transponível para o que concebemos hoje em dia, começaremos por destacar o mais marcante, defendido pela *Escola de Cós*, seguidora dos ensinamentos de Hipócrates (460-377 a.C.).

Hipócrates desenvolveu a sua *Teoria dos Humores* a partir da *Teoria dos Quatro Elementos* de Empédocles de Agrigento (490-430 a.C.). Para Empédocles os elementos atrás referidos estavam na origem de todas as coisas e encontravam-se associados a quatro qualidades: *a) água*, fria e húmida; *b) fogo*, quente e seco; *c) terra*, fria e seca; *d) ar*, quente e húmido (Rasteiro, 2000, p. 14). Esses elementos e as suas qualidades ligavam-se através de forças emotivas, de ordem cosmológica (*centrípeta*, amor; e *centrífuga*, ódio), que lhes conferiam “*a característica de realidades permanentes e eternas*” (respectivamente, união e desintegração), como “*por exemplo, os músculos seriam produzidos pela mistura de todos os elementos em partes iguais e os nervos teriam por base a mistura, em dupla proporção, de água e de fogo*” (Marques, 2000, p. 35).

A teoria de Hipócrates de Cós relacionava os humores (fluidos orgânicos), com as qualidades e os elementos: *a) fleuma* (ou *pituíta*), fria e húmida – água; *b) bílis*, quente e seca – fogo; *c) atrabilis* (ou *bílis negra*), fria e seca – terra; *d) sangue*, quente e húmido – ar (Rasteiro, 2000, p. 14). Segundo a tradição hipocrática o equilíbrio dos humores dependeria da qualidade e propriedades dos elementos, que, por sua vez, estariam relacionados com diversas variáveis, como geográficas, climatéricas e ambientais, como atesta o excerto abaixo extraído da obra *Tratado dos Ares, das Águas e dos Lugares*, de Hipócrates, traduzido por António Marques (2000):

“Quem queira estudar perfeitamente a ciência médica deve fazer o seguinte: em primeiro lugar, ocupar-se dos efeitos que pode ocasionar cada uma das estações do ano, pois não se parecem em nada mutuamente, mas diferem muito, não só entre si, como nas suas mudanças. Depois, é preciso conhecer os ventos, quentes e frios, especialmente os que são comuns a todos os homens, e, além disso, os típicos de cada país. Também deve ocupar-se das propriedades das águas, pois, tal como diferem na boca e pelo seu peso, assim também é muito distinta a propriedade de cada uma. Quando se chega a uma cidade desconhecida, é preciso preocupar-se pela sua posição: como está situada no que diz respeito aos ventos e à exposição ao sol, pois não tem as mesmas propriedades a que está voltada ao Norte e a que dá para o Sul, nem a orientada para o sol nascente e a que mira o Poente. Há que ocupar-se disso da melhor maneira, e, ainda de que águas dispõem os habitantes: se consomem águas pantanosas e brandas, ou duras e procedentes de lugares elevados e rochosos, ou salgadas e cruas. A respeito do solo, há que saber se é liso e seco, ou frondoso e húmido, e se está apertado e é sufocante, ou elevado e frio.” (p. 35)

Mas, Hipócrates (2007), em *Da Natureza do Homem*, acresce que o referido equilíbrio depende ainda de outros factores, como do exercício físico, da idade e aparência da pessoa, das dietas que cada um faz, como nos dá conta no excerto abaixo, traduzido por Henrique Cairus.

“Além dessas coisas, é preciso saber também isto: que as doenças que a repleção engendra, a evacuação as cura; as doenças que surgem pela evacuação, a repleção as cura; as que são oriundas do exercício, a pausa cura, e as que são geradas pela inércia, cura-as o exercício. (...) [As] dietas de cada um de nós não são a causa, quando a doença ataca a todos sucessivamente: aos mais jovens e aos mais velhos, igualmente às mulheres e aos homens, aos que se embriagam com vinho e aos que bebem água, aos que comem massa da cevada e aos que se nutrem de pão, aos que se exercitam muito e aos que se exercitam pouco; então a causa não poderia ser a dieta, quando os homens que seguem todos os tipos de dietas são tomados pela mesma doença. Mas, quando as doenças de toda espécie surgem ao mesmo tempo, é evidente que as dietas são a causa, cada qual de uma doença respectiva, e o procedimento de cura deve ser realizado contra o verdadeiro motivo da doença (...) e pela mudança das dietas. Pois é evidente que as dietas que o homem segue não lhe são propícias, quer em sua totalidade, quer em grande parte, quer em um só de seus pontos; deve-se adequar o que foi observado, tendo em vista a natureza, a idade e a aparência do homem, a estação do ano e o tipo de doença, e proceder ao tratamento, ora separando, ora juntando os elementos, como foi dito outrora por mim, e lutar contra cada condição das idades, das estações, dos aspectos, das doenças, com remédios e com dietas.” (p. 9)

Os diferentes estados de equilíbrio (*eucrasia*) ou de doença e dor (*discrasia*) dependiam não só da qualidade dos elementos, mas da quantidade em que se encontravam no corpo, como afirma Hipócrates (2007), na mesma obra.

“Tem saúde, precisamente, quando estes humores são harmônicos em proporção, em propriedade e em quantidade, e sobretudo quando são misturados. O homem adoece quando há falta ou excesso de um desses humores, ou quando ele se separa no corpo e não se une aos demais. Pois é necessário que, quando um desses humores se separa e se desloca para adiante de seu lugar, não só este lugar donde se desloca adoeça, mas também o lugar no qual ele transborda, ultrapassando a medida, cause dor e sofrimento.” (p. 4)

A concepção hipocrática atribuía a ausência de saúde a causas naturais que obedeciam às leis da Natureza e não a influências mágico-religiosas, bem como admitia que apesar de uma determinada enfermidade se poder manifestar em diferentes pessoas, os sintomas que as causavam surgiriam em cada uma delas de forma particular.

Hipócrates advogava também que era impossível observar/analisar partes corporais sem entendê-las na realidade do todo, que é o *corpo* integrado no *cosmos*, e que a *psique*

ou *alma* desempenhava uma função reguladora no ser humano (Rodrigues, 2008). Segundo este autor, em *Sobre o Regime*, um dos livros do *corpus hippocraticum*, a alma é concebida como material. Assim, sendo a alma composta por fogo e água – ora quente e seca, ora fria e húmida – que percorria as veias, as disposições da alma (como ansiedade, agressividade, astúcia, indolência, benevolência...) dependeriam então da natureza das veias, além de assentarem também numa explicação humoral. A título de exemplo, o excesso de *bilis negra* seria a causa da tristeza, da angústia e do medo, da melancolia (“*Quando o medo ou a tristeza duram muito tempo, há um estado melancólico*”, Hipócrates, 2007, “Sexta Secção”, 23) e a sua cura passava pela refrigeração do cérebro, através da *pituíta*.

Mas, além destes “*sintomas psíquicos*” e dos referidos atrás nos excertos, este filósofo grego fala de outros, entre os quais se contam o “*consumo exagerado de bebida, de alimentos; distúrbios do sono; vícios; exagero no trabalho; anseios; arrebatamentos; desejos; medos; vergonha; cólera e tudo aquilo que entristece*” (Silveira, 2005, pp. 49-50). Este mesmo autor refere que para Hipócrates o corpo apresentaria reacções fisiológicas decorrentes destes “*sintomas psíquicos*”, como “*suores, batimentos cardíacos e outras reacções*” (p. 50).

Uma das preocupações na Antiga Grécia assentava na procura do bem-estar físico e mental da população, celebrizando o princípio de *mente sã em corpo sã*, o qual foi seguido pelos Romanos: *mens sana in copore sano*. No entanto, estes descurariam em dar continuidade aos estudos dos Gregos, contrariamente aos Árabes, que aproveitavam o espólio dos povos conquistados, nomeadamente para alargarem/desenvolverem os seus conhecimentos. Soma-se a este factor a ocorrência da queda do Império Romano, o que contribuiu para que a Europa fosse “*assolada por sucessivas e grandes invasões de diferentes povos*” (Marques, 2007, p. 34). Assistiu-se, então, à emergência de uma miscelânea de línguas que, ao dificultar as comunicações, favorecia “*a ignorância generalizada do latim, único suporte dos conhecimentos científicos*” no Ocidente, apesar de ter conseguido subsistir e ser propagado (Marques, 2007; Sournia, 1995, p. 97).

Os avanços verificados na Antiguidade Clássica na compreensão da saúde física e mental foram sendo abandonados, passando progressivamente a retornar-se ao entendimento à luz das crenças religiosas, fenómenos místicos e superstições.

Com isto pretendemos dizer que não só as noções de carácter objectivo que envolviam aqueles conceitos de interacção e de funcionalidade corpo/psique se foram perdendo até à Renascença, mas também outros importantes legados hipocráticos, como: a) a importância atribuída à qualidade da relação médico-doente que, na sua perspectiva,

exerceria influência sobre o bem-estar do segundo; *b*) o célebre *Juramento de Hipócrates* (século V a.C.), autêntico código deontológico médico que, embora com as necessárias alterações, perdura até à presente (Marques, 2007).

De facto, logo no início do período designado pela historiografia clássica de Idade Média, verifica-se que a construção teórica da realidade, nomeadamente no campo do saber médico, passou a ficar a cargo dos monges dos mosteiros. Esses monges, além de dominarem a leitura e a escrita do latim, tinham acesso ao acervo bibliográfico dos autores clássicos, sendo-lhe permitido dedicarem-se à reprodução manuscrita desses textos e à interpretação dos mesmos baseados na fé. Paralelamente, a construção da realidade mundana assentava na ênfase dos laços comunitários através da união pela crença em Deus. Porém, essa visão global, monástica e laica da realidade/mentalidade nas sociedades ocidentais perpassou toda a Idade Média e apenas seria posta em causa no Renascimento (séculos XV-XVI).

1.1.2.2. Génese e desenvolvimento do modelo biomédico

Seria então no alvorecer da Modernidade que se investiria na busca pelo (des)envolvimento do pensamento humanista e individualista já propugnado pelos autores da Antiguidade Clássica, mormente gregos, que conduziu a uma ávida procura pelos textos originais desses autores, bem como de cópias manuscritas monásticas (Marques, 2007). Com isto, pretendia-se retomar conhecimentos daquela época e, aproveitando o potencial cognoscente humano, partir em busca não só de uma nova concepção do ser humano, mas também do alargamento do conhecimento, compreensão e transformação da Natureza, através do questionamento de muitas coisas/ideias e do recurso à experimentação fundada no método quantitativo, como veremos adiante.

A visão mecanicista e reducionista do Homem e da Natureza inicialmente teorizada no século XVII, de orientação científica, encerra os princípios meta-teóricos do modelo biomédico. Estes fundam-se nos princípios básicos das ciências enquadrados no chamado modelo cartesiano ou mecanicista, cujos principais teorizadores consensualmente aceites foram Galileu Galilei (1564-1642), René Descartes (1596-1650) e Isaac Newton (1643-1727) (Annandale, 1998; Tubiana, 2000).

Galileu pôs em causa a tradição medieval e legou-nos a base do método científico na sua obra *O Ensaizador* (1623). Ficou conhecido como “*pai da ciência moderna*”, não só por defender que a compreensão e transformação da realidade/Natureza são passíveis de

serem percebidas através do recurso a medições e da experimentação, mas também por ter contrariado/descoberto/criado várias leis que puseram em causa muitos dos saberes até então incontestáveis desde a Antiguidade Clássica (Annandale, 1998; Tubiana, 2000), entre os quais a demonstração da teoria heliocêntrica de Copérnico (1473-1543). A defesa desta teoria valeu-lhe a instauração de um processo pela *Inquisição*, que acabaria por condená-lo à morte. De referir que no decurso da sua defesa nesse processo embora expressasse reconhecer “que a *Escritura jamais pode mentir ou errar, mas serem seus decretos de absoluta e inviolável verdade*”, defendia que a interpretação literal da mesma poderia conduzir “*não apenas [a] diversas contradições, mas [também a] graves heresias e blasfêmias*”, por necessitar “*de exposições diferentes do significado aparente das palavras*”, pelo que “*nas disputas naturais dever-se-ia reservar-lhe o último lugar*” (Galileu, cit. in Nascimento, 1988, pp. 18-19).

Descartes (2004) concebia a Natureza como uma máquina perfeita (um relógio com as suas peças e engrenagens) que obedecia a leis matemáticas previsíveis e precisas (Annandale, 1998; Pinto, 2009; Tubiana, 2000) e aplicou esta teoria ao ser humano. Concebia-o como uma “*máquina*” criada por Deus, que possuía um organismo formado por peças, conforme o excerto abaixo, da obra *Discurso do Método*, traduzida por Pinharanda Gomes (Descartes, 2004):

“Sabendo como os diversos autómatos ou máquinas moventes, que o engenho humano pode conceber sem empregar muitas peças em comparação com a multidão de ossos, músculos, nervos, artérias, veias e todas as partes de que se compõe o corpo de cada animal, considerar este corpo como uma máquina que, feita pelas mãos de Deus, está incomparavelmente mais bem ordenada, e tem movimentos mais admiráveis que qualquer uma das inventadas pelos homens.” (p. 54).

Para Descartes as peças possuíam propriedades passíveis de serem compreendidas através do estudo, em separado, de cada uma delas (Annandale, 1998; Pinto, 2009; Tubiana, 2000). Assim, seria possível identificar os mecanismos de funcionamento do ser humano e, se saudável, era comparável a um relógio com bom funcionamento, se doente, a um avariado (com problemas nas engrenagens). Como toda a máquina, os seres humanos necessitam de um motor que permita o funcionamento das suas funções fisiológicas, o coração (Pinto, 2009). Para Descartes a alma está no centro cérebro, liga-se ao corpo através de uma glândula, tem como função pensar e “*é de uma natureza inteiramente independente do corpo e que, por isso, não se encontra sujeita a morrer com ele, pois, visto que não se encontram outras razões que a destruam, somos levados imediatamente a pensar que é imortal*” (Descartes, 2004, p. 57). Considera, assim, que a máquina humana não é perfeita, pois a essência da natureza humana está no pensamento, base dos caminhos para o conhecimento da verdade, assente na intuição e necessária dedução (análise).

As teorias físico-matemáticas de Newton confirmaram a visão cartesiana do corpo e do mundo como uma grande máquina a serem explorados. Porém, distanciando-se da “dúvida metódica” de Descartes, que consistia em duvidar de tudo o que se pode submeter à dúvida, excepto da existência dele próprio como pensador, Newton postulou que o Universo é uma gigantesca máquina, na qual há lugar à certeza absoluta, pois tudo tem uma causa e é pré-determinado. Segundo ele, e recorrendo aos conceitos mecanicistas, essa máquina é composta por pequenas partículas (átomos) “*sólidas, maciças, duras, impenetráveis, móveis (...) incomparavelmente mais duras do que quaisquer corpos porosos que delas se componham e mesmo tão duras a ponto de nunca se consumir ou partir em pedaços*” (Newton, 2002, p. 290). Defendia que essas partículas se movimentam de modo sincrónico e que qualquer fenómeno que ocorra pode ser explicado tendo em conta o tamanho, a forma, o número e o movimento das partículas constituintes dos corpos. Newton acrescenta ainda ao conceito de matéria e movimento, próprios do mecanicismo cartesiano, a noção de espaço (vazio onde se movem partículas), de atracção/repulsão (relação entre as partículas) e de gravidade. Na sua concepção, o corpo animal movia-se comandado pela vontade, como podemos ler no excerto abaixo da obra *Principia. Mathematical Principles of Natural Philosophy*, publicada em 1687 (Newton, 2002).

“*Isto é, [...] todas as sensações são excitadas, e todos os membros do corpo do animal se movem sob comando da vontade, ou seja, por meio das vibrações deste espírito, que mutuamente se propaga ao longo dos sólidos filamentos dos nervos, desde os órgãos externos aos sentidos até ao cérebro, e do cérebro até aos músculos.*” (“Escólio geral”, (6))

As teorias de Newton sobre o Universo seriam as propulsoras de uma concepção diferente de todos os seres vivos. Para ele, sendo a Terra um organismo vivo, o meio natural (a mãe Natureza) era uma força viva, receptiva e nutritiva do ser humano e dos seus desejos. A título de exemplo, no que respeita ao “corpo animal”, concebido como parte integrante do Universo, comparava os fluidos dele constantes (como o sangue e a saliva) aos rios, mares e lagoas.

Porém, se as teorias newtonianas possibilitaram a explicação de muitos fenómenos, progressivamente a medicina mecanicista dotaria os médicos dos instrumentos requeridos para lidar com as doenças de um modo geral. William Harvey (1578-1647), por exemplo, na sua obra *Exercitatio Anatomica de Motu Cordis et Sanguinis in Animalibus* (1628 – *Tratado Anatómico sobre o Movimento do Coração e do Sangue nos Animais*), revela que no seu estudo da circulação sanguínea, fazia “*com o sangue experiências semelhantes às que Galileu fazia com as pedras*”, ou seja, analisava o sangue “*em termos de volume, de fluxo, de rapidez*” (Jacob, 2001, pp. 39-42; Marques, 2007).

Segundo Pais-Ribeiro (1993), e de forma sintética, o modelo biomédico constituiu um *volte face* nos progressos/reorientação da teoria, investigação e prática médicas: a) ao invés de considerar que todos os sistemas corporais funcionavam como um todo, estes passaram a ser reduzidos a partes, as quais poderiam ser objecto de tratamento em separado; b) concomitantemente, a atenção médica deixou de se centrar nas particularidades e idiossincrasias do indivíduo, mas sim nas características universais de cada doença; c) sobrepuseram-se critérios imbuídos de forte materialismo aos factores não ambientais anteriormente tidos como relevantes (comportamentais, morais e sociais).

Quanto a Portugal, no período dito dos Descobrimentos, assistiu-se à emergência de profícuos estudos e descobertas que deram grande contributo para o alargamento do conhecimento, nomeadamente no campo da medicina, os quais concorreram para o desenvolvimento do saber de orientação pré-científica. Seria nesse período que Amato Lusitano, nome pelo qual era conhecido o médico João Rodrigues de Castelo Branco (1511-1568), elaborou um código com base no de Hipócrates, o *Juramento de Amatus Lusitanus* (1559), o qual não chegou a vingar, como outros propostos (Ferreira, 1990; Marques, 2007). Porém, não conseguimos acompanhar a revolução científica, especialmente a partir do século XVII, verificada em outros países europeus, apesar de alguns estudos meritórios desenvolvidos (Marques, 2007). Até mesmo o processo de industrialização verificado na Europa setecentista chegaria ténue e tardiamente ao país, apenas no primeiro quartel oitocentista.

Apesar disso, Portugal conheceu, no século XVIII pombalino, alguma abertura aos ventos europeus trazidos pelos estrangeirados. Destacaram-se nesse período o médico António Nunes Ribeiro Sanches (1699-1783) e o pedagogo Luís António Verney (1713-1792), que exerceram influência nas reformas pombalinas do ensino (Marques, 2007; Neves, 1996). O primeiro, que fugira do país em 1726 e não mais regressaria temendo a Inquisição, evidenciou-se pela notoriedade que granjeou por toda a Europa e pelas suas obras, que influenciaram a estruturação do curso de medicina da Universidade de Coimbra, “o qual deveria começar pelo estudo da história da medicina, para só depois avançar para os conteúdos clínicos baseados nos conhecimentos científicos e filosóficos actualizados, da época” (Marques, 2007, p. 70; Ferreira, 1990; Neves, 1996). Apesar de Verney, segundo estes autores, ter retornado ao país, iniciando a reforma do ensino, desde o elementar ao universitário, nomeadamente do curso de medicina, partiria definitivamente para Roma devido à polémica levantada com as inovações que propunha.

Não esqueçamos, porém, que além dos epistemólogos referidos neste ponto, muitos foram os que avançaram na senda do (des)envolvimento do conhecimento necessário aplicando, aperfeiçoando e/ou criando saber, e que não serão nem foram aqui abordados por apenas termos intenção de fazer uma breve referência à gênese e ao desenvolvimento do modelo biomédico.

1.1.2.3. Primeira Revolução da Saúde: consolidação e apogeu do modelo biomédico e prevenção da doença

A chamada Primeira Revolução da Saúde (PRS) é consensualmente situada no período que medeia os finais do século XVIII e os finais da década de 70 do século XX. Assim, seguindo como referencial as balizas históricos-evolutivas temporais apresentadas no Quadro 1 (ver p. 18), a PRS teve início pouco depois do marco definido para o começo da Segunda Vaga (c. 1750 a 1955), tendo avançado pelos princípios da Terceira Vaga (Pais-Ribeiro, 1993, 1998, 2005b; Toffler, 2000; Toffler & Toffler, 1999). Ou, se preferirmos, a PRS iniciou-se, segundo historiadores clássicos, em plena Primeira Revolução Industrial e perpassou toda a designada Segunda Revolução Industrial e parte da chamada Terceira Revolução Industrial (Felício, 2007; Hope & Hope, 1997; Toffler, 2000; Toffler & Toffler, 1999).

Posto isto, na continuidade dos pressupostos defendidos no século XVII, atrás referidos, e provavelmente em virtude do aperfeiçoamento da máquina, no século XVIII, que passou a ganhar “alma” através da energia a vapor, manteve-se a busca por evitar que os sentidos induzissem em erro os investigadores. Assim, para que tal não ocorresse, deveriam investir na criação de instrumentos mecânicos que os ajudassem a não incorrer em tal risco. Entre os principais teorizadores destas concepções contam-se Robert Hooke (1635-1703) e Julien Offray de la Mettrie (1709-1751).

Hooke advoga, na sua obra *Micrografia* (1665, tradução de Carlos Santos, 1989), que deveríamos ter cuidado com os “sentidos” (nomeadamente com o *sexto sentido*) por terem fragilidades. Assim, poderíamos “*remediar as suas debilidades com instrumentos, como se se tratasse de acrescentar órgãos artificiais aos naturais*”, considerando que não seria “*improvável que se possam encontrar muitas invenções mecânicas que melhorem os nossos sentidos da audição, do cheiro, do sabor e do tacto*” (p. 124).

La Mettrie vai mais longe e concretiza a teoria homem-máquina na sua obra “*L’Homme Machine*” (1748), postulando o seguinte: *a*) o ponto de partida para o estudo

da Natureza é o ser humano; *b*) a máquina humana é tão complexa “*que é impossível termos uma ideia clara da mesma*” e, por isso, dificuldades em defini-la (2010, p. 7); *c*) a diversidade nos seres humanos depende da combinação dos “humores” (fluidos); *d*) a razão e os sentidos são propriedades do cérebro dos animais (inclui o ser humano); *e*) estes têm uma estrutura semelhante e estão submetidos às mesmas leis, nomeadamente morrer; *f*) em ambos, as propriedades da alma manifestam-se no corpo e têm como guia os sentidos, que nos conduzem à verdade; *g*) a alma embora condicionada pelo corpo, domina-o inteiramente; *h*) o estudo dos fenómenos envolve causas e efeitos; *i*) uma lesão nos sentidos (nervos e cérebro) pode levar à incapacidade de sentir, discernir, conhecer; *j*) as máquinas, à semelhança do ser humano, também têm “alma”, pois são passíveis de pensar e falar; *k*) “*os corpos animados terão tudo o que é necessário para se mover, sentir, pensar, arrependem-se e comportar-se [...] na física e na moral que dele depende*” (p.71).

Não esqueçamos, porém, que, se desde o arranque da industrialização até finais da Primeira Revolução Industrial começamos a observar desequilíbrios sócio-ambientais e um agravamento das condições laborais, espaço-habitacionais e sociais, estes passaram a ser massivos e, até mesmo, mais agressivos durante a Segunda Revolução Industrial, trazendo progressivas e nefastas consequências para a saúde. De facto, a construção de fábricas passou a atrair populações maioritariamente provenientes dos campos, que, por sua vez, construía ao seu redor habitações precárias e/ou prédios-gaiolas (que se resumiam a exíguos espaços para albergar famílias numerosas), de forma urbanisticamente desordenada, sem infra-estruturas básicas e sanitárias necessárias e/ou suficientes, que acabavam por formar núcleos urbanos. A esses acorriam cada vez mais migrantes.

Assim, as condições ambientais e sanitárias atrás referidas, embora largamente combatidas em alguns Estados principalmente no decurso da Terceira Revolução da Saúde, aliadas às transformações sociais e às alterações dos sistemas de produção, facilitaram a emergência/proliferação progressiva de novas doenças (como as decorrentes dos novos estilos de vida adoptados, do stress, as psicossomáticas...) e a difusão de microrganismos, causadores de elevada morbidade e mortalidade, que se traduziram, entre outros, em grandes epidemias. Contam-se, entre elas, a tuberculose (uma das mais conhecidas na época e que provocou mais vítimas), pneumonia, difteria, varíola, sarampo e gripe.

Contudo, nos séculos XVII/XVIII as teorias médicas explicativas das epidemias assentam, ainda, nos pressupostos hipocráticos relativamente aos (des)equilíbrios no organismo de cada pessoa. Assim, apesar de inicialmente as epidemias serem analisadas na singularidade de cada pessoa e, por isso, não haver lugar à intervenção generalizada, o

aparecimento da teoria miasmática, assente numa concepção do mundo diferente da hipocrática, vem dar uma explicação para as causas das epidemias. Estas decorriam dos miasmas, vapores químicos que emanavam dos processos inerentes à matéria animal e vegetal. Logo, adoptando-se medidas de tratamento higienistas nos espaços público e privado poder-se-ia debelar a(s) epidemia(s) (Marques, 2007).

Paralelamente à medicina social, Morgagni (1682-1771) desenvolvia estudos sobre anatomia patológica, isto é, procurava identificar nas autópsias, de pessoas que faleceram por doença, a natureza do processo mórbido. Assim, identificando mudanças estruturais ocorridas nos órgãos (lesões), passou a estabelecer relações com sintomatologia clínica, que se encontram sintetizadas na sua obra *De Sedibus et Causis Morborum per Anatomen Indagatis* (*Sobre as sedes e causas da doença, investigadas pela anatomia*, publicada em 1761 (Drumond, 2007; Diniz, 2006; Serpa, 2004). Com Morgagni os sintomas passariam a ser a base do patológico, que perduraria até finais do século XVIII / inícios do século XIX, com a separação da clínica da anátomo-clínica, respectivamente por Philippe Pinel (1754-1826) e Xavier Bichat (1771-1802).

Pinel, à semelhança de outros estudiosos, seus antecessores e contemporâneos, critica as numerosas listagens desorganizadas de sintomas da medicina hipocrática e busca a sistematização dos mesmos, seguindo o modelo matemático aplicado às doenças mentais. Para tal, baseou-se no estabelecimento de analogias de sintomas verificados em diversos doentes, através da observação e acurado registo em guiões estruturados, para criar quadros síndromicos que permitissem, com uma maior certeza, identificar formas de “loucura”. Pinel lega-nos a sua metodologia clínica na obra *Traité Médico-Philosophique sur l'Aliénation Mentale* (1801). Desta forma, em finais do século XVIII, com Pinel, a clínica médica instituiu-se como ciência e como novo paradigma de ensino da medicina (Foucault, 1991, 1998; Marques, 2007). Xavier Bichat (1771-1802), também em 1801, publicava a sua obra *Anatomie Générale Appliquée à la Physiologie et à la Médecine*, na qual defendia uma tese diferente da de Pinel, assente na anátomo-clínica (na lesão, no foco da doença e não na sintomatologia), que era passível de ser confirmada no estudo *pos mortem* (Foucault, 1998; Serpa, 2004), como revela o excerto abaixo, citado por Foucault (1998):

“Durante 20 anos, noite e dia, se tomarão notas, ao leito dos doentes, sobre as afecções do coração, dos pulmões e da víscera gástrica e o resultado será apenas confusão nos sintomas, que, a nada se vinculando, oferecerão uma série de fenómenos incoerentes. Abram alguns cadáveres: logo verão desaparecer a obscuridade que apenas a observação não pudera dissipar.” (p. 168)

Com este postulado de Bichat opera-se um importante corte epistemológico na história da medicina no ocidente, pois subordina os sintomas clínicos e a nosologia à lesão

anatômica que os determina. Deste modo, a clínica de Pinel ficaria relegada a um segundo plano e a anátomo-clínica de Bichat acabaria por vingar nas décadas seguintes.

Também se assiste, a partir do século XVIII, ao reposicionamento da loucura como doença e não como possessão pelos espíritos ou pelo diabo, com William Tuke (1732-1822), em Inglaterra, e Philippe Pinel (1754-1826), em França, “*principais precursores do movimento de libertação dos loucos*” (Marques, 2007, p. 44).

O trabalho desenvolvido por William Tuke ficou consagrado numa dissertação do seu neto Samuel Tuke (1784-1857), *Description of the Retreat near York*, publicada em 1813, o qual defendia o “*tratamento moral*” (que valorizava a “alma” e não aspectos físicos), mas religioso, como forma de “*desalienar o espírito perdido nos excessos de uma liberdade que a coacção física só limita aparentemente*” (Foucault, 1991, p. 480; Marques, 2007; Serpa, 2004; Shorter, 2001).

Pinel expôs os princípios metodológicos que um médico deveria seguir no tratamento dos loucos, os quais diferiam dos propugnados por Tuke, pois assentavam em preceitos inerentes aos das ciências sociais, na sua obra *Nosographie Philosophique* (1789). Acreditava que “*o internamento não deveria ter por base um substrato moral assente exclusivamente na religião*”, pois esta “*poderia suscitar ‘emoções vivas’ e ‘imagens assustadoras’, o que poderia fazer emergir crenças delirantes, alimentar alucinações, conduzir as pessoas ao desespero e à melancolia*” (Foucault, 1991, p. 486); deveria sim ter “*um objectivo médico que tivesse também presente valores na continuidade da moral social*” (Marques, 2007, p. 46).

Assim, na continuidade da construção do saber, no século XIX surge Claude Bernard (1813-1878) que, na sua obra *Introdução ao Estudo da Medicina Experimental* (1865), valoriza a quantificação do normal e do desvio do mesmo nos protocolos relativos aos estudos fisiológicos. Para tal, partia do pressuposto de que “*não há um único fenómeno químico que se realize, no corpo, da mesma forma como fora dele*”, isto é, a ocorrência dos fenómenos físico-químicos mantinham a sua natureza dentro e fora do organismo (Canguilhem, 1995, p. 51).

Foi neste contexto que a *Teoria do Germe* (1864) de Louis Pasteur (1822-1895) ganhou forma e vingou, respondendo às grandes questões de saúde da época, nomeadamente o combate das epidemias, com conseqüente redução de mortes, pois assentava no pressuposto de que determinadas doenças (infecciosas) tinham por base um organismo patogénico externo específico, que invadia o corpo (bactéria) e que podia contagiar outras pessoas (Marques, 2007; Sournia, 1995). Esta teoria introduz, assim,

grandes avanços na área da saúde pública, e a visão reducionista e mecanicista saíria fortalecida. Com ela, restaurar o normal passou a ser equivalente a saúde.

Ainda no século XIX evidenciamos Charles Darwin (1809-1882), Thomas Huxley (1825-1895) e Gregor Mendel (1822-1884). O primeiro por se ter destacado com a criação da *Teoria sobre a Evolução das Espécies* (1859), que revolucionaria a concepção do mundo como máquina sob controlo do seu criador, que se mantinha desde o século XVII, passando a ser concebido como um sistema em constante mudança, sujeito à capacidade adaptativa, à selecção natural. Huxley, por ter chegado à conclusão de que o ser humano tinha parentesco com os símios superiores (*Evidence as to Man's place in Nature*, 1863). Mendel, por descobrir unidades de hereditariedade (*Experiments in Plant Hybridization*, 1865), mais tarde designadas por genes, que apenas foi reconhecida em 1900 com outros estudos no âmbito da genética (Canguilhem, 1995; Wallace, 2004).

Duas importantes descobertas que até ao presente tiveram grande aplicação prática na Medicina foram: os Raios X (1895), por Wilhelm Röntgen (1845-1923), usados para estabelecimento do diagnóstico através da distinção do normal ou desvio do mesmo no organismo; e o rádio (1902), pelo casal Pierre e Marie Curie (1867-1934), utilizado como medida terapêutica para destruir com mais facilidade células patológicas (Canguilhem, 1995).

Muitos mais experimentos e descobertas se seguiram a estes, vários dos quais são utilizados como meio de diagnóstico e terapêutica. Igualmente a farmacologia conheceu uma grande evolução, que se faz sentir até à actualidade.

Neste contexto, a Primeira Revolução da Saúde (PRS) ficaria marcada pelo princípio de que a saúde era explicada através de bases científicas e biológicas, sendo que a causa da ausência de saúde assentava em pressupostos deste tipo, e que, quando identificada, seria possível combatê-la. Passou-se a valorizar a saúde dos seres humanos, cujo destino era trabalhar e produzir riquezas. Desta forma a medicina ganhava prestígio, pois assentava numa base de racionalidade científica e social e ao mesmo tempo combatia as doenças. Aposta-se então na constituição de clínicas, nas reformas dos hospitais e definem-se políticas de controlo e de organização.

Emerge uma concepção nova de sociedade, isto é, esta passa a ser vista como um organismo, com papéis e actividades comparáveis a funções/aparelhos orgânicos (Sayd & Nunes-Moreira, 2000). A manutenção da saúde passa a ser obrigação quer do Estado, quer de cada cidadão, pois a ausência desta passa a ser encarada como patológica ou desvio do normal (interferindo com a máquina de riquezas que por via deste poderá avariar-se ou

danificar-se) e a cura implica o retorno ao normal (Sayd, 1998). Passou a haver uma maior preocupação na prevenção da doença dotando, progressivamente, comunidades de rede de água potável, saneamento e esgotos, gerindo/controlando as migrações.

Assim, se até Pasteur se procurava conservar a saúde como forma de evitar a doença, com o higienismo busca-se evitar a doença para conservar a saúde. A partir de Pasteur acredita-se ainda que sabendo-se a etiologia das doenças antes das mesmas assolarem o ser humano é possível erradicá-las e/ou curá-las.

Porém, o modelo biomédico assente nos microrganismos, com Pasteur, passou a estender-se às toxinas, à desregulação endócrina, aos problemas nutricionais, ao neoplasma, entre outros. E, se inicialmente se fundava na relação linear de causa simples/doença, passou a aceitar a multicausalidade da doença.

Salientamos, ainda, que seria a partir de finais do século XIX que a Psicologia também se desligaria da Filosofia, constituindo-se como ciência. As preocupações não se centravam na estrutura do corpo humano, mas sim na procura das funções da mente e descoberta dos processos mentais. Um dos proeminentes investigadores foi Wilhelm Wundt, que em 1879 criou o primeiro laboratório psicológico. As suas experiências incidiam sobre o estudo de reacções a estímulos realizados sob condições controladas. No entanto, poucos anos depois Lightner Witner aplica a expressão “Psicologia Clínica” para contrapor o estudo laboratorial à *“função prática do psicólogo e o seu empenhamento numa função social útil”* (Pais-Ribeiro & Leal, 1996, p. 590).

Apesar do reconhecimento da Psicologia como ciência, as políticas de saúde incidiam na celeridade e eficácia técnica do acto médico assente no diagnóstico, prescrição de medicamentos e/ou eventual cirurgia.

No entanto, não podemos esquecer, como vimos, que ao longo da PRS ocorreram profundas mudanças nas mentalidades. De facto, fazendo uma breve retrospectiva, com a emergência da Primeira Revolução Industrial a Humanidade, de uma forma geral, deixa de estar ao serviço da realeza e/ou da divindade, mas a centrar-se mais na vida em si mesma, na sociedade como fonte de satisfação para uma vida melhor. No século XIX estas noções evoluem e concebe-se que uma melhor sociedade proporciona melhor acesso à felicidade a uma maior quantidade de pessoas. Assim, o interesse pela *Qualidade de Vida* (QDV) assente em indicadores economicistas, próprio do início da PRS, desloca-se para referenciais teóricos relacionados com os seguintes conceitos, muitas vezes utilizados como sinónimos: felicidade, satisfação com a vida, existência com significado, bem-estar subjectivo (Cummins, 2000; Frisch, 2000; Rapley, 2003). Estas concepções serviram de

fonte inspiradora para a implementação de reformas sociais e para a emergência dos Estados Providência (*Welfare States*).

A expressão *Qualidade de Vida* surgiu nos EUA, nos finais da Segunda Guerra Mundial, sendo equiparada a bem-estar material e, por isso, avaliada por critérios economicistas, como os rendimentos auferidos pelas pessoas e a capacidade destas em adquirir bens e serviços (Fallowfield, 1990). Mas, poucos anos mais tarde, em 1948, a QDV estendia-se ao estado de saúde, com a definição de Saúde saída da *Constituição da Organização Mundial de Saúde* (OMS, 1946, assinada em 1948):

“[Saúde é um] (...) estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou de incapacidade.” (Preâmbulo)

A saúde foi aqui encarada não como objectivo, mas como um meio para alcançar um fim, enquadrando-se plenamente no modelo biomédico desta PRS. O desenvolvimento de políticas nacionais de saúde e de implementação de medidas que visavam a saúde pública perduraria até ao terceiro quartel do século XX (Pais-Ribeiro, 1998, 2005b). De facto, a adopção do modelo biomédico causou um impacto de tal modo positivo que no final da década de 70, em alguns Estados, como nos EUA, a mortalidade devida a doenças infecciosas reduziu, sendo rara a sua ocorrência em pessoas com menos de 75 anos (Pais-Ribeiro, 1993, 1998).

Não obstante, em virtude do modelo biomédico incidir essencialmente na dimensão física do ser humano, este pecava pelo facto de negligenciar a autonomia conceptual e as representações pessoais sobre o estado de saúde geral (físico e mental), que, como sabemos, estão na base do bem-estar físico e mental, bem como na facilitação dos processos envolvidos na promoção da saúde, por exemplo a avaliação subjectiva que poderia fazer relativamente à sintomatologia, causa e evolução de determinada(s) doença(s), às tomadas de decisão, à adopção de estilos de vida, à forma como lida com diferentes situações, como entende o suporte social, entre outros.

Apesar do acima exposto, nos finais da década de 50 do século passado, investigadores da área social começam a avaliar a QDV em termos de bem-estar subjectivo global. Estes estudos foram prolíferos nas décadas de 60 a 80 e consistiam na aplicação de questionários que procuravam avaliar várias dimensões da vida das pessoas, tais como o nível de satisfação no trabalho, da qualidade das relações, da percepção de saúde, do suporte social, entre outros (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005; Van Praag & Frijters, 1999).

1.1.2.4. Segunda Revolução da Saúde: enfoque na promoção e protecção da saúde e retorno à valorização da perspectiva ecológica

É consensualmente atribuída a Julius Richmond a utilização inicial da expressão “Segunda Revolução da Saúde”. Fê-lo no relatório que elaborou em 1979, na sequência de propostas para analisar as mudanças do modelo biomédico, tendo como objectivo um novo paradigma que visasse atender/responder às novas necessidades de saúde que se faziam sentir, de forma mais premente, a partir de meados do século XX. De facto, debelados os agentes infecciosos e, conseqüentemente, as epidemias gémicas, através da implementação massiva de medidas de saúde pública, como vacinação, controlo da água para consumo, adopção de novas formas de estabelecer contactos directos interpessoais e aplicação de novas directrizes/cuidados na área higiene pessoal e dos espaços, emergiam novos tipos de “epidemias”, isto é, doenças de etiologia comportamental, relacionadas com comportamentos ou estilos de vida desadequados que, no decurso do tempo, potenciavam os riscos para saúde (Pais-Ribeiro & Leal, 1996; Pais-Ribeiro, 2005b).

Os conceitos de “promoção da saúde” (que, por sua vez, tem associadas as noções de “estilos de vida” e “factores de risco”), “protecção da saúde”, prevenção da doença e a valorização da perspectiva ecológica passaram a ser apanágio da Segunda Revolução da Saúde, encontrando entre os seus principais difusores Marc Lalonde, Julius Richmond e a OMS.

Efectivamente, a partir de meados/finais da década de 70 do século XX o foco de atenção passou a estar voltado para o estudo e intervenção na saúde e não apenas na ausência da doença, bem como no estado positivo de bem-estar. Também se retomou a aplicação da perspectiva ecológica no campo da saúde, que realçava a importância da inter-relação dos organismos com o meio físico e sociocultural, recorrendo-se dos princípios da teoria sistémica. Senão vejamos.

Marc Lanonde (n. 1929), Ministro da Saúde e do Bem-Estar no Canadá, elaborou um relatório em 1974, que foi publicado pelo governo desse país em 1981, no qual além de introduzir e distinguir os conceitos de “Cuidados de Saúde” (“Health Care”, inserido no modelo biomédico) e de “Campo da Saúde” (“Health Field”, integrado no modelo comunitário), alerta para a necessidade das políticas de saúde se deslocarem da intervenção focalizada apenas no primeiro, devendo passar a centrar-se no segundo (Lalonde, 1981; Matos, 2004; Trigo, 2000). Considerava que as novas doenças eram fruto da evolução do modelo económico industrial e que entre as *“principais causas de morte entre a idade de*

um ano aos setenta” se encontravam “*os riscos auto-impostos* [por substâncias como, álcool, tabaco e psicotrópicas, bem como devido às dietas, má nutrição, falta de exercício, stresse, condução negligente que se traduz em acidentes/mortes/lesões, promiscuidade e falta de cuidado que conduzem a doenças venéreas, entre outros] *e o meio ambiente*” [devido à poluição, contaminação de água potável, ausência de rede de saneamento, recurso a planos urbanísticos com arranha-céus que concentram grande densidade populacional e sem espaços de lazer, rápida mudança social sobre a saúde física e mental, entre outros] (Lalonde, 1981, pp. 15-18). Defendia, assim, que, para reduzir as taxas de mortalidade e de morbilidade, o tempo perdido pelos técnicos de saúde nas intervenções na doença e os custos envolvidos, a intervenção deveria descentrar-se dos “cuidados de saúde” e incidir sobre o “campo da saúde” (modelo sistémico), que abrange a “*biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização de cuidados de saúde*”, no sentido de dotar as pessoas (comunidade) de capacidades para evitarem situações de risco (Lalonde, 1981, p. 31). No seu relatório, Lalonde alerta para o facto de ser mais fácil as pessoas procurarem ajuda quando sofrem ou se encontram doentes do que investirem em hábitos saudáveis numa perspectiva de longo prazo quando no presente não estão a experienciar sofrimento, especialmente quando se fala de crianças e jovens.

Em 1976, McKeown alerta para a má utilização dos investimentos na saúde, devido a ter-se dado continuidade às premissas médicas de saúde, isto é, à insistência de fazer depender a “*protecção das doenças e dos seus efeitos [...] de intervenções internas*”, ignorando as “*influências externas e o comportamento humano*” como “*determinantes primordiais da saúde*” (Pais-Ribeiro, 2005b, p. 45). No ano seguinte Engel publica um artigo no qual defende que corpo e mente se encontram mutuamente envolvidos nos processos de saúde e de doença, envolvendo desde as perturbações a nível celular até ao estado psicológico, o suporte social, entre outros (Trigo, 2000).

Entretanto, em 1979 surgiu nos EUA mais um documento de referência, que ficou conhecido por *Relatório de Richmond* (ou *Healthy People 1979*) por ter sido elaborado por Julius Richmond (1916-2008), então Secretário Adjunto da Saúde do *U. S. Department of Health, Education, and Welfare*. Este relatório, que faz alusão ao *Relatório de Lalonde*, utiliza como ponto de partida os factores, nele enunciados, envolvidos nas causas de morte no Canadá e enfatiza o risco epidemiológico comportamental nos EUA, afirmando que “*talvez metade da mortalidade nos EUA em 1976 fosse devida a comportamentos ou estilos de vida lesivos para a saúde; 20% por factores ambientais; 20% por factores relacionados com a biologia humana; e apenas 10% por cuidados inadequados nos*

cuidados de saúde” (Richmond, 1979, p. 1-9). Richmond defende que se deveria repensar as prioridades nacionais com despesas relacionadas com a saúde, pois apenas 4% estava direccionada para a prevenção. Neste sentido, considerava “*que a melhoria do estado de saúde dos [...] cidadãos não deveria ser feita predominantemente através do tratamento da doença, mas sim, através da prevenção da mesma*”, fomentando a adopção de comportamentos saudáveis (p. 1-10).

Os conceitos de Lalonde e de Richmond foram difundidos pela OMS na *Conferência de Alma-Ata* (ex-União Soviética), organizada pela OMS em 1978 (WHO, 1978), através do documento nela saído que estabelecia como meta “*saúde para todos os povos do mundo até ao ano 2000*” (p. 3), bem como reduzir a “*lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos*” (p. 2). Neste documento defende-se que a “*promoção e protecção da saúde dos povos são essenciais para o contínuo desenvolvimento económico e social e contribui para uma melhor qualidade de vida e para a paz mundial*” (pp. 2-3).

Surgiu em 1984, no âmbito da OMS, outro documento – “*Conceitos e princípios da promoção da saúde*” (WHO, 1984). Nele encontra-se definido que “*a promoção da saúde é um processo social e não acção médica*” (WHO, 1984, p. 8), é um “*processo de capacitar as pessoas para aumentar o controlo sobre a saúde e melhoraria da mesma*” (p. 20). Nesta concepção o “*indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e, por outro, de mudar ou lidar com o ambiente*”. A saúde é encarada neste documento “*como um recurso para a vida, não como objectivo de vida*”, tratando-se de “*um conceito positivo que enfatiza recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas*” (p. 20).

Este relatório enquadra a promoção da saúde em cinco categorias: 1) envolve a população no contexto da sua vida quotidiana, em vez de se centrar nas pessoas com risco específico de doenças; 2) visa determinantes ou causas da saúde; 3) combina “*diversos, mas complementares, métodos ou perspectivas*”; 4) tem como particular objectivo o envolvimento directo da população alvo; 5) atribui um papel fundamental aos profissionais de saúde na promoção da saúde e prevenção da doença (WHO, 1984, p. 20). Identifica também cinco principais áreas de intervenção no campo da promoção da saúde: 1) “*acesso à saúde, reduzindo as desigualdades e aumentando as oportunidades de melhorar a saúde*”; 2) “*desenvolvimento de um ambiente favorecedor de saúde*”, nomeadamente através da melhoria das condições de trabalho e da habitação; 3) fortalecimento das redes sociais de

apoio; 4) “*promoção de estilos de vida saudáveis e de estratégias de coping adequadas*”; 5) “*aumento do conhecimento e divulgação da informação*” sobre a saúde (p. 21).

O relatório da OMS (1984) advoga que os governos têm a “*responsabilidade [...] de garantir condições básicas para uma vida saudável e fazer com que as escolhas mais saudáveis sejam as mais fáceis*” (p. 21), em vez de imputarem às pessoas a responsabilidade exclusiva pela sua própria saúde. Enfatiza a necessidade de desenvolvimento/implementação de políticas/acções públicas que incidam, entre outros, no envolvimento de toda a população, com vista à minimização de riscos, em vez de se centrar em grupos de risco para uma determinada doença. Chama ainda a atenção para a possibilidade dos recursos para a saúde não estarem acessíveis às pessoas, contribuindo assim para um aumento das desigualdades sociais, pois pode não levar em conta as expectativas, preferências e crenças das mesmas (WHO, 1984).

Na linha do definido no relatório anterior, cerca de dois anos depois, surge um novo documento no âmbito da OMS, intitulado “*Carta de Ottawa para a promoção da saúde*” (WHO, 1986a), no qual emerge um novo conceito de saúde, mais alargado:

“Saúde [passou a ser entendida] como a medida na qual um grupo ou um indivíduo pode, por um lado, realizar as suas ambições e satisfazer as suas necessidades e, por outro, de evoluir com o meio ou de adaptar-se ao mesmo. Saúde é percebida como um recurso para a vida do dia-a-dia e não como objectivo de vida; trata-se de um conceito positivo que acentua os recursos sociais e individuais, bem como as capacidades físicas.” (p. 1).

A *Carta de Ottawa* aponta como fundamental para a melhoria da saúde a garantia das seguintes condições e recursos: “*paz, abrigo, educação, alimentação, recursos económicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade*” (WHO, 1986b, pp. 1-2). Reafirma o seguinte:

“A saúde é um recurso da maior importância para o desenvolvimento social, económico e pessoal e uma dimensão importante da qualidade de vida. No seu conjunto, os factores políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem ser favoráveis ou nocivos à saúde. A promoção da saúde visa tornar estes factores favoráveis à saúde, por meio da advocacia da saúde.” (WHO, 1986b, p. 2)

Também na *Carta de Ottawa* se encontra definido o âmbito de intervenção no campo da promoção da saúde, isto é: a) “*construir políticas saudáveis*” que vão além da prestação de cuidados de saúde; b) “*criar ambientes favoráveis*” através da promoção de uma abordagem sócio-ecológica da saúde; c) “*reforçar a acção comunitária*” no sentido da auto-ajuda, do suporte social, do “*desenvolvimento de sistemas flexíveis que reforcem a participação pública e orientem para a resolução dos problemas de saúde*”; d) “*desenvolver competências pessoais*” e sociais, “*através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem para uma vida*

saudável”; e) “reorientar os serviços de saúde” para a promoção da saúde, em vez de se centrarem apenas na prestação de cuidados clínicos e curativos (WHO, 1986a, pp. 2-4).

Assim, da Segunda Revolução da Saúde emergia o modelo biopsicossocial de saúde, o qual passaria a ser aplicado quer para a saúde geral, quer para a saúde mental. Este modelo contribuiu para ultrapassar o reducionismo da perspectiva biomédica e incidir quer na promoção da saúde, que envolve adaptações ambientais e comportamentais – em pessoas, grupos, população –, através do recurso a estratégias reguladoras e tecnológicas, quer nas áreas da educação e motivação (Egger, Spark, Lawson & Donovan, 1999; Dores, 2005b; Pais-Ribeiro, 2005b), bem como na noção de bem-estar ligada à saúde e não aos aspectos materiais e economicistas, apanágio da Primeira Revolução da Saúde e que actualmente se encontram entre os factores de risco (Pais-Ribeiro, 2005b).

Com este conceito de saúde, a QDV passou a inserir-se numa perspectiva *cross-cultural*, isto é, tem em conta a perspectiva individual sobre a própria posição do sujeito na vida num dado contexto cultural, com um sistema de valores próprios em que vive, considerando as suas preocupações, interesses, expectativas e objectivos (OMS, 1986; Pais-Ribeiro, 1998, 2004, 2005a).

1.1.2.5. Terceira Revolução da Saúde: focalização no modelo integrado de saúde e na promoção da saúde mental positiva

Na sequência da evolução política, económica e social emergiu no terceiro quartel do século XX mais uma alteração no conceito de saúde, que se enquadra na Terceira Revolução da Saúde, expressão utilizada por Relman, 1988, (cit. in Pais-Ribeiro, 1998, p. 66), o qual, segundo Ramos (1988, cit. in Pais-Ribeiro, 1998), envolve: 1) alterações demográficas, como o envelhecimento da população (aumento da esperança de vida e das doenças crónicas); 2) variedade e alterações nas dinâmicas familiares (desde apenas com um só progenitor ou mais); 3) novas mobilidades sociais e migrações; 4) maior e mais dispendiosa intervenção a nível da “doença”, o que traz mais custos materiais e humanos (mais especialistas qualificados) para a assistência médica; 5) uma política de aproximação dos serviços de saúde à comunidade, com progressiva aplicação de políticas de desinstitucionalização; 6) maior poder do consumidor, por ser mais participativo, crítico e exigente; 7) maior preocupação dos políticos com o crescente poder da opinião pública, particularmente após a revolução da informação.

No *Relatório* da OMS de 2001 avança-se com um novo conceito de saúde integrada, em que “a saúde mental (incluindo as emoções e os padrões de pensamento) emerge como determinante-chave da saúde geral” (OMS, 2002, p. 38; WHO, 2001). O conceito de saúde aponta para uma complexa e profunda inter-influência entre saúde mental e saúde física:

“A saúde mental e a saúde física são dois elementos da vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes (...) [sendo disso revelador o facto de] muitas doenças físicas, perturbações mentais e comportamentais resultam de uma complexa interacção de factores biológicos, psicológicos e sociais [como atestam os avanços nos conhecimentos nas áreas da neurociência e da medicina do comportamento].” (p. XX)

“[A] saúde mental é algo mais do que a ausência de perturbações mentais. (...) [e] o funcionamento mental tem um substrato fisiológico e está indissociavelmente ligado ao funcionamento físico e social e aos ganhos em saúde.” (p. 32)

De facto, os avanços na neurociência, isto é, do estudo da “*anatomia, fisiologia, bioquímica e biologia molecular do sistema nervoso, especialmente no que se refere ao comportamento e à aprendizagem*”, bem como na biologia molecular (especialmente no que toca às células nervosas), têm revelado que o cérebro “*é um órgão extremamente complexo*” que “*tem a responsabilidade de combinar informações genéticas, moleculares e bioquímicas com informações procedentes do exterior*” (OMS, 2002, p. 32). Igualmente os avanços na medicina do comportamento (que “*visa a integração dos conhecimentos das ciências comportamentais, psicossociais e biomédicas, pertinentes à compreensão da saúde e das doenças*”), têm revelado que “*os pensamentos, os sentimentos e o comportamento exercem um impacto significativo na saúde física*”, bem como que “*a saúde física exerce uma considerável influência sobre a saúde e o bem-estar mental*” (p. 35).

Esta influência recíproca física e mental deve-se quer ao funcionamento neuroendócrino e imunitário dos sistemas fisiológicos, quer aos estilos de vida saudáveis (OMS, 2002) No entanto, o *Relatório* aponta para condicionantes do meio que podem afectar a adopção de estilos de vida saudáveis, entre as quais se contam doenças mentais, stresse, aprendizagem de comportamentos (por experiência directa, informação ou observação, como o início precoce no uso de drogas, que pode levar ao abuso dessas substâncias no futuro), pobreza, normas sociais e culturais, entre outros.

Também faz alusão ao facto de apesar da saúde mental e da saúde física terem o mesmo grau de importância para o bem-estar das pessoas, países e sociedades, apenas uma minoria das pessoas com perturbações mentais e comportamentais recebem tratamento (OMS, 2002).

Posto isto, o referido *Relatório* da OMS (2002; WHO, 2001) não pretende debruçar-se sobre um conceito alargado de saúde mental, mas sim centrar-se nas perturbações mentais e comportamentais, que “*se caracterizam por uma combinação de ideias, emoções, comportamentos e relacionamentos anormais com outras pessoas*”, entre as quais se encontram as perturbações decorrentes do uso de substâncias psicoactivas, a esquizofrenia, atraso mental, entre outras. Estabelece como meta “*a promoção da saúde mental positiva para todos os membros da sociedade*” (p. 39).

É também apanágio deste *Relatório* da OMS o seguinte:

- 1) Defender que para a compreensão das perturbações mentais e comportamentais é preciso ter consciência de que estão em causa factores biológicos (idade, género, factores genéticos, anomalias neuronais...), psicológicos (afectos, estabilidade, insucesso, perdas, sanções, ansiedade, depressão...) e sociais (“urbanização, pobreza e mudança”) (pp. 40-47);
- 2) Considerar que se deve investir na redução global das doenças mentais e comportamentais, pelo que dada a “*magnitude do problema, a sua etiologia de muitas faces, o estigma e a discriminação generalizada e a significativa diferença de nível de tratamento que existe em todo o Mundo, uma abordagem de saúde pública será o método de resposta mais apropriado*” (p. 48);
- 3) Alertar para o facto de que algumas doenças, embora não sendo doenças mentais, se deparam muitas vezes com os “*mesmos estigmas, a mesma ignorância e o mesmo medo associado às doenças mentais*”, entre elas a epilepsia (p. XIII);
- 4) Clarificar o que considera como perturbações mentais e comportamentais (pp. 55-56), debruçando-se sobre o impacto das mesmas no indivíduo, na família e na comunidade, os custos económicos para a sociedade, o impacto na qualidade de vida e abordando “*algumas perturbações comuns*”, como as depressivas, as decorrentes de utilização de substâncias, esquizofrenia, epilepsia, doença de Alzheimer, atraso mental, perturbações da infância e da adolescência, bem como a comorbilidade e o suicídio (pp. 58-83);
- 5) Definir como determinantes das perturbações mentais e comportamentais a pobreza e as condições a ela relacionadas (desemprego, baixo grau de instrução, condições de habitação), as diferenças de género (algumas prevalecendo mais na mulher – ansiedade, depressão, violência doméstica –, outras no homem – perturbações associadas aos consumos de substâncias, perturbações de personalidade anti-social), a idade, a ocorrência de conflitos e desastres, o

aparecimento de doenças físicas graves, a influência de factores familiares e ambientais (pp. 83-92);

- 6) Aumentar resoluções, tais como *“substituir a institucionalização”* por uma *“abordagem baseada nos cuidados comunitários, apoiados na disponibilidade de camas para os casos agudos nos hospitais gerais”*, com diagnóstico objectivo e intervenção adequada, visando um tratamento clínico integrado – farmacológico, psicoterapêutico, de reabilitação psicossocial (profissional e de reintegração no trabalho, habitação) –, sendo que *“o controlo de condições específicas consiste em intervenções nas áreas da prevenção, tratamento e reabilitação”* (p. 93); e no caso dos doentes crónicos, quando há remissão, devendo proceder-se como para as perturbações agudas (p. 105), com o envolvimento de doentes, família e comunidade; defendendo que se implementem programas de prevenção, de promoção da saúde antes que os sintomas se instalem, bem como de tratamento eficaz financiado para o caso da existência/identificação da doença;
- 7) Defender o desenvolvimento de políticas/estratégias de saúde mental, entre as quais se destacam: (1) que *“os saudáveis devem subsidiar os doentes, e os ricos, os pobres”*; (2) que esteja *“fortalecida por medidas coerentes de combate ao álcool e às drogas, bem como por serviços de bem-estar social, como, por exemplo, a habitação”*; (3) que assegure *“o respeito pelos direitos humanos e ter em conta as necessidades dos grupos vulneráveis”* (p. 135); (4) que ponha fim à prestação de cuidados de saúde mental nos grandes hospitais psiquiátricos e que se integre nos serviços gerais de saúde; (5) que invista na formação de recursos humanos; (6) que promova acções de sensibilização do público que visem pôr termo à estigmatização, à discriminação, à exclusão social e à desigualdade de oportunidades; (7) que *“o grau de melhoria da saúde mental de uma população é também determinado, em parte, pelas políticas dos outros [quase todos] departamentos governamentais”*, sendo todos *“responsáveis por alguns dos factores pertinentes às perturbações mentais e comportamentais e devem assumir a responsabilidade por algumas das soluções”* (p. 174), devendo ter em conta as condições e ambiente de trabalho (livre de discriminação e de assédio sexual), as políticas económicas (rendimento, desemprego, emprego precário... que afectam negativamente os mais pobres ou que contribuem para o aumento de perturbações mentais e suicídio), a educação (implementar medidas para impedir o abandono escolar antes de concluir o ensino secundário), a habitação (esquemas de

habitação subsidiada, casas transitórias, lares), as políticas que definem benefícios e serviços de previdência social (para os incapacitados, famílias, aqueles que têm maior probabilidade de sofrer consequências negativas resultantes das políticas económicas, formação profissional especializada e actualizada); (8) que promova a investigação (epidemiológica, de resultados de tratamento, prevenção e promoção, sobre políticas e serviços, económica).

Este documento estabelece, assim, dez recomendações: 1) “*Proporcionar tratamento em cuidados primários*”; 2) “*Disponibilizar medicamentos psicotrópicos*”; 3) “*Proporcionar cuidados na comunidade*”; 4) “*Educar o público*”; 5) “*Envolver as comunidades, as famílias e os utentes*”; 6) “*Estabelecer políticas, programas e legislação nacionais*”; 7) “*Preparar recursos humanos*”; 8) “*Estabelecer vínculos com outros sectores*”, como “*educação, trabalho, previdência social e direito, bem como certas organizações não-governamentais*”; 9) “*Monitorizar a saúde mental na comunidade*”; 10) “*Apoiar mais a pesquisa*” (OMS, 2002, pp. XV-XIX). Define, ainda, as “*Medidas a tomar em função dos recursos disponíveis*” para os diferentes países, de acordo com o baixo, médio ou elevado nível de recursos.

Quanto às políticas de saúde, no âmbito do que designa “*sistema de justiça criminal*”, o referido documento preconiza que “*o tratamento e os cuidados das perturbações mentais e comportamentais devem estar disponíveis, rotineiramente, dentro das prisões, mesmo quando a prisão não se justifique*”, como no caso da “*prisão indevida de doentes mentais*” (OMS, 2002, p. 177). Refere ainda que as prisões contêm:

“*[As prisões contêm] (...) um número excessivo de pessoas com perturbações mentais e de grupos vulneráveis, devido, na maioria dos casos, à falta de serviços, pelo facto de o seu comportamento ser encarado como perturbação da ordem e por causa de outros factores, tais como crimes relacionados com a utilização de drogas e a condução de veículos sob a influência do álcool.*” (p. 177)

Este Relatório faz ainda alusão ao facto de que a detenção de grupos vulneráveis incorre no risco de aumento de suicídio e apela à formação do pessoal “*para que possa manejar as perturbações mentais e comportamentais*” (OMS, 2002, p. 178).

Em Portugal, o *Plano de Acção para a Saúde 2004* (PAPS, Ministério da Saúde, 2004), debruçou-se sobre diferentes factores relacionados com a saúde e que vão ao encontro do que se definiu no referido *Relatório* da OMS. Nesse mesmo ano também foi elaborado o *Plano Nacional de Saúde 2004/2010* (PNS, Ministério da Saúde, 2004) que estabelece quais são as “*Prioridades*” e as “*Orientações estratégicas*”. Quanto às prisões, este documento refere que em 1 de Outubro de 2002 havia 14 126 reclusos no país, sendo

que “o estado de saúde destes (...) está mal caracterizado”, que “a toxicod dependência é o primeiro problema de saúde desta população (65,4% dos reclusos são ou foram consumidores de drogas)” e que as “queixas atribuídas a aspectos de saúde mental constituem o outro problema de saúde de maior dimensão” (vol. I, p. 48). Menciona ainda que morrem por ano cerca de 5 a 10 reclusos por motivos de suicídio ou *overdose*, que 16% dos detidos é portador de HIV/SIDA, que 26,9% “têm resultados positivos na análise de hepatite C”, que 9,7% “têm-no relativamente à hepatite B, que a “incidência de tuberculose é cerca de 13 vezes superior à da população não reclusa”, particularmente a resistente, e que a saúde oral, que parece afectar a maior parte dos reclusos, não é satisfatória (vol. I, p. 49). Também estabelece como prioridade a “realização de acções de promoção de saúde mental e de estilos de vida saudáveis”, quer a reclusos, quer a profissionais.

Entre as “Orientações estratégicas e intervenções necessárias” (vol. II) junto de reclusos mencionam-se as seguintes: 1) “promover estudos epidemiológicos em populações específicas, classicamente relacionadas com a aquisição de IST”, isto é, infecções sexualmente transmissíveis (p. 40); 2) “incentivar acções de prevenção, diagnóstico e terapêutica junto das populações com comportamentos de risco para IST” (p. 42); 3) monitorizar o risco de transmissão do HIV/SIDA, de forma a reduzir a infecção, “melhorar o acesso e a qualidade do tratamento dos infectados, particularmente quando associada a outras patologias, como toxicod dependência, tuberculose e outras IST” (p. 46); 4) promover a luta contra a incidência de tuberculose entre os grupos de maior risco: “VIH⁺, toxicod dependentes, reclusos e estrangeiros” (p. 50); 5) estimular a análise de despistagem de drogas através da urina, “enquanto instrumento de controlo terapêutico demonstrativo da qualidade dos cuidados prestados e dos serviços de tratamento”, sendo que a sua utilização nas prisões “será discutida e operacionalizada” (p. 111); 6) estabelecer “diversos protocolos entre o Ministério da Justiça e da Saúde”, que à data deste documento se encontravam “em fase de revisão e actualização” (p. 190).

A Lei Orgânica do Ministério da Justiça, que foi criada pelo Decreto-Lei n.º 206/2006, de 27 de Outubro, teve em conta as directrizes da OMS em 2001 (OMS, 2002), do PAPS (2004) e do PNS (2004) e estabelece no Art.º 14.º, ponto 2., que remete para a Direcção-Geral dos Serviços Prisionais – DGSP, o seguinte:

“c) Promover a dignificação e humanização das condições de vida nos estabelecimentos prisionais, visando a reinserção social dos reclusos, designadamente através da prestação de cuidados de saúde, do ensino, da formação profissional, do trabalho, de iniciativas de carácter cultural e desportivo, da interacção com a comunidade e outras que permitam o desenvolvimento da personalidade dos reclusos (...).” (p. 7470)

Quanto à *Lei Orgânica da DGSP*, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 125/2007, 27 de Abril, previa, entre outros, a criação de duas estruturas matriciais: uma voltada para o tratamento penitenciário, de reinserção social e cuidados de saúde; e, outra, vocacionada para a orientação profissional durante o cumprimento de pena, com vista à reintegração profissional quando forem restituídos à liberdade (condicional, para prova ou definitiva). No Art.º 2.º, referente à “Missão e atribuições”, estabelece que a “DGSP prossegue” algumas atribuições (ponto 2.), entre as quais a seguinte:

“h) Garantir a realização e execução de programas, actividades e medidas nas áreas da prestação de cuidados de saúde, ensino, educação, formação profissional, trabalho, iniciativas de carácter sociocultural e desporto, bem como demais programas formativos de interacção com a comunidade, visando a reinserção social do recluso.” (p. 2626)

A estrutura matricial ligada à saúde designa-se *Centro de Competências para a Prestação de Cuidados de Saúde*, a qual propõe o desenvolvimento de programas/projectos em várias áreas de intervenção, das quais se destacam:

“Cuidados primários; Cuidados diferenciados; Promoção da saúde e prevenção da doença; Prevenção e tratamento das toxicodependências, incluindo a dependência alcoólica; Prevenção das doenças infecciosas virais; Prevenção e tratamento da tuberculose; Redução de risco e minimização de danos; Prevenção do suicídio; Prevenção e enquadramento de perturbações psico-emocionais; Intervenção terapêutica dirigida a agressores sexuais” (Despacho, 30-04-2007, pp. 1-2).

Assim, nesta caminhada evolutiva, a passagem do conceito de saúde do âmbito individual para o social, e deste para o sistémico, influenciou não só a concepção do sistema de saúde, que busca adequar-se às mudanças tecnológicas, económicas, sociais e políticas, mas também os sistemas políticos, pois tendem a adoptar estas mudanças na forma como concebem o sistema de saúde (Pais-Ribeiro, 2005b) e, acresce-se, nomeadamente no contexto prisional.

No que diz respeito às instituições prisionais, segundo Dores (2005a, p. 25), os cuidados de saúde (nos vários níveis de prevenção) são aí muito necessários, porque: *“a) o meio prisional é doentio; b) o Estado proibicionista concentra nas prisões doentes crónicos graves e de difícil tratamento; c) a perda da liberdade individual, imposta aos reclusos, entrega ao Estado toda a responsabilidade de cuidados de saúde; d) o risco potencial para a saúde pública também o exige”*. No entanto, concorda-se com este autor quando afirma que a qualidade dos serviços de saúde ministrados internamente acaba por ser afectada, devido às questões de segurança se sobreporem muitas vezes aos critérios de saúde.

1.2. Comportamento humano: resultado da dinâmica bio-psico-social

O comportamento humano é de natureza complexa e é resultante de variáveis internas e externas que se encontram em permanente inter-relação. Embora haja várias teorias que o procuram explicar não iremos fazer referência às mesmas. Centrar-nos-emos, sim, numa abordagem sucinta a algumas questões inerentes ao mesmo, tais como: *a)* clarificação de alguns conceitos que se encontram subjacentes ao comportamento humano, como de risco, factores de risco e estilos de vida; *b)* breve alusão ao entendimento de “normal”, “anormal” e “patológico”; *c)* clarificação da importância da atribuição de significados às situações/acontecimentos de vida, *d)* motivação subjacente aos comportamentos à luz da *Teoria da Autodeterminação* de Deci e Ryan; *e)* importância da (des)internalização de valores pró-sociais nas escolhas *versus* tomadas de decisão; *f)* breve referência ao entendimento do comportamentos social e criminalmente reprováveis *versus* puníveis.

1.2.1. Risco *versus* estilo de vida

Antes de mais, urge clarificar o conceito de *risco*, por possibilitar chegar à definição do que entendemos por *factores de risco* envolvidos nos *comportamentos de risco* humanos. Estes comportamentos, como sabemos, estão envolvidos nos *estilos de vida* adoptados pelas pessoas e resultam de factores biológicos, psicológicos, socioculturais e ambientais.

A terminologia *risco*, na acepção que aqui iremos privilegiar, nem sempre esteve associada ao ser humano, mas a factores ligados à Natureza e/ou de ordem transcendental. Quanto aos *factores de risco*, apenas nos cingiremos àqueles que envolvem determinantes bio-psico-sociais que possam incorrer em resultados negativos para a saúde. Relativamente ao conceito de *estilo de vida*, apenas focaremos os emergentes de alguns de entre os principais documentos saídos a partir da *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde* (WHO, 1986), nomeadamente em Portugal.

1.2.1.1. Conceito de risco

O substantivo *risco* é utilizado no discurso leigo, assim como o adjetivo *arriscado*, como sinal de perigo, ameaça, mal, dano. O vocábulo passou a fazer parte dos discursos de técnicos e/ou científicos em diversas áreas (saúde, direito, finanças, indústria...), em termos de avaliação de risco, comunicação de risco, investimento de risco, gestão de risco entre outros (Lupton, 1999), bem como, factores de risco e comportamentos de risco.

A aplicação do conceito de *risco* à saúde é recente, tendo em consideração a história da Humanidade. Apesar disso, já no século II a. C., na Grécia Antiga, segundo Gondim (2007), havia “*seguros para embarcações e proprietários de escravos*” (p. 87), sugerindo o envolvimento de uma das acepções da noção de *risco* tal como a conhecemos actualmente. Assim, podemos afirmar que apesar de Hipócrates não utilizar o vocábulo *risco* no que respeita a questões de saúde, esse conceito está subjacentes nos seus escritos, como vimos atrás.

O vocábulo polissémico *risco* na acepção *perigo* é de proveniência controversa, podendo etimologicamente ter origem *quer* no baixo-latim (língua falada após a queda do Império Romano), *risicu*, *riscu*, que provavelmente deriva do latim *resecare* (cortar separando), assumindo o significado de *corte* (Ferreira, 1999, verbete “Risco²”), *quer* no catalão antigo *reec*, castelhano *riesgo* ou *riesco* e ocitano antigo (língua d’oc, França) *resegue*, mas, principalmente, do italiano *risico* ou *rischio* e do catalão *risc*, referindo-se a “*penhasco escarpado*”, provavelmente devido à então acepção utilizada no sentido de “*perigo que corre el que transita por estos lugares o el navegante que se acerca a un escollo*” (Corominas, cit. in Machado, 1990, verbete “Risco²”). Corominas também faz alusão a que o vocábulo *risco* possa ter origem na forma verbal latina *resecare*, à qual atribui o sentido de “*‘dividir’, ‘sembrar discordia’ y por otra parte ‘lugar y fragoso’*”, bem como refere que na acepção *perigo* deriva de *riesgo* que provém do verbo *arriesgar*, utilizado no século XV.

Apesar disso, Grácia Gondim (2007) refere que a palavra *risco* começou a ser utilizada no século XIV, aquando do início da procura de novas terras. Nesse século, esse vocábulo era somente empregue pelo catalão como sinónimo de “*fatalidade, sorte, azar*” (p. 88). Posteriormente, seria integrado nas línguas latinas e anglo-saxónicas também na acepção de *perigo* ou de *possibilidade de ocorrência futura*, passando o *risco* a ser passível de controlo. Esta autora afirma que ao longo dos séculos se assistiu a uma gradual sucessão de termos que vão desde a “*fatalidade à fortuna [...], passando progressivamente aos*

vocábulos hazard [ameaça] (*século XII*), *perigo* (*século XIII*), *sorte e chance* (*século XV*), *chegando, por fim, à palavra risco no século XVI*” (p. 89). Desde o século XVII, segundo a mesma autora, outros termos passaram a ficar associados ao vocábulo *risco*, por terem subjacentes a incerteza de resultados, tanto num sentido favorável como desfavorável, “*resultando em um vocabulário vasto de múltiplos sentidos, utilizados para representar as relações complexas dos homens com suas vivências*” (p. 89).

Porém, Luhmann (1993) defende que a noção de *risco* chegou à Renascença designando “*a possibilidade de um perigo objectivo, um acto de Deus, uma força, uma tempestade ou outro perigo do mar que não pudesse ser imputado a uma falha do comportamento humano*” (p. 226).

A associação de risco à possibilidade/probabilidade e à positividade/negatividade começou a ganhar novos significados quando passou a integrar a língua inglesa no século XVII (Gondim, 2007). Porém, não sendo o *risco* atribuído à responsabilidade humana, cabia a este avaliar a probabilidade da sua ocorrência e tomar as providências necessárias no sentido da redução do seu impacto (Luhmann, 1993).

A noção de *risco* ligada à probabilidade é de natureza estatística e Gondim (2007) envolve três componentes: *a*) potencialidade de perdas e ganhos; *b*) incerteza relativamente a estes; *c*) relevância dos mesmos. Poucos séculos depois, como vimos, os avanços técnico-científicos e a mudança nos padrões produtivos, bem como a emergência de um novo perfil de adoecer/morrer fruto das epidemias causadas por agentes infecciosos, contribuíram para uma nova percepção de *risco* (Gondim (2007). A essa noção foram acrescidos outros factores que contribuem para a morbidade e mortalidade, como acidentes de viação, consumos de álcool e de estupefacientes, manuseio/utilização de tecnologias e procedimentos profissionais na área da saúde, entre outros.

Mas voltando um pouco atrás, segundo Bernstein (1996), a noção actual de *risco* também remete para a quantificação e qualificação das perdas e ganhos, relativamente ao que se planeia, tanto a título individual, como organizacional:

“Quando investidores compram acções, cirurgiões realizam operações, engenheiros projectam pontes, empresários abrem seus negócios e políticos concorrem a cargos electivos, o risco é um parceiro inevitável. Contudo, suas acções revelam que o risco não precisa ser hoje tão temido: administrá-lo tornou-se sinónimo de desafio e oportunidade.” (p. VII).

De referir que o emprego da terminologia *risco* aos seres humanos verificar-se-ia apenas no século XIX. Passou a aplicar-se às suas condutas, liberdade, relações interpessoais, aos grupos que constituem/integram, à sociedade a que pertencem (Lupton, 1999). No entanto, como vimos, aquando da abordagem do conceito de saúde, já

Hipócrates sinalizava comportamentos *risco* que obedeciam a critérios de ordem não transcendental, mas sim a questões inerentes ao próprio indivíduo (corpo e mente) e ambientais.

O conceito de *risco* associado a resultados inesperados ou indesejados terá surgido nos finais do século XX, tendo sido avaliado em termos de *perigo* e de *alto risco* ou perigo eminente (Douglas, 1992).

De facto, no decurso do século passado novos *riscos* passaram a integrar a vida dos seres humanos, com a revolução tecnológica e da comunicação e, mais tarde, com a emergência da *internet*, da sociedade da informação e dos recém-desafios da “aldeia globalizada”. De facto, as consequentes rupturas económicas, sociais e choques culturais acarretaram também novos *riscos* que vão muito além das fronteiras biológicas e subjectivas individuais, pois prendem-se com questões como as de tipo ambiental, de segurança e decorrentes das migrações. Conforme afirma Boaventura de Sousa Santos (2002):

“[No] novo período [pós-electrónico em que vivemos] [...] a imaginação [transformou-se] num facto social, colectivo, [...] [deixou] de estar confinada no indivíduo romântico e no espaço expressivo da arte, do mito e do ritual para passar a fazer parte da vida quotidiana dos cidadãos comuns [...]. A imaginação pós-electrónica, combinada com a desterritorialização provocada pelas migrações, torna possível a criação de universos simbólicos transnacionais, ‘comunidades de sentimento’, identidades prospectivas, partilhas de gostos, prazeres e aspirações, em suma, o que Appadurai chama ‘esferas públicas diaspóricas’ [...]. De uma outra perspectiva, Octávio Ianni fala do ‘príncipe electrónico’ – o conjunto das tecnologias electrónicas, informáticas e cibernéticas, de informação e de comunicação, com destaque para a televisão – que se transformou no ‘arquitecto da ágora electrónica na qual todos estão representados, reflectidos, defletidos ou figurados, sem o risco da convivência nem da experiência’ [...].” (s.p.)

Para Gondim (2007), o *risco* também se encontra, entre outros, associado ao seguinte:

“[...] a jogos de azar – apostas, perdas e ganhos; [...] a resultados negativos referidos ao uso e à manipulação de substâncias perigosas, processos e tecnologias emergentes, nos quais existe a necessidade de dimensionar os seus efeitos sob os indivíduos e o ambiente. Pode também significar aventura, o desejo do desconhecido, ou ainda uma estratégia de governo, na qual o uso da estatística e do cálculo de probabilidade irá definir o gerenciamento de situações problemáticas.” (p. 89).

Ulrich Beck (1992) terá sido o primeiro a introduzir o conceito de *sociedade de risco*, o qual engloba a *gestão de riscos* (cit. in Areosa, 2008). Nessa sociedade estão envolvidos conceitos de *globalização*, *individualização* e *reflexividade*, cujas definições propostas por Gondim (2007) damos conta no excerto abaixo:

“A ‘globalização’ se refere à ausência e presença – junção de fatos e relações que ocorrem fora dos contextos locais. É o processo que separa as relações no tempo e espaço, cuja principal consequência é a desterritorialização. A ‘individualização’ está relacionada com o processo de destradicionalização – resulta das transformações que ocorrem nas instituições tradicionais (trabalho, educação e família) onde cada indivíduo constrói sua biografia por projetos reflexivos fundamentais na constituição da subjetividade contemporânea. A ‘reflexividade’ pode ser

entendida como a abertura à revisão permanente dos aspectos da vida social e das relações com a natureza, à luz de novas informações, possibilitando pensar e dizer coisas sobre o mundo de forma particular, mas, sobretudo, dizê-las de maneira alternativa [...].” (p. 90).

Vários autores das áreas das ciências sociais e da saúde consideram que na actual sociedade globalizada as pessoas percebem e vivenciam “o risco de forma exacerbada em todas as esferas da vida pública e privada” (Gondim, 2007, p. 89).

No documento saído da OMS, em 2002, intitulado *Estabelecendo um diálogo sobre riscos de campos electromagnéticos*, o termo *risco* encontra-se definido do seguinte modo: “Um risco é a probabilidade de que uma pessoa sofrerá um dano devido a uma ameaça em particular.” (p. 11)

Esse mesmo documento defende que devemos procurar entender a percepção de risco por parte das pessoas, através da distinção entre “ameaça para a saúde” e “risco para a saúde”:

“Uma ameaça pode ser um objeto ou conjunto de circunstâncias que podem potencialmente trazer dano à saúde de uma pessoa. Um risco é a probabilidade de que uma pessoa sofrerá um dano devido a uma ameaça em particular.” (p. 11).

Cita como exemplos a condução de veículos como *potencial ameaça de dano* (potencialidade), agravando-se este à medida que aumenta a velocidade. Faz alusão a que qualquer actividade apresenta um *risco associado* à mesma (probabilidade), podendo-se reduzir o mesmo evitando desenvolver algumas actividades. Porém, acresce que “no mundo real não existe risco zero” (OMS, 2002, p. 11).

Giddens (1997) estabelece a distinção entre *risco* e *perigo*, estando o primeiro relacionado com uma *avaliação de perigo* e o segundo ligado às *ameaças envolvidas na procura de resultados desejados*. Este autor afirma ainda que actualmente se adopta uma *cultura de risco*, mas não no sentido de que a vida em sociedade seja mais arriscada do que anteriormente, pois isso não se aplica à maioria das pessoas.

Segundo Schenker e Minayo (2005) a aplicação de *risco* a nível da epidemiologia pressupõe a existência de “*conhecimento e experiência acumulada sobre o perigo de alguém ou da colectividade ser acometida por doenças e agravos*” (p. 708). No entanto, esta noção apenas remete imediatamente para consequências negativas, não contemplando a possibilidade de estar subjacente o princípio de prazer na adopção de um *comportamento de risco*, expressão que aqui remetemos para as ameaças ao desenvolvimento bem sucedido da pessoa. Citamos a título de exemplo o caso dos consumos de estupefacientes que envolve o prazer através do uso dessas substâncias, sendo o risco de se tornar dependente e consequências daí decorrentes o lado negativo desses consumos.

Na actual sociedade de riscos qualquer pessoa está sujeita a vários tipos de exposição ao risco ao longo do seu ciclo desenvolvimental. Nesta óptica, consideramos que a noção *risco* implica a “*presença de um ou mais factores ou influências que aumentam a probabilidade de um resultado negativo*” (Richman & Fraser, 2001, pp. 2-3), sendo esses factores de etiologia bio-psico-social. No entanto, não podemos esquecer que a percepção de risco é subjectiva, mesmo que haja evidências técnicas e/ou científicas que o atestem. Estão em causa valores socioculturais e pessoais (como as tradições) e a experiência directa ou indirecta adquirida que envolve potenciais objectos de risco (substâncias, actividades, procedimentos, entre outros). Assim, e com base no referido documento da OMS (2002), as pessoas podem perceber “*risco como desprezível, aceitável, tolerável, ou inaceitável, em comparação com os benefícios percebidos*”, dependendo dessas percepções de factores pessoais (“*idade, sexo, e níveis cultural e educacional*”), factores externos (“*meios de comunicação, processos regulatórios, movimentos de opinião, situação política e económica, informação científica disponível*”) e factores de risco (“*familiaridade [...], controlo [...], exposição voluntária, temor de enfermidade, benefícios directos e equidade*”) (p. 15).

Assim, e ainda com base no mesmo documento, aventamos que a avaliação de qualquer risco envolve a identificação do que se considera como ameaça, avaliação da resposta à dose/exposição ao risco (com ponderação da incidência e/ou gravidade/extensão do efeito/dano) e as características do comportamento/situação avaliada como de risco.

Quanto à noção de *factores de risco*, como vimos atrás, refere-se ao conjunto de variáveis ou condições que têm maiores possibilidades de concorrerem para resultados negativos para a saúde em termos bio-psico-sociais.

No entanto, a exposição aos factores de risco não é condição *sine qua nom* para estabelecermos uma relação directa causa-efeito com questões negativas de saúde ou ligadas a comportamentos social e/ou criminalmente puníveis, mas poderão contribuir para a sua ocorrência.

De acordo com Richman e Fraser (2001), existem dois tipos de *factores de risco*:
a) específicos, que se traduzem num resultado negativo específico (por exemplo, alcoolismo e/ou toxicod dependência dos pais; colesterol elevado em familiares directos...);
b) não-específicos, que não se relacionam com o aumento de um resultado particular, mas a várias condições e resultados negativos (abuso sexual infantil não concorre para uma patologia particular, mas poderá estar associado a uma maior propensão para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos e/ou ligados ao uso de álcool/drogas).

1.2.1.2. Noção de estilo de vida

Qualquer cidadão – livre ou privado (juridicamente) de liberdade – pode experienciar comportamentos de risco, ao longo do seu ciclo vital, que poderão ou não a integrar o seu estilo de vida. A prevalência desses comportamentos poderá pôr em risco a saúde, e até mesmo a vida, do próprio e/ou de outros.

A OMS definiu estilo de vida da seguinte forma: “[...] conjunto de estruturas mediadoras que reflectem uma totalidade valores sociais, atitudes e actividades” (WHO, 1986c, p. 43) e um “[Conjunto de] “padrões comportamentais, intimamente relacionados, que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros factores.” (WHO, 1988, p. 114)

A mesma organização também definiu em 2001 o conceito de “estilo de vida saudável”:

“Entende-se por estilos de vida saudável uma ampla série de actividades, tais como comer com sensatez, praticar exercícios regularmente e dormir adequadamente, evitar o tabaco, adoptar práticas sexuais saudáveis, usar cinto de segurança e seguir à risca o tratamento médico.” (OMS, 2002, p. 37).

Com base nestes conceitos, Portugal avança com um conceito de “estilos de vida” no *Plano de Acção para a Saúde 2004 – PAPS* (Ministério da Saúde, 2004):

“[Estilos de vida são] formas de vida baseadas em padrões identificáveis de comportamento, determinados pela interacção entre características individuais e as condições sociais, económicas, que contribuem para promover a saúde e evitar a doença.” (p. 28).

Segundo Marques e Pais-Ribeiro (2011a), os referidos “padrões identificáveis de comportamento” encontram-se, nesse documento, enquadrados em quatro grandes grupos:

“1) comportamentos que interferem com as doenças não transmissíveis – “consumo de tabaco e de álcool, alimentação, actividade física, gestão do stress”; 2) comportamentos que se relacionam com as doenças transmissíveis – “comportamento sexual de risco sem protecção, consumo de álcool, partilha de seringas, não utilização de luvas, não lavagem de mãos”; 3) comportamentos associados a acidentes rodoviários e outros – “consumo de álcool, excesso de velocidade, condução sob o efeito de medicamentos, substâncias estupefacientes ou psicotrópicas, não cumprimento de regras de trânsito ou de outras regras de segurança no contexto doméstico, de lazer ou de trabalho”; 4) comportamentos associados à violência física e/ou psicológica – violação, difamação, factores intra-familiares (desigualdades de género, droga, álcool, falta de afectos, desemprego), inter-sexos e ligados ao trabalho, neste último caso tendo como agressores utentes e/ou outros profissionais.” (p. 9)

Como sabemos, alguns dos comportamentos atrás referidos constituem ilícitos-crime, os quais, segundo as leis vigentes na sociedade, implicam a condenação de quem os pratica, independentemente de se tratar de cidadãos portadores ou não de doença mental.

Na condição de privação jurídica de liberdade, cada sujeito leva consigo o estilo de vida que adoptava em meio livre, nomeadamente os conducentes ao(s) crime(s)

praticado(s), entre os quais se incluem, segundo Marques e Pais-Ribeiro (2011a), os seguintes:

“1) consumo de drogas e/ou álcool; 2) tráfico de estupefacientes; 3) ausência, muitas vezes, de trabalho/atividades ocupacionais e/ou de formação educativa e/ou laboral (ou porque não queriam ou porque não existiam no meio...), entre outros.” (p. 10)

Porém, dentro do espaço prisional esses *“comportamentos poderão ser mantidos, ampliados, aperfeiçoados e/ou substituídos por outros”* (p. 10). Nesse meio também passam a estar sujeitos a doenças e à aprendizagem e/ou consolidação de atitudes/comportamentos que favorecem o adoecer físico e psicológico (Briz; 2003; Dores, 2005; Gallego & Herrera, 2010, Gonçalves, 2002; Gonçalves & Vieira, 1995; López-Barrachina, Lafuente & García-Latas, 2007).

Marques e Pais-Ribeiro (2011a) também fazem referência ao facto de os referidos cidadãos-reclusos e doentes mentais transportarem para o meio de privação jurídica de liberdade não só as representações sociais de valores, como as *“de saúde e a sua percepção, (...) as dos sistemas que têm por finalidade defendê-los, entre os quais o prisional, o de saúde, o de reinserção social...”*, mas também *“as doenças de que eram portadores, mesmo que só tomem conhecimento delas após despistagem já no meio de privação jurídica de liberdade”* (p. 10).

1.2.2. “Normal” versus “anormal” versus “patológico”

Ora, já no espaço de privação jurídica de liberdade, o recluso, e nem sempre o doente mental (em virtude da sua psicopatologia), vê-se perante a situação de se ajustar/adaptar ao meio e fá-lo-á de acordo com os padrões do meio prisional considerados dentro ou fora da “norma”. Esta questão levanta-nos uma outra: a clarificação dos conceitos “normal”, “anormal” e “patológico”.

Scharfetter (1997) remete o conceito de “normal” para a *“norma média”*. Assim, um comportamento enquadrado nesta dimensão será aquele que é próprio *“em algumas situações, da maioria das pessoas de um determinado sexo e de certos grupos etários numa determinada esfera sociocultural”* (p. 8).

Mas, será pacífico aceitar que dentro de um contexto prisional o “normal” se distancie da considerada “norma média” socialmente aceite e que possa enquadrar-se na “norma média” do subespaço sociocultural própria desse contexto?

De facto, continuando a recorrer ao propugnado por Scharfetter (1997), o sujeito “normal” será aquele que se insere dentro da “*estrutura, enquadramento, limites, linhas de orientação para o comportamento, postura e valores*” do meio em que está inserido (p. 8). Nesta linha condutora, o mesmo autor considera que o comportamento “fora da norma”, ou “anormal”, é aquele “*que se desvia da norma de um dado grupo, ou num sentido positivo (dotado) ou num sentido negativo (desviante, mas não doente; desviante, mas doente em sentido lato ou em sentido médico)*” (Marques & Pais-Ribeiro, 2011a, pp. 10-11).

E, uma nova questão se impõe. Poderemos afirmar que em meio de privação jurídica de liberdade o sujeito considerado dentro da “norma” é o que apresenta um comportamento desviante ou “anormal”, tendo como referencial a estrutura sociocultural vigente?

Parece-nos pacífico afirmar que se em ambos os contextos – livre ou juridicamente privado de liberdade – os conceitos atrás referidos remetem para aquilo que é próprio de um dado grupo ou meio, então, no contexto em que se insere a população-alvo desta investigação o comportamento aceite será o próprio desse grupo/meio, mesmo que desviante da norma social (média ou individual). Senão vejamos. Bergeret (1998) defende que se pode considerar uma pessoa “normal” aquela que se mantém adaptada ao seu meio, nomeadamente o doente mental conhecedor da sua condição. O excerto abaixo, desse mesmo autor, é clarificador desta acepção:

“[...] qualquer ser humano está num ‘estado normal’, quaisquer que sejam os seus problemas profundos [mesmo psicopatológicos], quando consegue lidar com eles e adaptar-se a si próprio como aos outros, sem se paralisar interiormente nos seus conflitos obrigatórios, nem fazer com que os outros o rejeitem (hospital, asilo, prisão, etc.), apesar das inevitáveis divergências a que se encontra sujeito nas relações com eles.” (p. 146)

Millon (1981, cit. in Marques & Pais-Ribeiro, 2011a) faz também menção à dificuldade em definir os limites entre o “normal” e o “patológico” quando falamos do seguinte

“[...] de personalidade (unidade individualizada e estável das condutas humanas que se enquadram no seu desenvolvimento), de temperamento (estruturas genéticas herdadas), de carácter (resultado da conjugação do temperamento com as influências externas e exercício da própria vontade para auto-dirigir-se, cooperar, auto-transcender-se) e de comportamento.” (p. 11)

De facto, quando se pede à pessoa para avaliar as suas características comportamentais, cognitivas e perceptivas, as suas respostas envolvem os seus critérios (subjectivos) e a sua capacidade em definir essas características, de modo a que possa ser compreendida.

Para Millon (1981), não existindo uma fronteira clara entre o “normal” e o “patológico”, ambos devem ser considerados num *continuum* pois, dependendo da ocasião

e da circunstância, um dado comportamento pode ser considerado adequado mas, mudando essas condições, o mesmo comportamento poder ser entendido como desadequado.

Na formulação destes conceitos o referido autor teve em conta o seguinte:

“1) os processos de aprendizagem numa perspectiva desenvolvimental, os quais poderão gerar diferentes níveis de saúde ou de desadequação; 2) e os comportamentos pessoais e interpessoais adaptados ou não ao meio comunitário ou global em que o indivíduo vive.” (Marques & Pais-Ribeiro, 2011a, p. 12).

Esta perspectiva considera que o sujeito quando criança vai explorando o meio sendo muito flexível nos seus padrões de comportamento, mas, na interacção que vai estabelecendo com outras pessoas passará a seleccionar os seus comportamentos de acordo com o tipo de consequências.

Millon e Kleman (1986) consideram que um comportamento considerado habitual numa determinada sociedade nem sempre significa que seja “normal”, como atesta o excerto abaixo:

“[...] o individualismo, o êxito pessoal, a independência, são hoje valorizados, o que fez aumentar as personalidades narcísicas (que passaram a estar dentro da ‘norma’), por isso, para que se considere que estas características sejam perturbação narcísica de personalidade a pontuação nas escalas que a medem deverá ser muito alta e qualquer sinal de dependência será considerado ‘fora da norma’.” (p. 12)

Como sabemos, a título de exemplo, actualmente alguns traços anti-sociais de personalidade são valorizados na sociedade em que vivemos, por serem indicadores da capacidade de agir com frieza e competitividade, enquadrando-se dentro da “norma” os sujeitos com estas características. O que acabamos de afirmar também é atestado pelo DSM-IV-TR (APA, 2002), quando enquadra o diagnóstico de perturbação de personalidade na construção social, bem como quando considera “normal” aquele que se adapta aos costumes e aos comportamentos habituais de um determinado meio sociocultural e que “anormal” é aquele cujos comportamentos são distintos ou atípicos no mesmo meio.

1.2.3. Atribuição de significados às situações/acontecimentos de vida

Durante o ciclo desenvolvimental de uma pessoa ocorrem diversos acontecimentos de vida, bem como se operam várias mudanças, independentemente das questões que se possam colocar à mesma, ligadas ao normal, anormal ou patológico, que adiante trataremos. Cada pessoa irá apreender e organizar cognitivamente o leque de informações.

Os significados não pré-existem face ao indivíduo mas, sim, são construídos pelo mesmo. A sua construção poderá ser ou não realizada de forma correcta (adaptativa/funcional ou desadaptativa/disfuncional) relativamente a um determinado contexto ou objectivo específicos (Marques, 2001; Sternberg, 2000; Beck, 1993). O acto de atribuir significado a algo ou à realidade é o processamento da informação.

Cada indivíduo atribui significados aos acontecimentos/mudanças/questões, às pessoas, aos sentimentos e aos diversos outros aspectos relacionados com a sua vida. Ora, como a atribuição de significados varia ao longo do ciclo desenvolvimental de cada qual, o indivíduo irá comportar-se de determinada forma e construirá várias hipóteses sobre o seu futuro e a sua identidade (Marques, 2001; Sternberg, 2000; Beck, 1993). Assim, se uma pessoa só por si pode reagir de forma diversa e chegar a conclusões variadas sobre qualquer um dos aspectos atrás referidos, encontrando-se numa determinada fase do seu ciclo desenvolvimental, essa diferença pode acentuar-se/esbater-se/alterar-se numa outra fase. O mesmo se passa quando nos referimos a um grupo de pessoas, pois estas além de serem diferentes entre si, podem reagir de forma diversa e chegar a conclusões variadas. As respostas que geralmente dão, resultam das manifestações cognitivas de cada qual, podendo ser, ou as características de um determinado meio/cultura, ou idiossincráticas, decorrentes das suas experiências particulares e peculiares, próprias de cada uma.

Assim, aspectos de ordem bio-psico-social aliam-se às experiências de aprendizagem ao longo da vida, como os sucessivos eventos vitais que ocorrem desde o nascimento, os resultantes do contexto familiar, escolar, do grupo de pares, de trabalho... (Joyce-Moniz & Reis, 1991; Millon, 1996). Estas inter-relações constituem a realidade pessoal de cada um, as suas significações, isto é, as *“actividades cognitivas que visam interpretar ou explicar a realidade (...) e têm objectivo fenomenológico de dar significado à experiência imediata, vivida, antecipada ou transcendente”* (Joyce-Moniz & Reis, 1991, cit. in Marques & Pais-Ribeiro, 2011a, p. 13). Assim, as experiências de vida podem ser avaliadas pela frequência e intensidade com que ocorrem e pela sensibilidade biológica de cada sujeito.

Há que ter em conta que as significações mais precoces afectam as que se lhe seguem, interferindo no desenvolvimento adaptativo da personalidade. Segundo Millon (1996), isto deve-se ao seguinte:

“1) à resistência à extinção, isto é, os comportamentos aprendidos tendem a permanecer, excepto os que requeiram nova aprendizagem; 2) ao reforço social, como a presença ou ausência de vínculos familiares (que podem reforçar a aprendizagem e a repetição) e o reforço recíproco de um mesmo tipo de aprendizagem; 3) à necessidade de permanência, ou seja, mesmo não se repetindo, algumas experiências podem deixar marcas fisiológicas (como, alterações neuroquímicas) e nos processos psicológicos (como, vestígios conscientes ou não na memória, entre os quais, a repressão – função de protecção –, as distorções perceptivas e cognitivas, a

generalização cognitiva e a compulsão à repetição); 4) às influências socioculturais, que através da presença constante dos seus padrões e valores no indivíduo, interferem no estilo de personalidade do mesmo.” (cit. in, Marques & Pais-Ribeiro, 2011a, pp. 13-14)

Estes autores referem que no caso dos sujeitos juridicamente privados de liberdade, as características individuais aliadas aos factores socioculturais e ambientais irão condicionar: a atribuição de significados ao novo acontecimento de vida (privação jurídica de liberdade); a forma como percebe a nova situação/condição de vida; o modo como percebe sintomas físicos e psicológicos; a maneira como mobiliza estratégias para reagir / adaptar-se ao ambiente social próprio do novo meio; a interacção que estabelece com companheiros / funcionários; a forma como irá aderir aos processos de transformação de si mesmo promovidos pela instituição (integração em actividades laborais, formação escolar, profissional, entre outros); a capacidade de auto-crítica sobre as suas condutas (nomeadamente, as que o conduziram à privação jurídica de liberdade); a aproximação/identificação com determinados grupos, a forma como se adaptará à prisão (Marques & Pais-Ribeiro, 2011a).

Estes autores referem, ainda, que na condição de privação jurídica de liberdade muitas vezes o sujeito assimila a cultura da (micro)sociedade onde se encontra temporariamente enclausurado, que dispõe de “*regras próprias e funções sociais diferenciadas*” (p. 16). Assim, quando restituído à liberdade, *por um lado*, sairá com essa experiência limitativa da sua autonomia, juntamente com o que dela extraiu de positivo e/ou negativo, e, *por outro*, entrará limitado no meio livre, pois carrega o peso da institucionalização, tendo que se readaptar à nova condição/realidade (Barreto, 2006; Marques & Pais-Ribeiro, 2011a).

1.2.4. Motivação: componente-base do comportamento humano

Um dos campos de interesse para a Psicologia tem sido a motivação subjacente aos comportamentos, quer para os cidadãos livres, quer para os (juridicamente) privados de liberdade (imputáveis e inimputáveis).

Neste trabalho não pretendemos abordar as diversas teorias da motivação, mas apenas a que encerra os pressupostos que nos moveram a definir os parâmetros a explorar/estudar nesta investigação. De facto, os constructos teóricos pelos quais nos norteamos estão patentes na escolha do próprio tema (título deste trabalho) e dos

instrumentos de avaliação, especialmente na entrevista estruturada, pois esta contém elementos que permitem aceder, entre outros, aos comportamentos de risco psicossociais e comportamentais que de algum modo possam estar relacionados com a saúde dos sujeitos juridicamente privados de liberdade.

Consideramos que os comportamentos não ocorrem sem que haja algum tipo de motivação por trás, intrínseca ou extrínseca, que envolva os pressupostos que Deci e Ryan (1985; 2000) propugnam, que de seguida abordaremos através da *Teoria da Autodeterminação* por eles criada, ou seja, de forma resumida, as necessidades psicológicas básicas de competência, autonomia e de pertença ou vínculo, a auto-regulação mais ou menos autónoma ou autodeterminada, as orientações de personalidade, as correlações intrínseca e extrínseca dos objectivos de vida que podem interferir com a saúde geral (bio-psico-social), particularmente se envolver comportamentos de risco.

Acreditamos que o comportamento delinvente tanto pode envolver aprendizagem do comportamento de cariz anti-social através da observação/imitação de padrões comportamentais inerentes às pessoas que fazem parte do contexto sociocultural do indivíduo, como pode envolver a falta/ausência de capacidades do indivíduo para aprender a não delinquir, isto é, de reprimir impulsos intrínsecos fortes/persistentes conducentes à prática de determinadas condutas social e criminalmente reprováveis/puníveis, como é o caso de portadores de certas perturbações (cleptómanos, *serial killer*...). Também cremos que a prática de crimes não é passível de ser explicada sem que ponhamos a hipótese de escolha entre as alternativas criminosas ou não-criminosas, cada uma com custos e benefícios *versus* vantagens e desvantagens (dinheiro, bens, poder domínio, aventura, sensação intensa relacionada ao risco/perigo...) que podem ser avaliados com maior ou menor critério por quem realiza essa prática, ou, podem decorrer de factores independentes da vontade própria da pessoa, como é o caso da pressão social. Sabemos, ainda, que uma maior ou menor tendência para a prática delituosa poderá estar relacionada quer com características e traços de personalidade e com a forma como o indivíduo internaliza e organiza as suas convicções/impressões sobre as regras sociais e jurídicas, quer com aspectos do meio, que envolvem e influenciam directa ou indirectamente o indivíduo, entre os quais incluímos: a) a localização do espaço habitacional onde o indivíduo vive, com ou sem elevados índices de marginalização/exclusão de grandes contingentes populacionais, que podem estar privados dos bens disponíveis para uma parcela abastada de outras pessoas, além da *“tentadora proximidade às áreas comerciais e industriais, onde se acumula a riqueza e o [...] enfraquecimento do controle social [que] criam um meio*

desorganizado e criminógeno” (Molina & Gomes, 1997, p. 246); *b*) o desenvolvimento da sua vida em sociedade como promotora da (não)transgressão/(não)expressão de conflitos existentes no meio, que traduzem processos dinâmicos de mudança e acomodação; *c*) a existência de condutas anti-sociais/criminalidade no seu contexto familiar e/ou sócio-residencial; *d*) a condição socioeconómica da sua família; *e*) a presença/ausência de pessoas significativas na sua vida; *f*) a convivência escolar enquadrada em padrões dentro ou fora da norma; *g*) a pertença a um grupo com interesses/valores diferenciados e/ou discordantes de outro(s), nomeadamente social e juridicamente assertivos; *h*) o eventual rótulo socialmente colocado a que possa estar sujeito, nomeadamente por já ter cometido algum crime e ter estado preso, o qual é marginalizante e excludente.

De qualquer modo, acreditamos que toda a acção humana que envolva um investimento motivado amplia o leque de possibilidades na área em que o mesmo é aplicado, variando desde um sentido positivo a um negativo ou desde pró a anti-social. De facto, para nós, a motivação é a componente-base do comportamento e da evolução comportamental, nomeadamente de risco, como no caso da amostra que serve de base para a presente investigação.

Assim, para melhor compreensão do mecanismo motivacional que acabamos de referir, e que adoptamos, consideramos pertinente fazer uma abordagem não exaustiva à *Self-Determination Theory – SDT (Teoria da Autodeterminação)* e das cinco mini-teorias com ela associadas, cujos principais teorizadores são Deci e Ryan (1985).

1.2.4.1. Teoria da Autodeterminação

Deci e Ryan (1985, 2000, 2004, 2008) criaram a multifacetada *Teoria da Autodeterminação*. Trata-se de uma macro-teoria da motivação, pois foi postulada tendo em conta cinco mini-teorias: *a*) *Teoria das Necessidades Psicológicas Básicas (Basic Psychological Needs Theory – BPNP)* – explicita a natureza essencial dos seres humanos; *b*) *Teoria da Avaliação Cognitiva (Cognitive Evaluation Theory – CET)* – clarifica a acção de factores externos na motivação intrínseca; *c*) *Teoria da Integração Organísmica (Organismic Integration Theory – OIT)* – esclarece a acção dos factores externos sobre a motivação extrínseca e como os vários níveis de motivação deste tipo podem interagir e favorecer o desenvolvimento da motivação intrínseca; *d*) *Teoria das Orientações de Causalidade (Causality Orientations Theory – COT)* – explica de que forma a qualidade da motivação e o funcionamento das pessoas podem ser afectados pelas orientações de

personalidade; e) *Teoria do Conteúdo dos Objectivos (Goal Content Theory – GCT)* – preocupa-se com as aspirações/objectivos envolvidos na realização dos comportamentos (Deci & Ryan, 1985, 2000, 2004; Deci & Vansteenkiste, 2006; Kasser & Ryan, 1996; Niemiec, Ryan & Deci, 2010; Ryan, 2009; Ryan & Deci, 2000; Vansteenkiste, Lens & Deci, 2006; Vansteenkiste, Niemec e Soenes, 2010).

i) *Principais pressupostos teóricos*

A *Teoria da Autodeterminação* é definida por Reeve, Deci e Ryan (2004) da seguinte forma:

“A Teoria da Autodeterminação é uma abordagem à motivação humana que põe ênfase nas fontes motivacionais naturais das pessoas, ao explicar o desenvolvimento de personalidade saudável e a auto-regulação autónoma. Procura descobrir como as tendências naturais para o crescimento e as necessidades psicológicas interagem com as condições sociais que sustentam ou frustram essas fontes naturais, resultando em variados níveis de funcionamento efectivo e de bem-estar.” (p.2)

As mini-teorias que integram esta macro-teoria, pressupõem que, independentemente do contexto social, todas as pessoas possuem tendências naturais para crescerem, bem como necessidades psicológicas inatas. Essas tendências e necessidades servem de suporte para o desenvolvimento da motivação intrínseca e da psique (Reeve, et al., 2004).

Além das *tendências naturais* evolutivo-desenvolvimentais, das *necessidades psicológicas básicas* (que constituem a base da motivação e da integração da personalidade) e das *condições socioculturais* (que interagem com as referidas necessidades e que *“podem frustrar ou favorecer a motivação, o funcionamento social e o bem-estar pessoal, diferindo os sujeitos quanto ao nível e ao tipo de motivação básica (intrínseca e extrínseca)”* (Marques & Pais-Ribeiro, 2009, p. 1090), a *Teoria da Autodeterminação* também tem em consideração as diferentes orientações de causalidade envolvidas na realização dos comportamentos e das próprias identidades.

Para Deci e Ryan e seus seguidores o comportamento intrinsecamente motivado, ou seja, aquele que se encontra organizado de forma a ser capaz de aceitar novos desafios, está fortemente relacionado com um funcionamento autodeterminado, facilitador da interiorização e eventual integração de regras, necessárias a um efectivo funcionamento social (Deci & Ryan, 1985, 1986, 2000a, 2004, 2008; Ryan, Kuhl & Deci, 1997; Ryan & Deci, 2000a, 2000b, 2000c, 2008; Bergamini, 2005; Reeve, et al., 2004). Senão, vejamos o que a este respeito afirmam Marques e Pais-Ribeiro (2009):

“A motivação enquanto energia gerada internamente nos processos cognitivos (intrínseca) ou provocada por estímulos do meio (extrínseca) é propulsora do comportamento, ou seja, é encarada como fenómeno psicológico caracterizado por um conjunto de factores dinâmicos

realidade ou do estado em que se encontra, isto é, passar de amotivado para motivado (extrínseca ou intrinsecamente) e *vice-versa*.

Também a qualidade da motivação para a realização de uma determinada acção/actividade é tida em conta na *Teoria da Autodeterminação*. Para Deci e Ryan (2000, 2008) essa qualidade depende do nível de internalização das regulações externas, isto é, do processo pelo qual o indivíduo adquire crenças, atitudes e/ou comportamentos regulados por factores externos (normas e práticas culturais) e vai progressivamente ou de forma contínua e sistemática transformando essas regulações externas em compreensões/atributos pessoais, valores, objectivos e/ou estilos. A internalização é um processo activo de desenvolvimento, que ocorre primeiramente em idades mais jovens, no qual a pessoa integra/interioriza exigências, valores próprios dos contextos interpessoais em que se inserem e que permitem a satisfação das referidas necessidades psicológicas básicas.

ii) *Teoria das Necessidades Básicas*

Nesta teoria – *Basic Needs Theory (BNT)* – Deci e Ryan defendem que o ser humano apresenta três necessidades básicas: *competência*, *o relacionamento ou vínculo ou de pertença* e a *autonomia*. Estas necessidades constituem “*nutrientes psicológicos essenciais para o contínuo crescimento psicológico, integridade e bem-estar*” (Deci & Ryan, 2000, p. 229). Segundo estes autores, a satisfação destas necessidades reveste-se de importância para a vitalidade das pessoas, sua integração e saúde, bem como a tendência orgânica é actualizada, desde que os nutrientes necessários e apropriados sejam passíveis de ser atingidos, pois, caso contrário, isto é, na situação de ameaça ou de privação, os resultados poderão não ser os esperados. Portanto, as referidas necessidades básicas: **a)** especificam as condições necessárias para a saúde psicológica e bem-estar, estando a sua satisfação associada a um funcionamento mais eficaz; **b)** desempenham um importante papel no desenvolvimento ideal da pessoa, de tal modo que o seu impedimento ou a negligência das mesmas acarretam grandes consequências negativas; **c)** devem ser todas satisfeitas para que haja saúde psicológica, não sendo suficiente a satisfação de uma ou duas delas (Deci & Ryan, 2000). Assim, para estes autores, as necessidades psicológicas básicas funcionam de forma integrada e interdependente, pelo que a satisfação de cada uma delas reforça e fortalece as restantes, bem como, ainda, estão envolvidas no crescimento psicológico ao longo do ciclo desenvolvimental e desempenham um importante papel na integridade psicológica e na coesão social.

A necessidade de *competência* refere-se à capacidade que a pessoa tem de interagir de modo eficaz com o meio de forma intrínseca, em que a gratificação proporcionada é inerente à própria interacção, reflectindo o seu desejo natural de exercitar as suas capacidades no sentido de procurar vencer desafios (Deci & Ryan, 2000, 2004). Porém, como o ser humano tem inicialmente poucas aptidões para essa interacção, necessita de aprender/desenvolver capacidades de competência, de modo a que ao interessar-se por determinadas acções/actividades possa ampliar essas capacidades. De referir ainda, que, apesar de a competência ter um substrato biológico, em muitas situações os sentimentos de competência necessitam de interacção social, tais como o elogio e o encorajamento.

No que se refere à necessidade de *relacionamento ou vínculo ou de pertença*, ela reflecte a tendência de integração na vida, de se relacionar, ser parte integrante e aceite pelos outros/comunidade (Deci & Ryan, 2000). Estes autores chamam a atenção para o facto desta necessidade básica não estar ligada ao sexo e ao estatuto (como por exemplo, tornar-se cônjuge ou membro de um grupo), mas sim ao sentido psicológico de estar com os outros numa comunicação segura. Refere-se ao sentimento de ligação aos outros (mesmo à comunidade), para cuidar e ser cuidado, pois está envolvido um sentimento de pertença (Deci & Ryan, 2000). Remete para o envolvimento emocional e interpessoal, no qual quanto maior for a segurança e o respeito envolvidos na relação, maior será o seu grau de autonomia e maior será a sua eficácia, pois os fracassos poderão ser encarados de forma mais positiva e a pessoa sente-se melhor relativamente a si mesma.

A *autonomia*, segundo os referidos autores, está vinculada à vontade e à auto-regulação integradora, tendo como significado autodeterminação, auto-governo e auto-direcção (e não o significado de individualismo ou independência). Por outras palavras, a autonomia é encarada como uma das necessidades inatas, relacionada com a motivação intrínseca e que está ligada à vontade/desejo da pessoa de organizar a experiência de modo a integrá-la no sentido do *self*, sentindo que o seu comportamento advém de uma escolha pessoal, que envolve interesses e valores (Deci & Ryan, 2000). Assim, tendo em conta as orientações de causalidade, uma pessoa identificada com estas características possui um *locus* de percepção de causalidade interno, em virtude de atribuir as mudanças a que está sujeita às suas próprias acções, de forma responsável, o que reflecte um comportamento intrinsecamente motivado. No pólo oposto, encontra-se a pessoa cujo comportamento é determinado por factores externos, como, por exemplo, por pressão de outra(s), gerando sentimentos de ineficácia e de fraqueza, o que revela ter um *locus* de percepção de causalidade externo (Guimarães & Boruchovitch, 2004).

A conjugação destas necessidades psicológicas básicas concorre para que uma pessoa se sinta autodeterminada. Assim, a título de exemplo, os contextos controladores que privilegiam a competência e o vínculo em detrimento da autonomia propiciam a regulação introjectada, enquanto os que somam àquelas necessidades a autonomia são favorecedores de regulação integrada do comportamento (Deci & Ryan, 2004; Ryan & Deci, 2000a). No entanto, a regulação intrínseca do comportamento ocorre quando a pessoa atribui um significado íntimo, sentindo interesse, valor e prazer na concretização desse comportamento. No entanto, quando as condições e os meios sociais não asseguram a plena satisfação das necessidades básicas, a motivação intrínseca pode ser coarctada.

Deci e Ryan (2000; 2004) consideram que as necessidades têm um carácter universal, são inatas e essenciais para o bem-estar das pessoas. Defendem também que o grau de satisfação das necessidades varia de acordo com as diferenças individuais, com a qualidade das suas experiências, comportamentos e saúde, com as características do meio social onde se desenvolvem / estão inseridas. Assim, atribuem papel relevante às orientações de causalidade, assentes nas diferenças individuais das orientações pessoais, sobre as quais agem as forças motivacionais que concorrem para a emergência dos comportamentos.

iii) *Teoria da Avaliação Cognitiva*

A *motivação intrínseca*, segundo a *Self-Determination Theory*, é explicada pela mini-teoria criada por Deci e Ryan em 1985, *Cognitive Evaluation Theory* (CET – *Teoria da Avaliação Cognitiva*). A base desta mini-teoria assenta em comportamentos cujo desempenho é activado pelo prazer/satisfação, ocorrendo, assim, de forma voluntária e sem qualquer recompensa externa, pois a própria acção/actividade por si só constitui a recompensa (Deci & Ryan, 2000). Tem também em consideração factores sociais e ambientais favorecedores à ocorrência da motivação intrínseca (Deci & Ryan 1985, 2000; Ryan & Deci, 2000a, 2000b).

Esta mini-teoria procura explicar a variabilidade da motivação intrínseca, que apesar de inata só se manifesta ou floresce caso as circunstâncias sejam propícias à sua emergência (Ryan & Deci, 2000a). Para tal, parte da identificação de eventos sócio-contextuais (como recompensas, comunicação, *feedback*) que favoreçam sentimentos de competência no decurso da acção e que concorrem para aumentar a motivação intrínseca para essa mesma acção. Nesse sentido, os estudos realizados por estes autores apontam que “*os desafios de nível ideal* [optimal challenges], *o feedback que favoreça a consolidação da eficácia* [effectance-prorooting feedback], *bem como o desprendimento de avaliações*

depreciativas [freedom from demeaning evaluations] foram encontrados entre os facilitadores da motivação extrínseca”: o *feedback* positivo de desempenho traduz-se numa maior motivação intrínseca, enquanto o negativo favorece a diminuição deste tipo de motivação. Mas, a motivação intrínseca não aumenta a não ser que o sentimento de competência esteja associado ao de autonomia ou ao *locus* de causalidade percebida interno (Ryan & Deci, 2000a).

Neste contexto, não só as recompensas extrínsecas como também as “ameaças, prazos, directrizes, avaliações entendidas como pressão e metas impostas” podem abalar/diminuir a motivação intrínseca, pois são facilitadoras de um *locus* de causalidade percebido mais externo, em que o nível de autonomia diminui (Ryan & Deci, 2000a, p. 70). Por outro lado, a possibilidade de “escolha, o reconhecimento de sentimentos e as oportunidades de auto-dirigir” a acção favorecem o aumento do referido tipo de motivação. Desta forma, podemos afirmar que as circunstâncias promovidas pelo meio externo interagem com a motivação intrínseca, podendo essa interacção ser positiva ou negativa em função da interpretação que dela faz a pessoa.

Assim, na motivação intrínseca a participação/realização da acção/actividade opera-se nos seguintes moldes: *a)* de forma voluntária, com ausência de recompensas ou pressões/restrições externas; *b)* pelo interesse, prazer e satisfação que o indivíduo possa obter no envolvimento com a mesma; *c)* por constituir um óptimo desafio; *d)* em virtude de as necessidades básicas (competência, autonomia e relacionamento ou vínculo) estarem a ser supridas pelo meio onde ocorre a acção/actividade, pois “as referidas necessidades psicológicas [...] desempenham um papel importante no desenvolvimento, na aprendizagem e na socialização em quase todas as áreas da vida” e podem interferir para uma menor ou maior motivação intrínseca (Marques & Pais-Ribeiro, 2009, p. 1092). Assim, quando supridas, “geram uma sensação de bem-estar e de um melhor funcionamento do organismo, o que predispõe para um maior interesse na realização das actividades” (p. 1092).

A motivação intrínseca é talvez, segundo Ryan e Deci (2000a), “o único fenómeno que reflecte o potencial positivo da natureza humana”, na procura de novidades e desafios, na ampliação e exercitação das suas capacidades, na exploração e aprendizagem (p. 70). Estes autores defendem que a construção deste tipo de motivação traduz a “inclinação natural” do ser humano, desde criança, “para a assimilação, domínio, interesse espontâneo e exploração”, que é “essencial para o desenvolvimento cognitivo e social e que representa a principal fonte de prazer e de vitalidade durante toda a vida” (p. 70).

Assim, quando agimos de acordo com estes pressupostos aumentamos o nosso conhecimento e competências.

Porém, os interesses que nos movem para umas acções/actividades poderão não ser os mesmos que nos movem para outras, bem como nem todas são desenvolvidas pela motivação intrínseca. Assim, de acordo com os fundadores da *Teoria da Autodeterminação* (Deci & Ryan, 1985; Ryan & Deci, 2000a, 2000b, 2000c, 2004), “*o interesse pela sua realização está estreitamente relacionado com as necessidades psicológicas básicas, afectando de modo positivo ou negativo a motivação intrínseca*” (Marques & Pais-Ribeiro, 2009, p. 1092). O *feedback* recebido pela pessoa é consequência da acção/actividade que realiza, que tem por substrato o esforço e as conquistas pessoais num sentido pró-social. Deste modo, a pessoa terá tendência a aumentar a motivação intrínseca para alcançar os seus objectivos, pois segundo Ryan e Deci (2000a, 2000b), este tipo de motivação pode ocorrer na sequência do interesse despertado pela acção/actividade ou ocorrer no fim da mesma (satisfação facultada pela acção/actividade).

iv) *Teoria da Integração Organísmica*

A *motivação extrínseca* é desenvolvida por Deci e Ryan na sub-teoria da SDT, criada pelos mesmos, designada por *Organismic Integration Theory* (OIT – *Teoria da Integração Organísmica*), que defende que o comportamento extrinsecamente motivado é regulado de diferentes formas e que também o contexto em que ocorre a pode afectar.

Se na infância a ocorrência de *motivação intrínseca* é maior, à medida que se vai crescendo a liberdade de ser intrinsecamente motivado vai-se reduzindo devido às pressões que vão sendo exercidas sobre a pessoa (Deci & Ryan, 1985; Ryan & Deci, 2000a). A construção deste tipo de motivação está orientada para o objectivo de atingir um resultado esperado, mas a pessoa não se encontra motivada ou para assumir novas responsabilidades e/ou considera a actividade pouco ou nada interessante (Ryan & Deci, 2000c).

Independentemente do referido, sabemos que é muito difícil agirmos no dia-a-dia de forma totalmente independente da acção de forças externas, pois quando estamos perante as mesmas de algum modo damos o nosso contributo (Deci & Ryan, 2000a). Neste sentido, uma pessoa passiva sujeita a influências externas terá sentimentos negativos em virtude da acção se desenvolver sob essas forças.

Situando um exemplo em contexto de privação jurídica de liberdade, um indivíduo embora não goste de executar determinada actividade, acaba por desempenhá-la, devido à pressão institucional que sente (real ou não) para poder vir a beneficiar de licença de saída

jurisdicional ou de liberdade condicional/para prova. Para tal, poderá, separadamente ou em simultâneo, fazer um esforço para evitar comportamentos institucionalmente desadequados e que culminem em medida disciplinar e/ou aceitar realizar uma actividade na expectativa de receber também uma recompensa pecuniária. Assim, a realização das suas acções/actividades não se regem por manifestação/expressão sua, mas porque se encontra numa situação em que o seu grau de autonomia é limitado, está sob controlo. Mas, pontualmente, o indivíduo “*acolher as forças externas, entendê-las e aceitá-las, compreendê-las pelo seu valor e utilidade e percebê-las como fontes de informação*”, o que servirá de “*suporte às suas iniciativas*” (Marques & Pais-Ribeiro, 2009, 1093).

Deci e Ryan (2000a) defendem que a motivação não é um conceito unitário, conforme é propugnado por muitos teóricos, mas sim encerra categorias teórica, experimental e funcionalmente distintas de motivação:

“To the right of amotivation in [Quadro 2] [...] are five classifications of motivated behavior. Although many theorists have treated motivation as a unitary concept, each of the categories identified within OIT describes theoretically, experientially, and functionally distinct types of motivation. At the far right of the continuum is the classic state of intrinsic motivation, the doing of an activity for its inherent satisfactions. It is highly autonomous and represents the prototypic instance of self-determination. Extrinsically motivated behaviors, by contrast, cover the continuum between amotivation and intrinsic motivation, varying in the extent to which their regulation is autonomous.” (p. 72).

A motivação extrínseca varia desde um grau de autonomia “não-autodeterminado” a “mais autodeterminado”, dependendo do estilo regulatório envolvido: regulação externa, regulação introjectada, regulação identificada, regulação integrada (ver Quadro 2).

A *regulação externa* aproxima-se da forma menos autodeterminada da motivação extrínseca, encontrando-se muito próxima da amotivação. Neste estilo regulatório a acção é “*controlada por forças externas, de forma a obter ou a evitar consequências externas – recompensas ou evitamento de castigos*” (Marques & Pais-Ribeiro, 2009, p. 1093). Dois exemplos envolvendo um sujeito juridicamente privado de liberdade poderão ser os seguintes: *a)* o sujeito procura o psicólogo apenas porque lhe foi dado um ultimato por algum técnico da instituição, no sentido de “*‘ou se trata e muda’ os seus comportamentos desadequados, ou ‘não dou’ (o técnico) parecer positivo para que possa usufruir de saídas ao exterior (ao juiz)*” (p. 1093); *b)* o sujeito não recebe qualquer apoio do meio exterior (família, amigos, ou outros) e como forma de suprir parte das suas necessidades acaba por desenvolver uma actividade exclusivamente para usufruir de uma recompensa pecuniária; porém, nem sempre consegue manter-se nela, porque não apresenta qualquer motivação para a realização da mesma, sendo revelador disso a avaliação do seu desempenho que aponta para resultados ineficazes, somados à irregular e/ou baixa assiduidade. Tipos de

comportamentos como este são dos menos autónomos e obedecem a um *locus* de percepção de causalidade externo.

A *regulação introjectada* é uma forma de motivação não-autodeterminada e que é relativamente controlada. Neste estilo regulatório os comportamentos são realizados sob pressão para evitar ansiedade, medo, culpa ou busca de reconhecimento social, emoções relacionadas com a auto-estima, “*melhorias do ego, como o orgulho*” (Deci & Ryan, 1985; Ryan & Deci, 2000a, p. 72). Esta forma de motivação ainda possui um *locus* de percepção da causalidade, mas um pouco externo. Isto significa que a fonte externa de motivação foi internalizada e que a ocorrência do comportamento não implica a presença dessa fonte, embora se realize “*com a sensação de pressão feita por terceiros, o que gera pressões internas [...] levando o indivíduo a agir sob o efeito dessas pressões*” (Marques & Pais-Ribeiro, 2009, p. 1093). Citando um exemplo com um sujeito privado juridicamente de liberdade, temos aquele que procura ajuda ou recorre à auto-mutilação movido por sentimentos de culpa relacionados com a prática dos crimes que o conduziram à condenação ou medida de segurança.

A *regulação identificada* é mais autónoma ou autodeterminada do que a forma de motivação extrínseca anteriormente apresentada, embora ainda seja regulada por forças extrínsecas. Reflete já o reconhecimento e a valorização consciente do comportamento ou da concretização de objectivos pessoais, ou porque a acção/actividade é aceite, ou porque tem uma importância pessoal (Deci & Ryan, 1985; Ryan & Deci, 2000a, p. 72). Um indivíduo que apresente este tipo de regulação extrínseca é capaz de escolher “*ter um determinado comportamento porque é congruente com os seus valores e objectivos*” (Marques & Pais-Ribeiro, 2009, p. 1094). No entanto, neste estilo regulatório ainda não está subjacente o prazer do envolvimento na acção/actividade. Citamos o exemplo do indivíduo na situação de privação jurídica de liberdade “*que não gosta de ajudar a dar banho aos doentes [e que] opta por fazê-lo pela importância pessoal que atribui a esse comportamento [o qual] [...], por sua vez, [também] é esperado por terceiros*” (p. 1094).

A *regulação integrada* é a forma mais autónoma de motivação extrínseca, próxima da motivação intrínseca, em que a “*integração ocorre quando as regulações identificadas foram completamente assimiladas*” (Ryan & Deci, 2000a, p. 73). Isto significa que “*a regulação do comportamento se centra nos benefícios pessoais advindos da realização da actividade, embora esteja patente tanto a identificação com a importância do comportamento, como a integração de tal identificação com outros aspectos do self*”

(Marques & Pais-Ribeiro, 2000a, p. 1049). Como exemplo, aplicado a um sujeito juridicamente privado liberdade, citamos o caso de um recluso que tendo bom comportamento, estando a trabalhar, beneficie de licenças de saída jurisdicional, embora não goste de dar banho aos doentes inimputáveis, fá-lo porque sabe que moralmente o deve ajudar e sabe que o seu comportamento também é reconhecido por terceiros.

v) *Teoria das Orientações de Causalidade*

Nesta mini-teoria – *Causality Orientations Theory* (COT) – Deci e Ryan (2000; Ryan & Deci 2002; Reeve, et al., 2004) defendem que as pessoas possuem diferentes orientações de causalidade para a produção de comportamentos e das suas identidades. O contributo desta mini-teoria da SDT, relativamente às anteriores, prende-se com o facto de acrescentar um novo elemento de análise: a personalidade.

Segundo os referidos autores, as orientações de causalidade pessoais podem ser de três tipos: **a)** *orientações de causalidade autónomas*, mediadas pela motivação intrínseca e caracterizada pela regulação também intrínseca, isto é, em que as pessoas são capazes de se auto-regularem de acordo com as suas necessidades, interesses e valores; **b)** *orientações de causalidade controladas*, mediadas pela motivação extrínseca, em que entram em jogo estilos regulatórios que variam desde a regulação externa/introjectada (que implicam recompensas e pressões externas) até regulação identificada e introjectada (mais consciente e autónoma, embora sob influência externa), ou seja, nas quais as pessoas iniciam ou mantêm comportamentos em função de incentivos sócio-ambientais, da orientação social e dos controlos internos (como a auto-estima contingente); **c)** *orientações de causalidade impessoais*, mediadas pela amotivação e caracterizada pela falta de controlo – nas quais pode estar presente a amotivação *versus* falta de intenção da acção ou pode ser o resultado de fracasso na regulação dos comportamentos a partir de controlos externos que promovam ou não o desenvolvimento da autonomia.

As orientações de causalidade reflectem a autodeterminação da personalidade, isto é, quando as pessoas apresentam uma história pessoal pautada pela satisfação das necessidades psicológicas básicas tendem a ser autónomas, pois têm “*apoios socioculturais e de desenvolvimento para a autonomia e para a competência*”, enquanto as que têm um historial de vida movido pela regulação externa apresentam uma orientação de causalidade controlada (Reeve, et al., 2004, p. 9).

vi) *Teoria do Conteúdo dos Objectivos*

A *Goals Content Theory* (*Teoria do Conteúdo dos Objectivos*) teorizada por Deci e Ryan (Ryan, 2009), desenvolveu-se a partir da distinção entre objectivos intrínsecos e extrínsecos e o impacto dos mesmos na motivação e no bem-estar (Deci & Vansteenkiste, 2006; Kasser & Ryan, 1996; Niemiec, et al., 2010; Ryan, 2009; Ryan & Deci, 2000; Vansteenkiste, et al., 2006, 2010). De acordo com Deci e Ryan (2000), esta mini-teoria partiu não só de questões motivacionais, como qual é o objectivo da actividade/comportamento?, o que leva a pessoa a realizá-lo? e porque enceta esforços em atingir esse objectivo?, como também do levantamento de uma hipótese:

“Este conceito de necessidades conduz às hipóteses de que diferentes processos de regulação que subjazem à busca dos objectivos estão diferentemente associados ao funcionamento eficaz e ao bem-estar e, também, que diferentes conteúdos de objectivos têm diferentes relações com a qualidade de comportamento e saúde mental, especificamente porque processos de regulação diferentes e conteúdos de objectivos diferentes estão associados a graus de satisfação de necessidades diferentes.” (p. 227).

Kasser e Ryan (1996) referem que após realizarem estudos sobre as razões subjacentes à regulação comportamental e de definirem o conceito de necessidades psicológicas básicas, chegaram à conclusão de que as pessoas procuram diferentes tipos de correlações intrínsecas e extrínsecas de objectivos de vida (ou aspirações). Partiram da distinção entre objectivos intrínsecos (como *“crescimento pessoal, relações de proximidade, contribuição da comunidade e saúde física”*) e objectivos extrínsecos (*“dinheiro, fama, imagem”*), distinção que inicialmente fazia parte da *Teoria das Necessidades Básicas* (Kasser & Ryan, 1996; Vansteenkiste, Niemiec e Soenens, 2010, p. 146), e procuraram saber o seu *“impacto sobre a motivação e o bem-estar”* (Vansteenkiste, et al., 2006, p. 22). Porém, como nem todos os objectivos são criados da mesma forma, estes *“são susceptíveis de ter relações diferenciais para a saúde física, social e psicológica”* (Vansteenkiste, et al., 2010, p. 146).

Assim, os objectivos de vida intrínsecos são passíveis de satisfazer as necessidades psicológicas básicas direccionadas para a autonomia, competência e afinidade, estando, assim, relacionados de forma positiva com o bem-estar e a saúde, enquanto que os objectivos de vida extrínsecos tendem a não aumentar a satisfação das referidas necessidades, estando associados a um menor bem-estar (Kasser & Ryan, 1996; Vansteenkiste, et al., 2010).

Conforme esta mini-teoria os objectivos que estão direccionados para metas extrínsecas *“tendem a estar orientados para comparações interpessoais [...], aprovação contingente e aquisição de sinais externos de auto-estima”*, sendo que as pessoas que

perseguem estes objectivos têm um funcionamento mais pobre do que as que perseguem objectivos orientados para metas intrínsecas (Vansteenkiste, et al., 2006, p. 23). De referir, também, que os primeiros estão relacionados com a vontade das pessoas se envolverem em actividades/tarefas que proporcionem a angariação de recompensas ou evitar punições, por isso, envolve mecanismos de regulação externa.

Segundo Vansteenkiste e colaboradores (2006), o “*conceito de conteúdo do objectivo (intrínseco versus extrínseco) é bastante diferente do conceito de motivo do objectivo (autónomo e controlado), que representa as razões pelas quais as pessoas perseguem um determinado conteúdo de objectivo*” (p. 23). Estes autores citam como exemplo o caso de alunos que podem ter um emprego para ganhar dinheiro (conteúdo objectivo extrínseco) após as aulas devido a se sentirem pressionados pelos pais (motivo controlado) ou devido ao facto de valorizarem a frequência da universidade e necessitarem de dinheiro (motivo autónomo). Referem-se a este propósito aos estudos de Sheldon e Kasser, em 1995, que demonstram que em média a procura de objectivos intrínsecos tende a ligar-se com motivos autónomos (de interesse intrínseco ou de importância internalizada), enquanto que a procura de conteúdos de objectivos extrínsecos tende a relacionar-se com motivos controlados (de razões extrínsecas ou introjectadas).

vii) *Breve abordagem ao conceito de amotivação*

A amotivação é um “*estado de falta de intenção para agir*”, no qual a pessoa ou “*não age ou age sem intenção*” (“vai com ao sabor das ondas” ou é “Maria vai com as outras”) (Ryan & Deci, 2000a, p. 72). Nas palavras de Marques e Pais-Ribeiro (2009):

“A amotivação caracteriza-se pela inexistência de percepção da relação entre acções e dos resultados das mesmas, pela falta de intenção ou de um propósito e/ou de sentimento de competência para agir e pela ausência de comportamento pró-activo, havendo desvalorização da actividade, sentimentos de desinteresse e baixa ou falta de percepção do controlo pessoal. Também se caracteriza pela inexistência de ganhos intrínsecos ou extrínsecos e pela não percepção da coerência entre o seu comportamento e as forças exteriores.” (p. 1094)

Assim, a amotivação verifica-se quando a pessoa não valoriza uma actividade, não se sente competente para a realizar ou não acredita que a sua realização terá os resultados desejados (Deci & Ryan, 2000; Ryan & Deci, 2000a; Ryan & Deci, 2007).

A amotivação encontra-se representada no referido Quadro 2, na parte esquerda do *continuum* de autodeterminação. Este estado contrasta com o das formas de regulação extrínseca e intrínseca, pois mesmo as mais controladas envolvem intencionalidade e motivação. Com isto queremos dizer que a amotivação “*representa a falta de ambos os*

tipos de motivação e, assim, uma completa falta de autodeterminação relativamente ao comportamento alvo” (Deci & Ryan, 2000, p. 237).

Os referidos autores acrescentam que na amotivação estão presentes orientações de causalidade impessoal, associadas ao seguinte: *a) a um locus de controlo externo, no qual existe a crença de que os resultados não são passíveis de serem controlados; b) auto-depreciação e depressão, que implica “uma relação negativa com o bem-estar geral” e “resulta e promove a falta de satisfação das necessidades básicas”* (p. 242).

A distinção entre amotivação e motivação não é apanágio exclusivo da *Teoria da Autodeterminação*. São objecto de tratamento nas várias teorias da motivação, que utilizam terminologias diferentes.

1.2.5. A (des)internalização de valores pró-sociais como factor de influência nas escolhas *versus* tomadas de decisão

O ser humano, para se adaptar, apreende apreendendo, partilha e transmite numa dinâmica de relação interactiva intencional com outras pessoas (Serrão, 2004). Na sua intimidade a sua conduta rege-se por opções pessoais e únicas, na sua acção é confrontado com conflitos que envolvem interesses e valores pessoais, conformes aos costumes e normas sociais (Rodrigues, 2009). Assim, como ser único (em presença na relação outro) é dotado de *“consistência, coesão interna e unidade”* (Pires, 2000, p. 1290).

Posto isto, e como vimos atrás, uma multiplicidade de factores inter-actantes concorrem para a emergência dos comportamentos humanos, nomeadamente os social e/ou criminalmente reprováveis/puníveis. Quanto a nós, esta questão está directamente relacionada com a capacidade de internalização ou não de valores aceites na sociedade/comunidade em que se vive e/ou do grupo social a que pertence.

A intenção para agir envolve um conjunto de mecanismos motivacionais que atrás referimos à luz da *Teoria da Autodeterminação* de Deci e Ryan, entre os quais se incluem a internalização de valores/crenças socialmente aceites, que se vão adquirindo/consolidando ao longo do ciclo desenvolvimental, quer através do leque de experiências pessoais que os promovem, quer por via do processo de socialização.

Adoptaremos aqui as definições de *valor* e de *sistema de valores* aventados por Rokeach (1973, cit. in, Resende, Fernandes & Cruz, 2005):

“Um valor é uma crença duradoura de que um modo de conduta ou finalidades de existência são pessoalmente ou socialmente preferidos em oposição ou contrário a outros modos de conduta ou finalidades de existência. Um sistema de valores é uma organização duradoura de crenças considerando preferidos modos de conduta ou finalidades de existência ao longo de um contínuo de relativa importância.” (p. 229)

As escolhas feitas por uma pessoa dependerão das opções preferenciais que faz de uns valores em detrimento de outros, o que implica a distinção entre o que é relevante do que é acessório ou secundário, permitindo que estabeleça uma hierarquização dos mesmos, de forma livre e responsável. Assim, a sua relação com o outro e com o meio sociocultural vai além de mero observador, pois trata-se de um agente apto a fazer escolhas, a tomar decisões, ter comportamento e atitudes harmónicas e/ou que entram em conflito com o grupo social a que pertence (Tamayo, 2007). Porém, não podemos ignorar que há pessoas que apresentam incapacidades de vários tipos e com limitações diversas, as quais poderão restringir e até mesmo impossibilitar as suas livres escolhas e tomadas de decisões.

No entanto, como sabemos, muitos indivíduos que nasceram em meios familiares e socialmente adversos/desestruturados/degradantes não se tornaram criminosos, outros desenvolveram-se em meios estimulantes em termos pró-sociais e cometeram crimes, vários reincidem sistematicamente na prática de crimes, resistindo à socialização, e ainda outros são portadores de psicopatologia e não incorrem na prática de crimes. Deste modo, estamos cientes de que efectivamente factores bio-psico-sociais estão envolvidos no fenómeno da ocorrência da criminalidade e da sua reincidência.

Não devemos também esquecer o facto de que a emergência das novas tecnologias, da sociedade de consumo, da sociedade da informação, das novas formas organizacionais, de percepção de espaço e de tempo (real e virtual) decorrentes da globalização, vieram alterar/introduzir novos conceitos, novas formas de ser, estar e de se relacionar (mesmo sem ver/conhecer pessoalmente o outro), novos estilos de vida, novas formas de tomar decisões e de agir, que assentam em novos valores. No entanto, como vimos, o ser humano necessita não só de outro para sobreviver, mas também do estabelecimento de relações/vínculos significativos desde que nasce, para que tenha maiores probabilidades do seu desenvolvimento se operar de forma saudável, sendo imprescindível a qualidade desses vínculos. Porém, nas últimas décadas, assiste-se de forma incisiva à aplicação do imediatismo e da descartabilidade aos relacionamentos humanos, o que tem concorrido para que os referenciais se tornem rapidamente ultrapassados e obsoletos (Bauman, 2004).

Assim, a internalização de valores ao longo do ciclo desenvolvimental está condicionada a esta nova realidade em que vivemos, que se rege por valores neoliberais, mas que não isenta o indivíduo de continuar a depender de aspectos biopsicológicos e de

natureza interactiva (família, amigos, vizinhos, comunidade, meio ambiente...) envolvidos no seu processo de socialização. A estes aspectos relacionais interactivos, junta-se uma multiplicidade de factores, entre os quais citamos os relacionados com o carácter (des)vinculativo das relações laborais e outros relativos a factores de ordem económico-financeira e política, bem como os referentes à mobilidade residencial, ao fenómeno das migrações, da heterogeneidade étnica e da interculturalidade, novas questões que se prendem com a protecção das pessoas, bens e segurança que vão além das fronteiras de um Estado, e que são de preocupação a nível internacional.

Segundo Nunes (2004), as sociedades contemporâneas, abertas à globalização, abarcam um vasto leque de mundivivências, sendo necessário estabelecer um denominador comum a todos os seres humanos que seja satisfatório para todos e que promova a inclusão e a coesão social. Este autor acresce que esse *“modelo de convivência social, plural nas ideias e secular nas práticas, reside no conceito de dignidade humana”*, pois valor é condição ontológica, sendo que o seu reconhecimento envolve a *“assunção da responsabilidade como dever de cidadania”* (p. 12), que constitui a génese dos demais direitos, entre os quais apenas citamos o direito à vida, à integridade física e moral, e ao reconhecimento da personalidade.

Nunes, Ricou e Nunes (2004) consideram que, nesta sociedade secular e plural em que vivemos, o referido conceito de dignidade *“é não apenas o referencial ético nuclear, mas a própria essência da organização política do Estado”*, em que *“a autonomia individual tem sido observada como o paradigma de um modelo de sociedade no qual a intersubjectividade não é alheio o ideal de um exercício de cidadania responsável e altruísta”* (p. 7). Estes autores acrescentam ainda o seguinte:

“A miragem do homem autónomo, no pleno uso da sua racionalidade, mas profundamente influenciado pela inteligência moral e emocional, na ausência de uma verdade revelada ou de uma ortodoxia de pensamento acriticamente imposta, deve reconhecer a essência da sua natureza: a vida de relação enquanto garante da perpetuação da espécie e fulcro da sua auto-regulação. e na relação com o outro, e para o outro, que emerge um vasto elenco de valores sociais que visam não apenas uma estratégia de sobrevivência mas, sobretudo, a edificação de um arquétipo de sociedade em conformidade com os interesses das gerações futuras.” (p.7).

Santos (2002) e Infante e Souza (2003) afirmam que na actualidade existe uma instabilidade de valores ou “crise de valores”. A este respeito, Infante e Souza (2003) afirmam o seguinte:

“Hoje em dia a degradação dos valores é tão sensível e de consequências tão graves que até o bem mais nobre do ser humano, qual seja a ‘vida’, está sendo banalizado. Por motivo fútil tira-se de outrem, parecendo ao cidadão comum viver numa selva urbana, onde a pessoa que vive à margem do valor nobre da ‘justiça’ detém mais direito que aquele que cumpre com o código ético-moral em prol da supremacia do Estado.” (p. 2).

Relativamente ao comportamento fora da norma ou desviante, Rabot (2004) defende que os que propugnam políticas no sentido do seu “*endireitamento*” esquecem-se de que o ser humano é um ser complexo (p. 5). Neste contexto, transcrevemos um excerto que nos parece elucidativo desta questão:

“O processo de domesticação do qual falavam Nietzsche e Foucault, o processo de curialização [que no medievo decorre relação entre a pequena comunidade formada por vassalos que viviam ao redor do rei e da sua corte] do qual falava Elias, o processo de humanização do qual falava Marcuse, nem enriqueceram o homem, nem engrandeceram a humanidade. Contrapondo-se aos críticos da cultura de massa que se renderam à ideia adorniana [de sentido estético] de um mundo totalmente administrado, Edgard Morin afirma que ‘ninguém é definitivamente civilizado’ e acrescenta: ‘a cultura de massas droga-nos, embebeda-nos com ruídos e furores [não nos curando dos fundamentais] [...]’ Pois, contra a tolerância zero nas estradas aparecem os ‘malucos do volante’ e os ‘rodeos’ motorizados aos fins-de-semana, onde os jovens brincam com a morte ao desafía-la e vivê-la no quotidiano. Contra os princípios laicos garantidos pela Constituição aparecem os malucos de Deus. Contra as diferentes imposições sociais surgem os ‘malucos do ego’, segundo a expressão de Salvador Dalí. Contra o despotismo impessoal dos peritos e dos pedagogos surgem as mais variadas perversões. Contra a prepotência da verticalidade erigida em símbolo de poder pela civilização ocidental aparecem os aviões suicidas. Contra a uniformização e a asseptização da vida pelos valores prometeicos [transcendentes, mas que visavam a melhoria da condição humana e que o ser humano se tornasse uma pessoa melhor] que se exprimem nessa ‘trindade laica que são o Progresso, a Razão e o Trabalho’ [...], assistimos ao desabrochar de uma violência gratuita a que Julien Freund deu o nome de ‘violência dos sobrealimentados’. Em oposição às campanhas de luta contra toda a forma de dependência (tabagismo, alcoolismo, droga, sexo, seitas, ansiolíticos, Internet, etc.) aparecem todos aqueles que erigem o excesso em regra de vida. A própria religião é vivida com excessos. Aliás, todas as sociedades foram confrontadas com a questão da oposição entre a religião e a superstição. A ‘superstitio’ significava nas origens um excesso de religião que permitia aos romanos de se desprenderem da ordem social e de introduzir uma ruptura no consenso social. O povo age com paixão e por excesso.” (p. 5)

Apesar de o crime ser considerado o acto que transgride a lei vigente, torna-se tarefa difícil obter respostas sobre o fenómeno da criminalidade. De facto, embora esse fenómeno englobe actualmente crimes de natureza diferente da que tradicionalmente estava instituída (até há um tempo histórico muito recente), parece ser consensual que a criminalidade continua a ser decorrente quer de factores externos que influenciam o desenvolvimento do indivíduo, quer de factores internos, nomeadamente a propensão para o adoecer psicopatológico ou para o desenvolvimento de transtornos de personalidade que possam facilitar/concorrer para o seu envolvimento em condutas desviantes.

Assim, como referimos anteriormente, acreditamos que, à semelhança do que acontece em meio livre, também em meio juridicamente privado de liberdade entra em jogo a natureza das (inter)relações. Estas influenciam o seu estado de saúde geral, as escolhas que faz, as suas tomadas de decisão, o seu comportamento, entre outros. De facto, consideramos que ao ser colocado nesse contexto, de imediato se opera um corte entre o indivíduo bio-psico-social e os que faziam parte das relações significativas de que dispunha em meio livre (se é que ainda as possuía), corte esse que poderá culminar na perda das mesmas. Esse corte impede-o de se relacionar de forma livre/autónoma com o

mundo externo, mas sim de forma condicionada e faseada. Além disso, ao passar para o contexto de privação jurídica de liberdade, deixará de desempenhar papéis e funções que lhe eram inerentes em meio livre, tendo que se ajustar, e passando, portanto, a estar sujeito a novos papéis e funções. No entanto, caso o queira, não deixa de poder exercer alguns que, de forma diferente, poderão fazer sentido manter em simultâneo em ambos os contextos, embora de forma limitada (pai, companheiro/marido, estudante...), por estar separado do meio livre.

Neste contexto, Negrão (2004) propunha que a aplicação de práticas igualitárias promovem a desigualdade, por isso deve-se implementar medidas de reposição efectiva da igualdade. Segundo este autor, a concepção e execução dessas medidas deverá visar a reintegração co-responsável, de modo a envolver indivíduos e respectivas famílias, para que possa diminuir a vulnerabilidade. Logo, as medidas deveriam agir sobre as causas e não sobre os efeitos, visando a prevenção como objectivo inicial, bem como incluindo um projecto de vida, valores de referência e a redução/remoção dos riscos.

1.2.6. Comportamentos social e criminalmente reprováveis *versus* puníveis

O entendimento/catalogação dos comportamentos social e criminalmente puníveis varia quer ao longo da evolução histórico-cultural das sociedades, quer de acordo com a percepção/realidade social num determinado período específico, pois as diferentes comunidades ou grupos sociais de cada Estado poderão ter percepções convergentes, diferentes e/ou divergentes nesse período específico. Os comportamentos adoptados pelas pessoas dependem, assim, da dinâmica motivacional bio-psico-social que integra, entre outros, a internalização ou não de um conjunto de valores/crenças vigentes nas sociedades em que vivem, que interferem nas suas escolhas, tomadas de decisão e adopção de determinados comportamentos e atitudes consonantes ou não com os mesmos.

Porém, Fernandes e Fernandes (2002) afirmam que já antes de Hipócrates vários filósofos aventaram concepções sobre a conduta criminosa: *a*) Esopo (620-560 a.C.) defendia que os crimes eram proporcionais à capacidade de quem os comete, o que é uma das bases da criminologia; *b*) Alcmeon (560-500 a.C.), de Crotona (Grécia), estabeleceu relações entre cérebro humano e características biopsíquicas dos delinquentes / da conduta

criminosa a partir da dissecação de animais. Os mencionados autores referem que para Alcmeon “o homem é o elo entre o animal e Deus, havendo em cada homem um pouco de animal e um pouco de Deus” e “que a vida é equilíbrio entre as forças contrárias que constituem o ser humano”, sendo a doença “o rompimento desse equilíbrio”, a morte o “desequilíbrio completo” e a alma, ao contrário do corpo, “imortal” (p. 60).

Alguns contemporâneos de Hipócrates (460-370 a.C.) defendiam o seguinte: **a)** Protágoras (485-410 a.C.), que a pena tivesse como efeito a intimidação e a correcção/ regeneração; **b)** Isócrates (463-338 a.C.), que a pessoa que ocultasse um crime fosse também considerada culpada, introduzindo noções de co-autoria e de cumplicidade criminal; **c)** Sócrates (470-399 a.C.), cujos ensinamentos foram divulgados por Platão, por nada ter deixado escrito, defendia que o criminoso era aquele que desobedecia às leis (as quais eram fruto das relações humanas), devendo, por isso, ser punido; mas, considerando que o conhecimento reside no interior do ser humano, dever-se-ia apostar na educação do criminoso para que o mesmo pudesse conhecer-se melhor, no sentido de se tornar uma pessoa melhor, justa e virtuosa, bem como para se afastar de condutas criminosas e, ainda, para tornar a sua vida mais sociável/agradável, obedecendo integralmente às leis; **d)** Platão (427-347 a.C.), seguidor de Sócrates, propugnava que o crime era produto do meio, pois, *por um lado*, a miséria produzia vagabundos e pessoas sórdidas; *por outro*, o ouro e a abundância conduziam à cobiça que se apoderava da alma “enlouquecida pelo desejo”. Nesta perspectiva, o crime era uma doença produto das paixões, procura do prazer e da ignorância; a pena funcionava como factor intimidatório ou inibidor do acto delinvente, pelo que, no decurso da mesma, o criminoso deveria ser, dentro do possível, reeducado, de forma a poder distinguir comportamentos concordantes e discordantes com as normas sociais, caso contrário deveria ser expulso do país (Fernandes & Fernandes, 2002; Nascimento, 2003).

O próprio Hipócrates pretendeu explicar o crime com base nas relações entre tipologias biológicas assentes em traços da personalidade e comportamentais através da sua teoria dos humores (Millon & Davis, 1996). Esta procurou clarificar a personalidade através dos fluidos corporais, tal como actualmente se aventam hipóteses assentes em estudos endócrinos e bioquímicos (Millon, 1996; Millon & Davis, 1996; Rodrigues & Gonçalves, 1998). De facto, como vimos atrás, a ausência de saúde devia-se ao desequilíbrio entre os quatro humores corporais. Assim, o mesmo se passava com os quatro temperamentos básicos definidos por Hipócrates associados ao excesso dos fluidos corporais: *a)* colérico/bílis amarela; *b)* melancólico / bílis negra ou atrabílis; *c)* sanguíneo/

/sangue; d) fleumático/fleuma ou pituíta (Millon & Davis, 1996; Rasteiro, 2000). Como anteriormente mencionámos, Hipócrates defendia nos seus *Aforismos* que o vício era produto da loucura, mas segundo Fernandes e Fernandes (2002) essa obra indirectamente revela que o crime também é resultado da loucura, o que já apontaria para os conceitos jurídico-penais de imputabilidade e inimputabilidade. Para Millon e Davis (1996) e Rasteiro (2000), mais tarde Galeno (131-200 d. C.), associou os temperamentos propugnados por Hipócrates às seguintes predisposições: a) colérico/irascibilidade; b) melancólico/tristeza; c) sanguíneo/optimismo; d) fleumático/apatia.

Ainda na Antiguidade Clássica merece destaque, na matéria criminal, Aristóteles (384-322 a.C.), que sustentava que determinados crimes eram devidos a factores de ordem económica, isto é, decorrentes da má distribuição das rendas e da miséria; sendo o criminoso um opositor da sociedade e, por isso, devia ser castigado (Fernandes & Fernandes, 2002). Assim, segundo estes autores, este filósofo defendia uma justiça responsável pela justa distribuição dos bens públicos, comuns a todos, que se deveria pautar pelo critério da igualdade proporcional, ou seja, em que A está para B assim como C está para D e em que A mais C é igual a B mais D, de modo a haver equilíbrio entre as partes. Considerava, então, que se deveria tratar desigualmente os desiguais e igualmente os iguais, de forma a igualá-los, tendo em vista uma justa distribuição de rendas.

Fernandes e Fernandes (2002) acrescem que Aristóteles também se debruçou sobre o estudo do carácter dos delinquentes, verificando ser frequente que os mesmos reincidissem, pelo que “*analisou as circunstâncias que deveriam ser levadas em conta como atenuantes dos delitos*”, bem como atribuía maior importância no fenómeno criminal às paixões humanas, em vez das razões assentes na etiologia criminal (p. 62).

Também daqui damos um salto para a Renascença ocidental e para o Iluminismo, pois o medievo ficou marcado pela religiosidade e seu domínio sobre todos os aspectos da vida em sociedade, nomeadamente no que se refere ao entendimento de crime, loucura, criminoso e castigos e/ou punições jurídicas a que estavam sujeitos, por não se regerem pelas leis divinas.

As teorias clássicas vingaram até finais do século XVIII e inícios do século XIX, quando Franz Gall (1758-1828) se dedicou à frenologia ou cranioscopia, que propugnava a existência de “órgãos” na superfície do cérebro que afectavam o crânio, associando-os ao carácter, características da personalidade, capacidade mental e à propensão para a criminalidade (Barbosa, 2003; Figueiredo Dias & Andrade, 1997). Com a frenologia materializava-se o propugnado por Hipócrates, isto é, que havia uma ligação entre mente e

corpo e que o cérebro era a sede das sensações, do juízo e do movimento (Canguilhem, 1995; Millon & Davis, 1996).

Como ficou patente atrás, foi a partir do alvorecer da Modernidade, com a ávida procura de conhecimentos dos Clássicos, que surgiram os primeiros estudos que procuravam explicar a violência e a criminalidade.

A partir de então, várias áreas do saber, algumas das quais passaram a ser consideradas ciências, procuraram explicar os comportamentos socialmente reprováveis, muitos deles também passíveis de punição criminal, entre as quais destacamos a psicologia, a biologia e a sociologia. A seguir faremos uma abordagem a algumas teorias explicativas do comportamento criminal, tendo essencialmente por base as seriações apresentadas por investigadores como Barbosa (2003), Figueiredo Dias e Andrade (1997), Agra e Matos (1997).

1.2.6.1. Teorias biológicas

Independentemente de questões metodológicas, verifica-se que ao longo da evolução da Humanidade as explicações sobre os comportamentos humanos assentes em pressupostos biológicos, inatos ou adquiridos foram ora valorizadas, ora depreciadas.

As teorias biológicas defendem que há “tipos de pessoas” intrinsecamente predispostos para o crime e que a prática do mesmo se deve essencialmente a variáveis congénitas, não controláveis pelo delinquente; apesar de mais recentemente não serem de parte variáveis a nível da interacção social, nomeadamente no que se refere à competitividade (Barbosa, 2003; Figueiredo Dias & Andrade, 1997).

Entre as várias teorias biológicas encontram-se as baseadas nos iniciais estudos relativos a aspectos constitucionais, cromossómicos e de transmissão genética, aos mais recentes sobre a incidência familiar, a adopção e com gémeos, bem como sobre aspectos neurofisiológicos e neuroquímicos. Estes, apesar de se terem iniciado há longa data, são alvo de pesquisas recentes e de projecção futura (Barbosa, 2003).

No âmbito destas teorias, cabe-nos aqui referenciar Cesare Lombroso (1835-1909), considerado o fundador da criminologia, e cujos trabalhos assentavam já em base empírica. Na sua obra *L'Uomo Delinquente* (1876), Lombroso defende a *tese do atavismo* ou do “criminoso nato”, segundo a qual os criminosos se distinguem das restantes pessoas por apresentarem diferenças genéticas que se manifestam na sua fisionomia (Barbosa, 2003; Figueiredo Dias & Andrade, 1997). Assim, a visão lombrosiana não tem em consideração

aspectos de natureza psicológica e social na emergência do crime, mas sim padrões comportamentais “*fixos e pouco mutáveis*” próprios de cada pessoa (Barbosa, 2003, p. 55). Neste sentido, para Lombroso os crimes não são, por esses motivos, produto de processos interactivos, experienciais e de socialização, e os criminosos agem de acordo com instintos próprios da Humanidade primitiva e de outros animais, pelo que minimiza “*a possibilidade de substituição desses comportamentos por outros pró-sociais*” (Barbosa, 2003, pp. 55-56; Figueiredo Dias & Andrade, 1997).

Figueiredo Dias e Andrade (1997) fazem também alusão a Earnest Hooton (1887-1954), que, no seu livro *The American Criminal: The Native White Criminal of Native Parentage* (1939) chega à conclusão que o delinvente era um ser humano inferior em termos físicos, intelectuais e morais, e, por conseguinte, facilmente identificável.

Apesar desta evolução, ainda se recorre aos conceitos utilizados em modelos explicativos anteriores adaptando-os aos novos enquadramentos. Cita-se como exemplo o caso de certos tipos de pessoas enquadradas na população delinvente, com estigmas negativos, como as que se encontram em meio prisional (Figueiredo Dias & Andrade, 1997).

Em meados da década de 60 do século XX surgiram explicações biológicas de fundamentação genética para o comportamento criminal. Destacou-se Avery Sandberg pela descoberta do “*síndrome XYY*”, em 1961. Segundo Barbosa (2003), inicialmente acreditava-se que os indivíduos que apresentavam este tipo de anomalia teriam maior propensão à prática de crimes violentos, tendo-se verificado mais tarde “*que essas pessoas tendem a cometer mais crimes do que as restantes*”, mas não de características violentas e que estariam mais associados a défices intelectuais (pp. 56-57).

Hans Eysenck (1916-1997), ainda nas referidas décadas, também desbrava caminho na área da personalidade criminal (como veremos adiante), procurando estabelecer uma ligação entre variáveis biológicas e psicológicas. Apesar de se ter investido em muitos estudos neste sentido até ao presente, este autor refere o seguinte:

“*[...] a verdade é que o conjunto de os resultados que foram surgindo não apresentaram uma consistência satisfatória, a ponto de grande parte dos investigadores ter abdicado dessas abordagens, substituindo-as por outras menos deterministas. Mas, não se pense que as perspectivas biológicas foram abandonadas.*” (p. 57).

Os vários estudos assentes em bases biológicas, que se têm vindo a desenvolver, confirmam a interferência genética nos distúrbios da personalidade anti-social, apontando diferenças entre homens e mulheres. No entanto, as teorias psicológicas e sociais procuram outros fundamentos. Já os actuais estudos fundados em pressupostos biológicos do

comportamento criminal incidem, além da genética, em outras áreas da investigação, como a sociobiologia evolucionista, a bioquímica e a neurociência.

A sociobiologia evolucionista assenta em pressupostos darwinistas e valoriza factores biológicos (que são a manifestação dos factores genéticos e são influenciados pelas condições ambientais) envolvidos no comportamento. Deste modo, procura explicar os *“fundamentos biológicos das formas mais complexas dos comportamentos sociais”*, atribuindo maior relevo à *capacidade de adaptação*, em virtude desta potenciar o aumento da selectividade evolutiva dos genes envolvidos na emergência de novos comportamentos e de dar maior vantagem a quem for capaz de os produzir. Para estes investigadores, o crime também é uma expressão genética decorrente da capacidade de adaptação ou, numa perspectiva *“determinista ultraconservadora [...] é visto como meio de aumentar a competitividade social do indivíduo, por forma a potenciar a disseminação do material genético que está na sua origem”* (Barbosa, 2003, p.60). Segundo este autor, se a sociobiologia clássica negligenciava o sujeito psicológico, excepto no que respeita às motivações primárias que envolvem a sobrevivência do indivíduo ou da espécie, mais tarde veio a reconhecer *“que genes e cultura são as duas forças determinantes da própria arquitectura cerebral e, logo, do comportamento humano”*, e, actualmente, admite *“que os genes balizam os limites do comportamento, enquanto o meio o molda dentro desses limites através do desenvolvimento”* (p. 62).

Quanto à genética, esta preocupa-se com estudo dos genes envolvidos nas tendências de personalidade. Contudo, segundo Barbosa (2003), *“nenhum gene [que seja] responsável pelo comportamento criminal”* poderá ter *“um certo grau de predisposição genética para o crime”*, sendo que estes *“se expressam na sua plenitude”* na idade adulta, pois *“as manifestações genéticas – comportamentais e outras – dependem de processos maturacionais e de condições ambientais adequadas”* para a sua expressão (pp. 64-66). Assim, a conjugação de factores genéticos e ambientais está relacionada com a probabilidade de manifestação do comportamento criminal. Conquanto, o referido autor refere que havendo uma intervenção eficaz a nível desses factores (abordagem psicobiológica), esta actuará no sentido da prevenção ou diminuição da ocorrência desse tipo de comportamento.

Os estudos no campo da bioquímica sobre comportamento criminal conjugam conhecimentos nas áreas da biologia, química e neurologia. Todavia, apesar de não haver fundamentação estatística entre níveis de neurotransmissores e competências mentais (ou falta delas) que caracterizem pessoas anti-sociais, não se pode menosprezar que aspectos

neuroquímicos possam estar envolvidos nas causas do crime, pois terão a sua parcela de contribuição, não só de carga genética, mas também de estarem condicionados a influências do meio, que se repercutem no sujeito biopsicológico (Barbosa, 2003). Citamos como exemplo o papel dos neuromediadores no processamento da informação, que envolve a qualidade da percepção, elaboração e tomada de decisão nas diferentes situações que se apresentam ao indivíduo (Barbosa, 2003; Marques, 2001). No caso dos sujeitos anti-sociais, parece haver uma alteração continuada dos níveis de transmissores que concorre, segundo Barbosa (2003), para o seguinte:

“[...] efeitos nocivos nos sistemas mnésicos [...] o que, por sua vez, compromete a capacidade de aprendizagem social, particularmente a associação do reforço/prazer a respostas pró-sociais e da punição/desprazer a respostas anti-sociais. Consequentemente, o processamento da informação conducente à tomada de decisão deixa de ser devidamente assessorado pela evocação dessas associações.” (p. 75).

Segundo Beck e Freeman (1993), quando o psíquico adoece as crenças ou as ideias que o indivíduo possui podem ser interpretadas de forma distorcida e, conseqüentemente, a manifestação do seu comportamento passa a ser regida por um sistema de crenças disfuncionais. Neste sentido, Marques (2001) afirma que o *“O processamento da informação em vez atender a um mecanismo de feedback (em que há retorno) obedece a mecanismo de feed-forward, em que não há retorno, isto é, que ‘segue em frente’, sem ‘retro-alimentação’”*, sendo que no caso, por exemplo, do doente esquizofrênico *“esta dificuldade traduz-se na incapacidade que este [...] tem de funcionar em interação com outros sistemas, pois vai perdendo progressivamente competências sociais, o que contribui para o seu desajustamento”* (p. 96) em relação ao meio. Esta autora acresce que no caso do esquizofrênico paranóide isto poderá concorrer para o seguinte:

“[...] um aumento da probabilidade de agressão ou rejeição de comportamentos externos de agressão ou de rejeição, favorecendo o reforço do seu sentimento de cerco e provocando uma resposta com uma carga de grande rigidez cognitiva, em que o processamento da informação apresenta um funcionamento habitualmente viciado. Este sentimento de cerco poderá estar ligado à percepção de ameaça ao sistema, o que o leva a desconfiar da informação que recebe do meio. Por esse motivo, o seu filtro só deixará passar as informações que vão ao encontro das suas crenças ou convicções prévias ou que possam ser interpretadas segundo essas crenças, num permanente movimento de auto-referência.[...]”

[...] Assim, por exemplo, a partir de premissas falsas o processamento da informação vai obedecer a uma lógica coerente, dificilmente acessível à crítica da lógica de um indivíduo dito normal, [...] [sendo que] a conclusão é óbvia: o meio é responsável pelo problema vivenciado pelo sistema. Esta crença servirá de reforço ao sentimento de cerco.” (p. 97).

Posto isto, o esquizofrênico passa a estar hiper-atento e a fazer hiper-interpretações de todos os sinais, considerando que possa estar em causa a sua sobrevivência (Vieira, 1983), havendo vários estudos que apontam para um índice de maior criminalidade entre indivíduos portadores deste distúrbio/doença (Marques, 2007).

1.2.6.2. Teorias sociológicas

As teorias sociológicas possuem raízes antigas para explicar o comportamento criminal, à semelhança dos modelos explicativos assentes em bases biológicas, as quais remontam ao século XIX.

Segundo Gonçalves (2002), a obra *Sociologia Criminal*, de Enrico Ferri (1856-1929), publicada em 1884, foi a primeira a debruçar-se sobre o comportamento criminal, no âmbito das teorias sociológicas. Não obstante, várias escolas procuram explicar os fundamentos sociológicos da prática de crimes.

A escola cartográfica ou geográfica de criminologia foi uma delas. Emergiu com André-Michel Guerry (1802-1866), que em 1832 apresentou um mapeamento dos crimes em França (Agra & Matos, 1997). Esta perspectiva ecológica foi retomada por Louis Wirth (1897-1952) – *Escola de Chicago* –, em 1928, que se distanciou do reducionismo geográfico-espacial e económico de teor capitalista, considerando que nas cidades havia maior propensão ao crime, por ter uma maior dimensão, densidade populacional e heterogeneidade facilitadoras de novos estilos de vida (Agra & Matos, 1997; Rangel, 2009; Tedim & Barros, 2010). Segundo este último autor, os novos estilos de vida são essencialmente caracterizados pelo seguinte:

“[...] grande diferenciação social, afrouxamento dos elos comunitários, controle formal das pessoas, competição social, grande especialização funcional nas actividades económicas e maior divisão do trabalho, fluidez no sistema de classes, elevada taxa de mobilidade social, tendência ao relativismo e a secularização que levariam a um comportamento humano inclinado ao anonimato, à superficialidade e à anomia.” (pp. 113-114).

Outros estudiosos desta perspectiva se lhe seguiram.

Émile Durkheim (1858-1917) funda a escola sociológica, a qual defende que o fenómeno da criminalidade deve ter em conta o contexto social, num determinado período de tempo, e que as sociedades que apresentam um maior índice de criminalidade são as anómicas, isto é, aquelas em que se verifica um maior descumprimento nas regras sociais e na pressão social sobre os seus membros (Agra & Matos, 1997). Esta escola considerava que o crime tinha causas sociais e não patológicas, sendo o individualismo a base do conflito pessoa/sociedade (Cabette, 2009; Tedim & Barros, 2010).

Robert Merton (1910-2003), fundador da teoria da anomia social (1968), evidencia a acção do carácter social e cultural no indivíduo (Agra & Matos, 1997). Baseando-se nos pressupostos de Durkheim, Merton considera que o desvio também é produto da estrutura social, sendo esta a que, apontando metas ao indivíduo para a sua conduta, não lhe disponibiliza meios necessários para a concretização da mesma, por fim, abandonando-o

sem possibilidades de atingir os seus objectivos (Cabette, 2009; Tedim & Barros, 2010). A propósito desta teoria de Merton, Agra e Matos (1997) acrescentam:

“Ausentes os meios legais, mas presente a pressão para a conquista dos objectivos impostos socialmente, esse vácuo (anomia) necessitará de ser preenchido de alguma forma. Essa forma é a perseguição dos fins por meios ilegais, desviantes, já que os legítimos não estão disponíveis.” (p.53)

Porém, segundo Cabette (2009), uma das críticas que se faz a esta teoria prende-se com o facto de esta se preocupar fundamentalmente em explicar o fenómeno da criminologia emergente nos grupos sociais mais desfavorecidos.

A escola socialista de Karl Marx (1818-1883), Friedrich Engels (1820-1895), Max Weber (1864-1920), Pierre Bourdieu (1930-2002) e Charles Taylor defende que a ocorrência de crimes está associada à estrutura sócio-económica de cariz capitalista, que agrava as desigualdades entre burguesia e proletariado (Agra & Matos, 1997). Neste tipo de sociedade as relações sociais sofrem alterações, nomeadamente a nível de padrões de conduta assentes em valores burgueses. Deste modo, Mattos (2009) afirma que, para os defensores desta escola, as classes desprivilegiadas deveriam “fundar” por si mesmas, como num “acto de vontade [...] formas de reconhecimento social desconectadas de uma relação com as estruturas sociais às quais estão envolvidas”, para que deixem de ser excluídas do mundo social por serem meros cidadãos úteis e trabalhadores (p. 97).

A escola do meio social, cujo fundador é Alexandre Lacassagne (1843-1924), defende que o crime só se manifesta num meio sociocultural propício à sua emergência (Agra & Matos, 1997). Brutti (2006) transcreve o seguinte excerto de Lacassagne (1885):

"O meio social é o caldo de cultura da criminalidade; o delinquente é o micróbio, que não tem qualquer importância enquanto não encontra a cultura que provoca a sua multiplicação... As sociedades têm os criminosos que merecem". (p. 1)

Já a escola da interpsicologia de Gabriel Tarde (1843-1904) defende que na sociedade, que “é um facto social de imitação”, há a esfera psicológica (indivíduos) e a esfera inter-mental ou social (interacções entre os indivíduos) (Antunes, 2008). Assim, a sociedade tem influência sobre a personalidade do delinquente, pois nas relações interpessoais estão envolvidas a aprendizagem e a memória no processo de imitação (Agra & Matos, 1997; Antunes 2008). Tarde parte do preceito de que qualquer colectividade, nomeadamente o público e a multidão, se insere em dois momentos interpsicológicos, os quais, segundo Antunes (2008) são os seguintes:

*“1) Comunicação Unilateral de um indivíduo através da invenção, que contudo parte de um quadro imitativo preexistente e pode estar sujeita a uma oposição intrapsicológica.
2) Comunicação Recíproca entre dois ou mais indivíduos que formam laços sociais em função de uma coesão mental por imitação (o público define-se como um espaço de coesão mental à*

distância entre indivíduos fisicamente separados), embora possa existir oposição interpsicológica (social) e mesmo novas invenções em função da acção discursiva.” (p. 3)

Segundo este autor, Tarde, a partir da distinção entre público e multidão, chega a várias conclusões, designadamente a de que o público (espaço de discussão crítica, como cafés, Universidade, *mass media*...) apazigua as relações pouco racionais da multidão (greves, tumultos...), pelo que crescendo o fenómeno público, diminui o fenómeno multidão. No entanto, defende que “*o público se pode tornar [...] numa multidão em potência, isto é, de um público tumultuoso derivariam ‘multidões fanáticas que se passeiam pelas ruas gritando viva ou morra não importa o quê’*” (Antunes, 2008, p. 18). Assim, o crime público (mais aceite, requer mais astúcia, mais sujeitos à impunidade, como por exemplo, a devassa da vida pública de alguém por um jornalista) distingue-se do da multidão por apresentar características menos violentas do que o emergente da multidão revoltada (mais repulsivos, vingativos...).

De acordo com esses autores, à luz das teorias sociológicas, o comportamento anti-social desenvolveu-se em dois sentidos durante o século XX: *a)* como decorrente da interacção de factores culturais (o criminoso só se manifesta havendo um meio sociocultural), económicos (o sistema de base capitalista gera desigualdades socioeconómicas, que são determinantes na emergência de crimes) e ambientais (variações do clima interferem na prática de crimes); *b)* explica-se pela compreensão dos processos intrínsecos à construção social do fenómeno criminal, e não por relações causais.

1.2.6.3. Teorias psicológicas

As teorias psicológicas explicativas do comportamento criminal emergiram com o aparecimento das teorias psicodinâmicas (Figueiredo Dias & Andrade, 1997). Segundo Gonçalves (2002), são inúmeras as teorias que explicam o comportamento anti-social na óptica psicológica ou psicossocial, de entre as quais apenas faremos uma breve referência às que se seguem.

i) Teoria da Personalidade Criminal

Como vimos, a procura de explicações para o comportamento criminal data de há longos séculos.

No entanto, centrar-nos-emos nos estudos contemporâneos mais recentes sobre a *Teoria da Personalidade Criminal*. Um dos propulsores desta teoria foi Hervey Cleckley (1903-1984), que em 1976 chegou à conclusão de que a psicopatia era própria de “*pessoas egocêntricas, impulsivas, incapazes de formar relações interpessoais íntimas e estáveis, que não mostram qualquer arrependimento pelos seus actos e não aprendem com a experiência*” (Barbosa, 2003, p. 100). Citamos ainda Hans Eysenck (1916-1997) e seus colaboradores, que, em 1978, concluíram que nos criminosos com personalidade anti-social os níveis de extroversão, neuroticismo e psicoticismo eram elevados, o que era revelador de serem pessoas impulsivas, agressivas, pouco condicionáveis, com um comportamento frio/impessoal, procurando sensações (Barbosa, 2003).

Agra e Matos (1997) referem trabalhos desenvolvidos, em 1987, por Marcel Fréchette e Marc LeBlanc e, logo a seguir, em 1991, por Jean Pinatel (1913-1999), e que chegam à conclusão que os delinquentes são distinguidos dos não delinquentes por possuírem uma hipertrofia dos traços psicológicos que constituem o núcleo central da personalidade, sendo o *egocentrismo* e a *labilidade* próprios da instabilidade comportamental e a *agressividade* e a *indiferença afectiva* específicos da ausência de emoções e tendências altruístas. Pinatel defendia que na prática de um crime os referidos traços se processam do seguinte modo: *a) o egocentrismo* funciona como neutralizante do julgamento social desfavorável sobre um dado acto projectado; *b) a labilidade* desvincula a inibição da ameaça da pena; *c) a agressividade* pode levar à passagem ao acto; *d) a indiferença afectiva* causa um efeito suspensivo da repugnância no momento da acção criminógena (Agra & Matos, 1997). Estes autores mencionam que para Pinatel há vários tipos de delinquentes: caracteriais, perversos, toxicómanos, alcoólicos, débeis mentais; porém, que além destes existem ainda criminosos profissionais (inadaptados sociais que se mantêm na prática de crimes) e ocasionais (socialmente adaptados, mas contidos por circunstâncias do meio).

Os traços de personalidade referidos, segundo Gonçalves (2002), são responsáveis pela resistência dos sujeitos com características anti-sociais ao processo de ressocialização, concorrendo para níveis elevados de reincidência anti-social/criminal, que assumem crescente gravidade, de forma progressiva, e que se reflecte na prisão.

No entanto, Brenner (2001) chama a atenção para o seguinte facto, reportando-se à realidade brasileira:

“Para crimes violentos, os benefícios aparecem logo (vingança, satisfação sexual, apropriação de dinheiro via assaltos, etc.), enquanto que os custos demoram a surgir, principalmente se dependerem de uma punição formal. Esta então é uma das razões pelas quais

pode-se esperar que, as pessoas mais impulsivas estejam presentes, numa quantidade acima da normal, entre os praticantes de crimes violentos.” (p. 157).

Consideramos que isto, de uma forma geral, também se aplica à realidade portuguesa.

ii) Corrente Psicodinâmica

Esta corrente tem por base a teoria psicanalítica, cujos fundadores foram Sigmund Freud (1856-1939), Alfred Adler (1870-1937) e Carl Jung (1875-1961). De acordo com esta teoria, segundo Figueiredo Dias e Andrade (1997), regra geral o crime pode ser explicado tendo em conta os seguintes princípios:

“1.º – O homem é, por natureza, um ser a-social. Por isso é que Freud refere a criança como um perverso polimórfico e Stekel como um criminoso universal.

2.º – A causa do crime é, em última instância, social. ‘O crime – escreve GLOVER – representa uma das parcelas do preço pago pela domesticação de um animal selvagem por natureza; ou, numa formulação mais atenuada, é uma das consequências de uma domesticação sem êxito’.

3.º – É durante a infância que se modela a personalidade. É, noutros termos, durante a infância que se definem os equilíbrios ou desequilíbrios que, com carácter duradouro, hão-de dar origem ao comportamento desviante ou às condutas socialmente aceites.” (p. 191).

Segundo Figueiredo Dias e Andrade (1997), Freud, embora rejeite a teoria lombrosiana, tem pontos de convergência com a mesma, isto é, reconhece o *atavismo* na explicação do crime e considera que o criminoso representa um retorno ao homem primitivo, devido à sua estrutura psíquica e não a questões antropológicas.

Agra e Matos (1997) referem que Pierre Mailloux vai mais longe ao considerar que os momentos cruciais da construção da identidade, que permite a cada ser humano distinguir-se como único e determinar-se na vida de acordo com as suas escolhas, situam-se na infância e na adolescência. Estas fases do ciclo desenvolvimental são constituídas por períodos de crise, que se não ultrapassados comprometem o processo de identificação da personalidade e, conseqüentemente, fazem emergir um desequilíbrio durável e profundo, passando o indivíduo a delinquente habitual (o Eu decidirá a passagem ao acto).

iii) Corrente Fenomenológica

O comportamento resulta da relação sujeito/situação, que envolve um sistema de significações, sendo o crime explicado por este sistema emergente dessa relação (Agra & Matos, 1997). Estes mesmos autores defendem que a livre escolha de um comportamento é aparente, pois subordina-se à dialéctica existente entre dois instintos constituintes da psique e que são simultaneamente antagónicos e fundamentais: *a)* instinto de conservação

do Eu, responsável por reacções de medo/fuga contra a afectividade, que leva o sujeito a isolar-se; *b*) instinto de simpatia, em que o sujeito é compelido para o abandono de si próprio, orientado no sentido da defesa da espécie.

Neste sentido, para Agra e Matos (1997) a reaproximação a outrem depende da resolução da culpabilidade do isolamento defensivo, tendo como mediadores a consciência e a inteligência. Ora, segundo estes autores, o comportamento de aproximação fica comprometido ou não ocorre nas perturbações de carácter e nas deficiências intelectuais, devido aos possíveis enviesamentos no processo de conservação dos sentimentos e comportamentos, o que facilita a passagem ao acto criminal, sendo este processo evolutivo e criminal decidido pelo Eu.

Etienne De Greeff (1898-1961), um dos advogados desta corrente, considera que o delincente não é uma pessoa diferente das restantes, por natureza ou qualidade, excepto no que respeita a algumas características facilitadoras do comportamento criminal (Ballone, 2005). Segundo este autor, De Greeff valoriza a conduta geral do indivíduo com comportamento criminal e a sua personalidade específica (não a definida para os criminosos), bem como tem em conta a história pessoal e o conjunto de processos psicológicos/afectivos/morais/sociais (entre outros) que possam concorrer para a criminalidade. No entanto, quando confrontado com a noção de perigosidade, De Greeff defende a possibilidade de definir traços de personalidade e estabelecer a intervenção mais adequada (Ballone, 2005).

Entre outros dos defensores desta corrente encontra-se também Françoise Digneffe, que propugna que a pessoa é um ser responsável, dependendo dela a edificação/definição dos seus projectos de vida, que têm como subjacentes aspectos relacionados com a ética, desenvolvimento moral e valores, sendo as suas características pessoais decorrentes das suas escolhas e da gestão que faz da vida (Ballone, 2005). Segundo esta autora, estes pressupostos também se aplicam ao delincente, que também constrói e gera a sua vida através das escolhas que faz, atribuindo significados pessoais aos seus actos.

1.2.6.4. Teorias psicossociais

Estas teorias encerram conceitos particularmente resultantes das teorias psicológicas e sociológicas. Destacamos apenas uma das mais conhecidas, a *Teoria da Aprendizagem Social*, de Albert Bandura (1969, cit. in Agra & Matos, 1997), que defende o seguinte:

a) quer o funcionamento psicológico envolve uma contínua interacção entre

comportamento e forma de controlo do mesmo, embora as acções sejam reguladas pelas consequências; *b*) quer o ambiente controlador por vezes é alterado de forma significativa pelo comportamento. Para esse autor, as interacções sociais geram *feedback* nos dois sentidos, influenciando as relações interpessoais e gerando um reforço mútuo das contingências, pelo que não havendo lugar a este tipo de relações, o sujeito pode desenvolver, entre outros, comportamentos agressivos.

Gonçalves (2002) afirma que Sutherland e Cressey (1970) deram um grande contributo nesta abordagem psicossocial, o qual assenta nos seguintes pressupostos: *a*) o comportamento criminoso é aprendido; *b*) a aprendizagem faz-se através da interacção entre pessoas num processo de comunicação; *c*) os principais aspectos do comportamento criminoso surgem no seio do grupo de pessoas com relações muito próximas e na pressão que o grupo exerce; *d*) o indivíduo pode tornar-se criminoso por excesso de definições favoráveis à violação da lei, sendo a aprendizagem dos motivos e impulsos feita a partir do estabelecido nos códigos legislativos vigentes; *e*) o mecanismo de aprendizagem do comportamento criminoso é o mesmo que se encontra presente em outros tipos de aprendizagens (padrões anti-criminais e criminais). Porém, Gonçalves (2002) defende que esta teoria é redutora, pois ao pôr a tónica no grupo e na pressão que exerce, poderá explicar os crimes contra o património, mas não os contra as pessoas.

1.2.6.5. Teorias bio-psico-sociais

As teorias biopsicossociais admitem que o comportamento criminal resulta de uma multiplicidade de factores. Assim, no âmbito destas teorias, Agra e Matos (1997) referem que esse tipo de comportamento pode ser explicado à luz de duas correntes: *a*) decorre do efeito conjugado de causas e factores biológicos, psicológicos e sociais, embora procure determinar o peso relativo de cada um destes factores na determinação do comportamento transgressivo; *b*) assenta na interacção indivíduo-delinquente/mundo e na compreensão (e não nas causas) dos processos e significações do acto criminógeno. Esta segunda abordagem, segundo os mesmos autores, é adoptada nas correntes que não utilizam explicitamente o conceito biopsicossocial, como é o caso das escolas de Chicago e de Louvain (Agra & Matos, 1997) e, acrescemos, a de Harvard, com Millon (1981) e a de Rochester, com Deci e Ryan (1985) e seus colaboradores.

Quanto à *Escola de Chicago*, esta debruçou-se sobre o estudo das significações que envolvem a criminalidade, tendo em conta a relação delinquente, meio sociocultural e

ambiental. A *Escola de Louvain* centrou-se no estudo das significações do acto criminal, levando em consideração a relação delinquente, aspectos biológicos (instintos) e psíquicos (vertente mais biopsicológica) (Agra & Matos, 1997). No entanto, embora a primeira das escolas se centre numa vertente mais psicossocial e a segunda numa vertente mais biopsicológica, ambas valorizam processos etológicos, sociais e ambientais relativos ao acto delinquente.

A teoria da personalidade de Millon (1981, 1996; Millon, Davis & Millon, 2007) e seus colaboradores defende que existe uma interacção entre factores biológicos, psicológicos e socioculturais, como se se pudesse comparar a uma espiral, em que a cada volta se constroem interacções prévias que servirão de base para futuras interacções (Sánchez-López & Casullo, 2000).

Deci e Ryan (1985), como vimos atrás, defendem que a qualidade da motivação interfere no desenvolvimento da personalidade, sendo que a intenção de agir depende da (des)internalização de valores e crenças através do processo de socialização. Consideramos, assim, e como referimos, que a teoria desenvolvida por estes autores – *Self-Determination Theory (Teoria da Autodeterminação)* – é de relevância não só para a compreensão da motivação que se encontra na génese e evolução dos comportamentos *versus* condutas, nomeadamente desviantes, mas também como orientadora dos pressupostos teóricos envolvidos nesta investigação, isto é, das motivações subjacentes a este trabalho que compreendem parâmetros bio-psico-sociais, por isso foi objecto de tratamento diferenciado.

1.3. Algumas questões de âmbito jurídico-penal

Como sabemos, os comportamentos fora da norma existem desde os primórdios da Humanidade, mas os que são social e criminalmente puníveis só tiveram lugar com a elaboração de códigos “legislativos” escritos reguladores da vida social, pelo que faremos uma breve introdução dessa evolução até à actualidade. De seguida, clarificaremos os conceitos jurídicos de imputabilidade e de inimputabilidade tendo em conta a legislação actual. Por fim, levantaremos algumas questões que se prendem com a privação jurídica de liberdade *versus* (des)promoção da delinquência.

1.3.1. A regulação dos comportamentos fora da norma: uma questão que data de há milénios

A preocupação com a regulação dos comportamentos fora da norma e da “loucura” é milenar, nomeadamente com os que são considerados social e criminalmente reprováveis e/ou puníveis (Marques, 2007). Não esqueçamos, porém, como vimos, que a dinâmica histórico-evolutiva sociocultural é que determina o que está dentro ou fora da norma.

Neste sentido, e como sabemos, vários códigos legislativos foram escritos desde a Antiguidade. Porém, apenas faremos uma súmula de alguns que consideramos terem deixado marcas, mais ou menos vincadas, até ao presente em várias sociedades/culturas, algumas das quais perduram com maior ou menor intensidade até ao presente.

Começemos por um dos mais antigos conhecidos, o *Código de Hamurabi*, que foi escrito na Babilónia, por volta de 1750 a.C., inspirado no Deus-Sol (Shamash) e que se regia pelo princípio “*olho por olho, dente por dente*”, que, entre outros: “*condenava à pena de morte a testemunha de acusação que não conseguisse comprovar o seu testemunho*”, quem “*roubasse um escravo de um libertado ou da corte*”, ou quem difamasse “*uma mulher consagrada ou a mulher de um homem livre*”; instituiu “*uma quantia para remunerar em alimentos (trigo) o trabalho de um ano*”, o que lhe granjeou ser precursor do salário mínimo (Gavazzoni, 2002, pp. 66-67); previa uma punição para o juiz que fosse parcial no julgamento, sendo-lhe vedada a possibilidade de poder alterar a sua decisão, mesmo surgindo um novo facto, como podemos ler no excerto abaixo, citado por Vieira (2007):

“Art. 5.º – Se um juiz julgou uma causa, deu uma sentença e exarou um documento selado e depois alterou seu julgamento, comprovarão contra esse juiz a alteração feita e ele pagará até doze vezes a quantia que estava em questão. Além disso, fá-lo-ão levantar-se do seu trono de juiz da assembleia e não tornará a sentar-se com os juizes em um processo.” (p. 11).

Outros dos mais importantes documentos antigos reguladores da vida em sociedade foram: a *Lei de Deus* (c. 1230 a.C.) que passou a regular a vida moral, civil, religiosa e penal dos judeus e a *Lei das Doze Tábuas* que vigorou no Império Romano desde cerca de 450 a.C., tendo ambas deixado marcas até ao presente (Gavazzoni, 2002).

Segundo este autor, a “*Lei de Deus – Os Dez Mandamentos – recebida por Moisés [que viveu entre os séculos XIV-XIII a.C.] [...] deu origem ao código das Leis Mosaicas [pelo qual se] [...] regem os judeus (principalmente ortodoxos) até hoje*”, a qual também ficou conhecida por *Lei de Moisés* ou *Tora* (p. 55), que assenta na ideia de que se deve seguir, servir e obedecer a Deus devido ao amor e à fé que se tem nele. Em matéria pessoal

e civil estas Leis não visavam “*verdadeiramente compensar um lesado, nem dar um exemplo, ainda menos regenerar um culpado, mas unicamente dar satisfação a Deus, que o mal irrita*”, por isso, as punições eram severas. (Gavazzoni, 2002, p. 56). Estas Leis, entre outros: proibiam matar, furtar, incorrer em falso testemunho; estabeleciam um limite de tempo para o trabalho escravo; condenavam o adultério e a usura; instituíram o divórcio para casos especiais; consagravam “*a inviolabilidade do domicílio*”; definiram o trabalho do juiz e determinavam como este devia ser desempenhado, devendo o juiz ser imparcial, recto e justo (pp. 67-68).

As *Leis Mosaicas* (formadas por vários livros que fazem parte do “Antigo Testamento”), juntamente com o “Novo Testamento” e outros livros, que no seu todo constituem a *Bíblia*, consagraram a união entre religião, educação e direito no Ocidente por toda a Idade Média, tendo perdurado na generalidade dos países ocidentais até finais do século XVIII / inícios do século XIX, ou seja, até à emergência do Iluminismo e das *Revoluções Liberais* (Gavazzoni, 2002; Neves, 1996).

Em Portugal, podemos afirmar que a separação do Estado da Igreja se operou em duas fases: *a*) entre 1750 e 1777, com o Marquês de Pombal (1699-1782), ministro do rei D. José I (1714-1777), período em que se deu início a essa separação, iniciando-se o Estado laico; *b*) a partir de 1820, com a *Revolução Liberal*, em que se efectivaria essa separação, que acabou por ficar consagrada na *Constituição da República* em 1822 (Neves, 1996).

Indo um pouco atrás, ao século VII, é digna de menção a emergência de um outro código que, à semelhança da *Bíblia* para os Cristãos, passou a ser o guia espiritual, moral, civil e penal dos Muçulmanos, o qual perdura até à actualidade. Trata-se do *Corão*, que começou a ser composto por Maomé (570-632 d.C.) no ano 610 da nossa era, após o profeta ter recebido a primeira revelação de Alá (Deus).

No entanto, de permeio, emergiram na Antiga Grécia vários conjuntos de leis escritas, nas diferentes cidades-Estados, das quais destacamos as seguintes, por terem sido repescadas na Renascença e, de forma mais consolidada a partir do início da contemporaneidade (revoluções liberais): *a*) em Esparta, berço da aristocracia (governo dos melhores), surgiram as *Leis de Licurgo* (c.700-650 a.C.), que defendiam um regime rígido de vida, em que para se ter liberdade e felicidade devia-se ter uma vida regrada e sujeita a um rígido sistema de regras morais, considerando os prazeres uma forma de escravidão, leis essas que lançaram as bases da ideia de reforma agrária (distribuindo aos espartanos lotes de terreno de iguais dimensões), bem como a separação dos poderes

legislativo, executivo e judicial; *b*) em Atenas, as *Leis de Clístenes* (c. 560-508 a. C.) as primeiras bases da democracia (governo do povo), em 510 a.C., as quais foram aperfeiçoadas por Péricles (495-429 a.C.), em 461 a.C. (Gavazzoni, 2002).

É também interessante saber que já em 509 a.C. na República Romana, foi lançada a ideia do que designamos hoje por período de estágio, ou seja, por exemplo, um período em que um político em início de carreira começava a desempenhar cargos de “*nível inferior*”, sem remuneração. Ainda no período da República a legislação impunha também, entre outros, um máximo para a pena de multa e concedia ao réu a possibilidade de interpor recurso quando condenado à pena de morte em alguns tipos de crimes, “*cuyo veredicto era irrecorrível*” (Gavazzoni, 2002, pp. 69-70). A partir de 451 a.C. os romanos passaram a reger-se pela *Lei das Doze Tábuas*, que sofreu alterações em 450 a.C. por consignar que os plebeus podiam estar representados no Senado, podendo seguir a carreira da magistratura. A referida Lei contemplava o “*direito público, direito penal, direito privado e direito processual*”, mas não o direito internacional e não fazia apelo a questões divinas/religiosas, assim como o *Código Manu* que apesar de datar do século XVIII a.C., chegou até nós (Gavazzoni, 2002, p.71 e 75). Este autor acresce:

“*Também mereceram tratamento especial da Lei das Doze Tábuas os assuntos relativos à terra e à agricultura e consequências correlatas; matéria processual com minuciosas disposições sobre chamamento a juízo; a cobrança de dívidas; a herança; o arresto de bens fungíveis e não fungíveis, mas não cuidou expressamente da diferença havida entre patrícios e plebeus, origem do decênio das lutas que culminaram com sua composição e promulgação.*” (p. 71).

A *Lei das Doze Tábuas* propugna, ainda, entre outros, que se “*exclui o demente da administração de seus próprios bens e prescreve que estes sejam colocados sob os cuidados de seus parentes ou membros de sua gens*”, “*é terminantemente proibido executar uma pena de morte sem que o réu haja sido legalmente condenado*” (Gavazzoni, 2002, pp. 72-74).

Após a conversão do Imperador Constantino (280-337) ao Cristianismo (312), este institui a liberdade de culto Império Romano com a publicação do *Edito de Milão* (313) e, em 391, com o Imperador Teodósio, o Cristianismo passaria a religião oficial do Império.

Neste processo, destacamos Aurélio Agostinho (conhecido por Santo Agostinho, 354-430), como professor de Retórica da corte do Imperador Constantino, que também se converteu ao Cristianismo (387) e que se tornou bispo de Hipona, no Norte de África (actual Argélia). É merecedor de destaque pelo facto de ter desenvolvido uma vasta obra, na qual aprofundou vários conceitos cristãos, nomeadamente o de Igreja como *Cidade de Deus* (nome de um dos livros que escreveu, entre 413 e 426) por oposição à *cidade material* em que vivia. Também legou noções pedagógicas no “*mais antigo compêndio*

pedagógico do mundo ocidental”, *A Doutrina Cristã* (397-427), que influenciou o ensino e o pensamento medieval (Gavazzoni, 2002, p. 95).

Gavazzoni (2002) afirma que o Direito Romano que regia a vida social e jurídica de Roma e, mais tarde, a do Império (desde 753 a.C. até 476 d.C.), tendo influído nas legislações ocidentais até à contemporaneidade.

Em Portugal o Direito Romano influenciou a legislação régia a partir das *Primeiras Cortes* (1211). Ele serve “*de base às Ordenações Afonsinas (1446); continua nas Ordenações Manuelinas [1521], que substituíram as Afonsinas; Ordenações Filipinas (1603), Estatutos da Universidade de Coimbra (1772)*” (Gavazzoni, 2002, p. 123), tendo sofrido maiores alterações com a *Revolução Liberal* e os seguintes diplomas legislativos. Porém, o Direito Romano deixou marcas em Portugal até à actualidade, entre as quais, e a título de exemplo, citamos apenas algumas, mesmo que tenham sido alteradas num tempo histórico muito curto: “*o princípio romano do pai (chefe) de família*”; os “*requisitos para que homem e mulher contraíam casamento*”, que, principalmente desde finais do terceiro quartel do século XX até ao presente, foram alargados a direitos para casais que vivem maritalmente e, na última década, a casais homossexuais; “*admitia o divórcio, desde o direito romano arcaico*” quer por comum acordo, quer litigioso (Gavazzoni, 2002, p. 166).

1.3.2. Liberdade *versus* privação jurídica de liberdade: breve abordagem conceptual, nomeadamente às noções de (in)imputabilidade

O conceito de liberdade é mais vasto do que o definido “simplesmente” por critérios jurídicos. Pode-se definir também por critérios de movimentação/permanência num espaço (casa, bar, bairro, hospital, praia...) ou com base no planeamento temporal (hora, dia, mês, ano, século...), mas também, por critérios pessoais, sociais, culturais, estéticos, laborais, políticos, económicos e religiosos (Marques, 2008).

Quando se centra em critérios pessoais, “*o conceito de liberdade remete para as escolhas pessoais e de vida em grupo; para as tomadas de decisão; para a responsabilidade e o respeito para consigo, para com os outros e com o meio envolvente; para a expressão das ideias e das emoções*” (Marques, 2008, p. 58). Nesta última acepção, concordamos com Sartre quando afirma que o indivíduo se vai afirmando através das suas livres escolhas, pelos seus actos, sendo, assim, produto da sua liberdade e aprendendo a sua

liberdade através das escolhas/acções que faz. Para este autor, a liberdade não é conquista humana, mas sim condição humana (“*é bem precisamente a textura do meu ser*”, Sartre, 1999, p. 543) e assenta na intencionalidade, isto é, a liberdade na acção de escolher o que fazer é sempre intencional (“*é fundamento dos fins que tentarei alcançar*”, p. 549), pois depende de uma vontade consciente dos princípios que norteiam essa escolha, bem como dos fins e consequências da acção.

Lopes (1993) defende que a *decisão* tem um papel fundamental no ser humano, porque o distingue do animal e, principalmente, porque é a essência da existência humana, abrindo um largo conjunto de caminhos que pode seguir, por ser consciente da sua consciência, por ter a capacidade de analisar o pensamento, pensando, e de descobrir as suas limitações e responsabilidades relativamente às suas decisões. Esta capacidade de descobrir acarreta responsabilidades na liberdade das tomadas de decisão (ser humano ético).

Nesta senda, a aspiração da liberdade pelo ser humano na busca da uma vida boa ou da felicidade colide com as aspirações de outro ser humano. Conforme afirma Cabral (2003), na vida em sociedade é definido o que se considera bem comum, que deve ser aceite e promovido por todos. O referido autor defende que o ser humano não é autónomo, uma vez que tem deveres e obrigações sociais que implicam ser responsável, mas que, por outro lado, lhe garantem o reconhecimento e o respeito por parte dos outros. Sobre esta questão Cabral (2003) propunha:

“Os deveres e obrigações concretos pressupõem, como condição de possibilidade, uma ‘obrigatoriedade’ ontológica, que eles concretizam: quem tem obrigação é obrigável, capaz-de-obrigação. [...] [Por sua vez,] esta dependência-na-liberdade implica dependência no ser homem; em última análise, manifesta que o homem não existe por si mesmo, mas antes devido ao outro, a quem se ‘deve’” (p. 25).

Mas, como largamente se afirma, “*a minha liberdade acaba onde a liberdade do outro começa*”, contudo torna-se difícil balizar até onde pode ir a minha liberdade e a do outro. De facto, como afirma Elio Sgreccia (1996, p. 161), esta expressão remete para um conceito de liberdade utópico e difícil de pôr em prática, pois, segundo ele, “*é uma liberdade pela metade*”, que se encerra nas mãos de quem “*detém o poder de a fazer valer*”, como, por exemplo, um líder de um *gang* de um determinado bairro, que tem um nível de liberdade maior do que os restantes elementos do seu *gang* (Marques, 2008, p. 59).

Segundo Milheiro (2000), o poder corrompe e “*é sempre perverso e potencial*” (p. 323). Afirma que por tendência “*somos todos predadores, [sendo que] o maior devora o mais pequeno*”, no entanto, “*as culturas, civilizações e humanidades sabem disso e*

procuram evitar” que assim seja. Este autor defende que a “*corrupção mais primitiva é o abuso do poder, derramando pressão sobre os outros*” (p. 323).

A liberdade, ao centrar-se em critérios pessoais, da esfera interior, apresenta uma dimensão única, quer para os cidadãos livres, quer para os privados (juridicamente) de liberdade, podendo os livres ter experiências de “privação de liberdade” e os detidos ou os presos experiências de “liberdade”. De facto, qualquer pessoa experiencia, ao longo da sua vida, situações de maior ou menor grau de liberdade. E, caso passe pela privação jurídica de liberdade, esse facto não a impede de poder sentir-se livre, quer na sua esfera interior, quer nas relações que estabelece – entre pares ou outras –, mesmo que essas relações não obedeçam às regras que regulam a vida em sociedade. Porém, *sentir-se livre* poderá apenas significar *poder exercer a liberdade*, quanto mais não seja por ser detentor do poder nas relações que estabelece, em virtude da posição que ocupa relativamente aos outros (Marques & Pais-Ribeiro, 2009).

Devido às condutas social e criminalmente reprováveis, estes cidadãos perderam, assim, um dos direitos proclamados pela *Declaração Universal dos Direitos do Homem* e consignados na *Constituição da República Portuguesa – CRP* (Miranda, 2004; Porto Editora, 1998), ou seja, o *direito à liberdade*, que neste último documento se encontra consignado no n.º 1. do Art.º 27.º: “*Todos têm o direito à liberdade e à segurança*”. No entanto, a *privação jurídica de liberdade* a que estão sujeitos obedece a critérios consignados no ordenamento jurídico português, nomeadamente na referida CRP. De facto, segundo o mesmo Art.º 27.º deste diploma, nenhum indivíduo “*pode ser total ou parcialmente privado da liberdade, a não ser em consequência de sentença judicial condenatória pela prática de acto punido por lei com pena de prisão ou de aplicação judicial de medida de segurança*” (n.º 2.), “*pelo tempo e nas condições que a lei determinar*” (n.º 3.), salvo algumas excepções, como por exemplo, entre outros, o “*internamento de portador de anomalia psíquica em estabelecimento terapêutico adequado, decretado ou confirmado por autoridade judicial competente*” (alínea h) do n.º 3.). Todavia, a pessoa sujeita a privação jurídica de liberdade, “*deve ser informada imediatamente e de forma compreensível das razões da sua prisão ou detenção e dos seus direitos*” (n.º 4.). Caso a privação de liberdade seja “*contra o disposto na Constituição e na lei*”, o Estado tem o “*dever de indemnizar o lesado nos termos que a lei estabelecer*” (n.º 5.).

Não obstante, é facto que nem todas as condutas puníveis socialmente são consideradas crime. Efectivamente, a *regulação social* faz-se através de uma complexa

rede normativa de diversas ordens: *a)* de *ordem moral* – direccionada ao indivíduo e não à organização social, baseando-se em noções de bem/mal, certo/errado, ou seja, apela à consciência da pessoa, de acordo com as normas de conduta sociais vigentes, estando em causa a sua reputação (boa/má) e aprovação (ou reprovação) da sua formação moral; *b)* de *ordem religiosa* – também dirigida ao indivíduo, mas cujas condutas são avaliadas de acordo com dogmas/Fé por Deus ou pela Divindade e cujas faltas se traduzem em consequências/sanções *post-mortem*; *c)* de *ordem de trato social* – voltada para um conjunto de indivíduos pertencentes a um determinado grupo social (como, por exemplo, a uma ordem profissional), fundada num conjunto de regras pelas quais todos os que pertencem a esse grupo se devem reger (como as corporativas e as deontológicas), cujo incumprimento está sujeito à reprovação social e do grupo (Ordem), podendo mesmo culminar no seu afastamento ou na sua segregação; *d)* a *ordem jurídica* – relativa à vida em sociedade, regendo-se por um conjunto de regras que têm em conta um conjunto de valores, normas e interesses nela vigentes, que são definidas pelo Direito (Constitucional, Civil, Penal e outros), de forma a garantir e a impor o cumprimento das normas, forçando ao respeito e punindo a violação da ordem, através de medidas de coação (Machado, 1985; Marques & Pais-Ribeiro, 2011a).

Cabe, no entanto, ao Direito Penal de cada Estado a definição dos comportamentos considerados crime, bem como as consequências da prática dos mesmos. Porém, numa perspectiva longitudinal, as noções de crime e as respectivas consequências variam de acordo com a evolução de uma cultura e das normas sociais vigentes num determinado Estado. Numa análise transversal, esse Estado, que passamos a considerar como historicamente pertencente à *cultura ocidental* e que se encontra entre os signatários de documentos do âmbito do Direito Internacional, poderá internamente não incluir, no seu ordenamento jurídico, legislação conducente ao respeito e cumprimento de algumas determinações consignadas nesse Direito, através da aplicação de medidas de coação. Mas, considerando que aplique uma medida punitiva, esta poderá ser mais ou menos gravosa relativamente à aplicada por um outro Estado signatário dos mesmos documentos jurídicos internacionais (Marques, 2008).

Passamos a citar, para melhor clarificar, um exemplo de crime e outro de medida de coacção, não correlacionados, à luz do ordenamento jurídico português.

a) Crime. O aborto era proibido em Portugal até à Lei 6/1984, de 11 de Maio. Esta veio a possibilitar a “interrupção voluntária da gravidez” nos casos de risco de vida para a mulher, de perigo de lesão grave duradoura física e psíquica da mulher, de

malformação do feto ou de gravidez por violação (actual “crime contra a liberdade e autodeterminação sexual da mulher”). A Lei 90/1997, de 30 de Julho, veio alargar o prazo no que se refere à malformação fetal e o que até então era designado por violação. Pela vigente Lei 16/2007, de 17 de Abril, a interrupção de gravidez por opção da mulher passou a ser despenalizada até às 10 semanas. No entanto, sabemos que se encontra instalada uma discussão ainda muito acesa nos diferentes Estados da *cultura ocidental*, não só de cariz político e jurídico, mas científico, moral e religioso, não havendo proximidade de critérios legislativos em alguns deles.

b) *Medida de coacção*: A pena de morte foi abolida, em Portugal, para crimes políticos, em 1852 (*Acto Adicional à Carta Constitucional* de 5 de Julho; in Miranda, 2004), civis em 1867 (*Código Civil Portuguez*), militares, em 1911 (*Constituição Portuguesa de 1911*). No entanto, em 1916, em plena I Guerra Mundial a pena de morte foi novamente instituída para os crimes militares (Lei n.º 635, de 28 de Setembro). Seria extinta para todos os crimes em 1976, através da *Constituição da República Portuguesa*. No entanto, apesar de consignada na CRP, a sua expressa extinção ao abrigo das normas militares, ocorreria apenas no ano seguinte, em 1977, com a revogação do *Código da Justiça Militar*), decisões que têm vigorado até ao presente.

Contudo, e seguindo apenas os exemplos supra, embora em Portugal o enquadramento jurídico tenha sido alterado relativamente à prática de crime de aborto e da aplicação da medida de coacção de pena de morte, o mesmo não acontece em outros países englobados historicamente na mesma *cultura ocidental*, apesar de signatários da *Declaração Universal dos Direitos do Homem*, proclamada em 10 de Dezembro de 1948. Se atentarmos analiticamente ao que se passa em Estados pertencentes a outras culturas a disparidade aumenta, mormente quando nos referimos a este e/ou outros tipos de crimes / / medidas de coacção / punições, como o caso do adultério praticado por mulheres que, sendo socialmente reprovável, em alguns Estados não constitui crime, ao passo que noutros culmina em apedrejamento até à morte das mesmas (Neves, 2009).

A noção legal de crime tem um carácter mutável: o que era crime no passado poderá não o ser hoje e *vice-versa*, sendo obrigação do Direito “*estar atento ao desenvolvimento da sociedade*” e de “*programar o futuro*”, com base no que se antevê fortemente no presente (Mota, 2003, pp. 49-51). No ordenamento jurídico português, a questão da evolução dos valores socioculturais instituídos é tida em conta. Citamos o caso dos legisladores, que elaboraram o actual *Código Penal Português* (CPP), se preocuparem em

deixá-lo explícito, logo na “Parte Geral”, a propósito da condição de imputável só poder “determinar-se pelas penas”. Senão vejamos:

“É, pois, necessário, para o agente ser considerado imputável, que consiga determinar-se pelas penas. Facto demonstrativo não só da criteriosa integração do elemento de valoração ética, mas também de carregado afloramento da tradição correcionalista portuguesa, manifestando-se assim, neste ponto, como noutros, a incosequência daqueles que julgam que o Código se não funda em raízes culturais portuguesas.” (ponto 5, cit. in, Rocha, 2008, pp. 22-23).

Sendo a noção de crime mutável, a lei não pode ter efeitos retroactivos, porque da mesma forma que o que é crime hoje poderá não o ter sido ontem, também se pode verificar que aquilo que é crime hoje poderá não o ser amanhã (se a lei for ou vier a ser alterada), adoptando-se a medida de coacção que seja mais favorável ao sujeito privado juridicamente de liberdade.

O *Código Penal Português* (CPP) tipifica os crimes e enquadra-os em grandes áreas: crimes contra as pessoas (Art.^{os} 131.º a 201.º); contra o património (Art.^{os} 202.º a 239.º); contra a identidade cultural e integridade pessoal (Art.^{os} 240.º e 246.º); contra a vida em sociedade (Art.^{os} 247.º a 307.º); contra o Estado (Art.^{os} 308.º a 384.º).

Qualquer tipo legal de crime envolve, segundo o CPP, quer a acção que o levou a produzir, quer a omissão da acção que o poderia evitar, “*salvo se outra for a intenção da lei*” (Art.º 10.º), sendo a medida de coacção mais grave privar o indivíduo da sua liberdade, através de penas de prisão ou de sanções criminais específicas designadas medidas de segurança, após a prática de um facto ilícito típico punível pela ordem jurídica.

“Nullum crimen sine lege; nulla pæna sine lege” (“*não há crime sem lei, não há pena sem lei*”) é uma máxima latina baseada em enunciados formulados por Paul Johann Anselm Ritter von Feuerbach no seu tratado publicado em 1801, os quais foram transpostos para o então *Código Penal da Baviera* de 1813 (*Strafgesetzbuch für das Königreich Bayern*, Feuerbach, 2007), entre os quais se contam: a) “*nulla pæna sine lege*” – não há pena sem a existência de lei penal que a antecede; b) “*nullum crimen sine pæna legali*” – não há crime sem prévia cominação legal; c) “*nulla pæna (legalis) sine crimine*” – não há pena sem crime definido legalmente (Batista, 2002 p. 66). Estes enunciados somados ao “*nullum crimen, nulla pæna sine lege prévia*” (não há crime, nem pena, sem lei prévia) encerram os principais elementos definidores do princípio da legalidade (p. 66).

O princípio da legalidade tem como função garantir a limitação do poder de punir por parte do Estado e a tutela dos direitos fundamentais dos seres humanos (Ferreira, 1992), e, está estabelecido nos Art.º 29.º e 30.º da actual *Constituição da República Portuguesa – CRP* e nos Art.º 1.º e 2.º do *Código Penal – CPP* (Quadro 3).

Quadro 3 – Princípio da legalidade à luz da CRP e do CPP

ALGUNS EXEMPLOS	CRP	CPP
A sentença criminal tem em conta a lei que antecede a prática do crime, quer para o caso de aplicação de penas, quer para a aplicação de medidas de segurança.	Art.º 29.º	Art.º 1.º
A sentença criminal não poderá ser mais grave do que a prevista aquando da prática do crime e seus pressupostos (ex.: perigosidade).	Art.º 29.º	Art.ºs 1.º e 2.º
Se um crime for punível aquando da sua prática e posteriormente deixar de o ser, através de nova legislação, cessa a execução e os efeitos penais.	Art.º 29.º	Art.º 2.º
Se a sentença for aplicada injustamente, o cidadão poderá pedir a sua revisão e a indemnização pelos danos sofridos.	Art.º 29.º	--
As penas e as medidas de segurança não podem ter “carácter perpétuo” ou “duração ilimitada ou indefinida” (Art.º 30.º), mas sim por “um determinado período de tempo” (Art.º 2.º).	Art.º 30.º	Art.º 2.º
Se foram baseadas em anomalia psíquica “grave” e caso não seja possível o tratamento em “meio aberto”, as “medidas de segurança privativas ou restritivas de liberdade” poderão ser “prorrogadas sucessivamente”, por decisão judicial, enquanto “tal estado se mantiver”.	Art.º 30.º	--
Quem for sujeito a “pena ou medida de segurança privativa de liberdade mantém a titularidade dos direitos fundamentais, salvo as limitações inerentes ao sentido da condenação e às exigências próprias da respectiva execução”.	Art.º 30.º	--

Porém, em meio juridicamente privado de liberdade encontramos dois tipos de cidadãos: *a)* os imputáveis – cujo pressuposto da pena é a culpabilidade; *b)* os inimputáveis – cujo pressuposto da medida de segurança e tratamento é a perigosidade.

Assim, é imputável aquele a quem é atribuída culpa por prática de determinados actos avaliados, por quem de direito, como proibidos ou ilícitos, com carga de intencionalidade, sendo, por isso, responsável e capaz de responder pelos seus actos.

O conceito de imputabilidade está definido no Art.º 488.º, do *Código Civil Português* (CCP, Almedina, 1999), através do seu contrário, isto é, pela negativa, sugerindo mais o conceito de inimputável:

“Artigo 488.º – Imputabilidade

- 1. Não responde pelas consequências do facto danoso quem, no momento em que o facto ocorreu, estava, por qualquer causa, incapacitado de entender ou querer, salvo se o agente se colocou culposamente nesse estado, sendo este transitório.*
- 2. Presume-se a falta de imputabilidade nos menores de sete anos e nos interditos por anomalia psíquica.”*

Já o Art.º 19.º, do *Código Penal* (CPP), respeitante à “*Inimputabilidade em razão da idade*”, estatui o seguinte: “*Os menores de 16 anos são inimputáveis.*”. e, o Art.º 20.º do CPP, estabelece que a “*Inimputabilidade em razão de anomalia psíquica*”, não exclui a imputabilidade “*quando a anomalia psíquica tiver sido provocada pelo agente com intenção de praticar o facto*” (ponto 4.).

Porém, o CPP, através desse mesmo Art.º 20.º define inimputabilidade e fá-lo do seguinte modo: é inimputável aquele que “*por força de uma anomalia psíquica, for incapaz, no momento da prática do facto, de avaliar a ilicitude deste ou de se determinar de acordo com essa avaliação*” (n.º 1.). Poderá “*ser declarado inimputável quem, por força de uma anomalia psíquica grave, não acidental e cujos efeitos não domina, sem que por isso possa ser censurado, tiver, no momento da prática do facto, a capacidade para avaliar a ilicitude deste ou para se determinar de acordo com essa avaliação*”

sensivelmente diminuída” (n.º 2.). O Art.º 27.º do CPP estabelece a “*Atenuação especial da pena*”, mas não clarifica o caso de o facto ter sido praticado sob efeito de distúrbio mental.

Os legisladores têm a noção de que “*a fronteira entre o imputável e o inimputável é extremamente difícil de traçar*”, como refere o ponto 5., da “Parte Geral” do CPP (Rocha, 2008, pp. 22-23). Mas ao redigirem o Art.º 20.º fizeram-no de forma tão abrangente e ambígua que, segundo Almeida (1999, p. 522), permite “*argumentação jurídica em situação que adjectivaríamos de ‘inconcebíveis’*”, pois a defesa do criminoso pode organizar-se em torno dos pontos 1. e 2. para justificar a sua inimputabilidade, quando ele não apresenta qualquer indício de a ter, pondo em causa a avaliação pericial. Talvez por este motivo, o referido ponto 5., da “Parte Geral”, faça alusão à necessidade urgente “*da adopção de um critério que rigorosamente seriasses as várias hipóteses pela aferição das quais o agente da infracção pudesse ser considerado imputável ou inimputável*”, embora não concretize. Porém, acresce que “*ao admitir-se um vasto domínio para a inimputabilidade devido à definição de critérios que se afastam do mais rígido pensamento da culpa, permitir-se-á aos mais reticentes na aceitação deste princípio a construção de um modelo baseado numa ideia que desliza para a responsabilidade social mitigada*”. Porém nada mais esclarece. Não é explícito, para o caso de portadores de anomalia psíquica, relativamente às situações em que se lhes pode atribuir imputabilidade atenuada, quando não se justifique inimputabilidade, o que suscita dúvidas e opções diferentes por parte dos peritos, com as implicações nas decisões jurídicas que, por vezes, parecem “*desajustadas*” e “*injustificadas*” (Almeida, 1999, p. 525).

O CPP apela ainda “*a um critério biopsicológico integrado por componentes de nítido matiz axiológico*”, remetendo para “*‘a comprovada incapacidade do agente para ser influenciado pelas penas’ (Art.º 20.º [ponto 3.])*” (ponto 5., da “Parte Geral”). Contudo, como defende Almeida (1999), o referido ponto 3. peca pela atribuição de inimputabilidade através desse mesmo critério nele estabelecido, pois esta incapacidade pode ou não ser inerente ao sujeito a quem vai ser atribuída a inimputabilidade.

Quanto à medida de segurança, o CPP consigna que esta só “*pode ser aplicada a estados de perigosidade cujos pressupostos estejam fixados em lei anterior ao seu preenchimento*” (Art.º 1.º, ponto 2.), como vimos no Quadro 3., desde que seja “*proporcional à gravidade do facto e à perigosidade do agente*” (Art.º 40.º, 3.), podendo o internamento ser prorrogado, por sucessivos períodos de dois anos, por decisão judicial, caso se mantenha a perigosidade (Art.º 92.º).

O conceito actual de perigosidade assenta na probabilidade ou no justificado receio de que o autor de um facto-crime possa vir a praticar ou repetir condutas típicas e ilícitas do mesmo género (Monteiro, 1997; Figueiredo Dias, 1993; CPP, Art.º 91.º, ponto 1., cit. in Rocha, 2008). Ora, se por um lado a aplicação de uma medida de segurança pressupõe o prognóstico de perigosidade criminal, por outro esbarra com o problema da previsibilidade e determinabilidade do comportamento das pessoas (Figueiredo Dias, 1993). De facto, o diagnóstico atribuído pelo perito ao indivíduo não garante um prognóstico unidireccional: a excepção é tão válida quanto a regra na área da saúde geral, e por não haver certezas a nível do desenvolvimento dos processos mentais, este preceito é mais acentuado no campo da saúde mental.

No que respeita à “*Perícia médico-legal e psiquiátrica*” e/ou à “*Perícia sobre a personalidade*” (respectivamente Art.ºs 159.º e 160.º do *CPP – Código do Processo Penal*), estas poderão ser pedidas pelo Tribunal a técnicos especializados. Neste caso, o Tribunal normalmente especifica o que pretende, devendo o parecer assentar exclusivamente no que for pedido: imputabilidade; perigosidade; capacidade profissional; capacidade de custódia paternal; capacidade de reger pessoas e bens; estado psíquico da vítima que sofreu ofensas corporais e/ou sexuais; capacidade ou fiabilidade de uma testemunha (Feldman, 1989; Marques, 2007).

Síntese do capítulo

A noção de saúde tem vindo a sofrer alterações ao longo do processo histórico evolutivo da Humanidade. Para ilustrarmos o que pretendíamos, sem sairmos das linhas mestras que nos nortearam, elegemos grandes marcos – revoluções ou vagas –, e, dentro destes, alguns factos/protagonistas que consideramos relevantes. Esses marcos são essencialmente balizados pela evolução técnica, dos saberes, dos sistemas de produção/económico/financeiro e das mentalidades, até à actual sociedade da informação.

O primeiro período que elegemos foi o pré-cartesiano, que situamos na Escola de Cós, essencialmente com Hipócrates, cerca de 450/400 a.C., por valorizar o ser humano como um todo numa perspectiva que consideramos bio-psico-social, embora condicionada pelos saberes e práticas da época. Para os hipocráticos o corpo e a alma eram materiais e o seu equilíbrio dependia das propriedades, quantidades e qualidade dos quatro elementos

existentes em todas as coisas (terra, água, ar e fogo), assim como da idade, dietas, exercício físico, entre outros. A doença devia-se a causas naturais e não a influências mágico-religiosas. Quando ocorria os sintomas emergiriam em cada pessoa de forma particular. Com Hipócrates valoriza-se a relação médico-doente e o médico devia seguir o código deontológico – o *Juramento de Hipócrates* –, que perdurou até à actualidade.

A veiculação e evolução destes conhecimentos foram interrompidas no medievo e seriam retomados no alvorecer da Modernidade: desbravou-se o conhecimento da Natureza, chegou-se a uma nova concepção do Homem e da realidade e lançaram-se as bases do conhecimento científico. Neste período emergiu o modelo biomédico que provocou um volte face na reorientação da teoria, investigação e práticas médicas: cada parte do corpo passa a ser passível de ser tratada em separado, cada doença é valorizada pelas suas características universais, factores de ordem material passam a sobrepor-se aos comportamentais, morais e sociais.

Nos finais do século XVIII surge a *Primeira Revolução da Saúde*, que perdura até inícios da década de 70 do século XX, na qual o modelo biomédico se consolida e atinge o seu apogeu. As doenças, nomeadamente a loucura, passam a ser vistas como de origem multicausal, são explicadas por bases científicas/biológicas, sistematizadas em quadros síndromicos, passíveis de serem diagnosticadas e tratadas à luz de novas descobertas e saberes e passam a ser responsabilidade dos Estados e de cada cidadão. Período de prolíferas e profundas transformações a vários níveis, de mudança de mentalidades, em que novos referenciais inspiram as reformas sociais, entre os quais a uma melhor sociedade corresponde uma maior satisfação, mais felicidade e bem-estar para um maior número de pessoas. O primeiro conceito de saúde sairia no âmbito da OMS em 1948, tendo sido definida como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou de incapacidade” (Preâmbulo). No entanto, as políticas de saúde continuavam a incidir na saúde pública e na celeridade e eficácia técnica do acto médico assente no diagnóstico, prescrição de medicamentos e/ou eventual cirurgia, descuidando a autonomia conceptual e as representações pessoais sobre o estado de saúde geral (físico e mental). Seria apenas a partir dos finais da década de 50 do século passado que a qualidade de vida passaria a ser avaliada em termos de bem-estar subjectivo.

A *Segunda Revolução da Saúde*, cujos pressupostos foram sendo edificados desde meados do século XX e cuja expressão foi usada pela primeira vez no *Relatório de Richmond de 1979*, visou a mudança do paradigma biomédico de prevenção da doença e incidiu na promoção e protecção da saúde e na valorização da perspectiva ecológica. Com

base neste novo paradigma a OMS, em 1986, define a saúde como “*um recurso da maior importância para o desenvolvimento social, económico e pessoal e uma dimensão importante da qualidade de vida*” (p. 2).

Quanto à *Terceira Revolução da Saúde*, expressão usada por Relmam em 1988, está focalizada no modelo integrado de saúde e na promoção da saúde mental positiva. A OMS lança em 2001 outro conceito que atesta a interdependência da saúde física e mental e afirma que “*muitas doenças físicas, perturbações mentais e comportamentais resultam de uma complexa interacção de factores biológicos, psicológicos e sociais*” (p. XX).

O comportamento humano resulta desta interacção e tem várias noções subjacentes, das quais apenas referimos as seguintes: a) risco – “*presença de um ou mais factores ou influências que aumentam a probabilidade de um resultado negativo*” (Richman & Fraser, 2001, pp. 2-3); b) estilos de vida – “*padrões identificáveis de comportamento*” (PAPS, 2004, p. 28); c) normal/anormal/patológico, que se encontra dentro/fora da norma de um determinado grupo, num sentido positivo ou negativo/desviante, e que está sujeito às variações socioculturais; d) atribuição de significados aos acontecimentos ou situações de vida – processamento da informação, dependente da forma como a pessoa apreende e organiza cognitivamente o leque de informações a que tem acesso.

No entanto, todo o comportamento está sujeito à motivação subjacente ao mesmo, podendo ser explicado pela Teoria da Autodeterminação, de Deci e Ryan. Assim, pode ir de mais a menos autodeterminado, movido por factores intrínsecos ou extrínsecos ou pela amotivação, tem por base as necessidades psicológicas de competência, relacionamento e autonomia, envolvendo objectivos na sua concretização. A intenção para agir envolve a (des)internalização de valores aceites ou na sociedade, que se vão consolidando ao longo do ciclo desenvolvimental e que influenciam as escolhas e as tomadas de decisão.

Ao longo dos tempos a Humanidade procurou explicar os comportamentos social e criminalmente reprováveis à luz da mentalidade e teorias vigentes. Entre as mais recentes abordamos as biológicas, sociológicas, psicológicas, psicossociais e bio-psico-sociais. A regulação dos comportamentos fora da norma data de há milénios e subordina-se por códigos de conduta e/ou legislativos.

Questões sobre a liberdade e privação jurídica da mesma são vastas e muitas vezes dependem de critérios e escolhas pessoais. Encontram-se definidas e balizadas em vários documentos (inter)nacionais. As noções de imputabilidade e inimputabilidade em razão e anomalia psíquica aplicadas a esta investigação foram aqui abordadas tendo em conta o *Código Civil Português* (Art.º 488.º) e o *Código Penal Português* (Art.º 20.º).

CAPÍTULO II

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA: QUESTÕES DEONTOLÓGICAS E PARÂMETROS ENVOLVIDOS NA INVESTIGAÇÃO

Breve introdução

Todas as avaliações no campo da saúde envolvem questões deontológicas e éticas, nomeadamente quando se trata de (in)imputáveis. Uma dessas questões relaciona-se com o consentimento informado, que, como veremos, tem sido objecto de regulamentações internacionais, em especial a partir do Código de Nuremberga (1947). Também em Portugal o consentimento informado está consignado nos Direitos Constitucional, Civil, Penal e da Saúde, sendo aqui tratado em separado, de acordo com estas grandes áreas.

No campo da Psicologia passamos a contar com o recente Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses; porém, anteriormente, os psicólogos regiam-se essencialmente pelo *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct da American Psychological Association*, ambos também aqui dignos de abordagem.

A avaliação psicológica em investigação para aceder a comportamentos também levanta questões deontológicas, sendo a entrevista estruturada um dos instrumentos usados para este fim. Outros parâmetros envolvidos nesta investigação serão tratados de forma sumária neste trabalho, como a personalidade, percepção do estado de saúde, ansiedade, depressão e stresse, estratégias de *coping* e satisfação com o suporte social.

2.1. Consentimento informado na avaliação psicológica em saúde para fins de investigação em (in)imputáveis juridicamente privados de liberdade

Os psicólogos confrontam-se com várias questões éticas, que se estendem ao campo da investigação em cidadãos livres e juridicamente privados de liberdade. Essas questões são, neste campo, muito *sui generis* por envolverem a capacidade de entendimento das pessoas e a expressão da sua vontade, pois nem todas as pessoas poderão estar na posse dessas capacidades, entre as quais as que apresentem problemas físicos, psicológicos ou anímicos (Marques & Pais-Ribeiro, 2011b). No entanto, quando as pessoas não têm esta capacidade comprometida, estes autores afirmam o seguinte:

“Quando o indivíduo não apresenta problemas físicos, psicológicos ou anímicos que comprometam a sua capacidade de entendimento ou de expressão da sua vontade, juridicamente

são considerados capazes do exercício de direitos e deveres ou obrigações, o que os torna titulares de uma personalidade jurídica. Assim, a ordem jurídica reconhece a este tipo de cidadãos uma considerável autonomia, protegendo-o erga omnes (“contra todos”) (Marques, Pais-Ribeiro, Alves & Neves, 2010), variando entre mais ou menos autodeterminada em termos bio-psico-sociais.” (p. 3).

As pessoas que apresentam a referida capacidade de entendimento e de expressão da sua vontade podem permitir/refutar a intervenção/investigação e manifestar a sua opinião ou questionar a sua pertinência, sentido e limites, mesmo estando com problemas físicos e de ordem psicológica avaliados como não impeditivos da sua tomada de decisão. Para tal, é obrigatório que o psicólogo faculte a informação imprescindível sobre o que pretende fazer, para que a pessoa possa aceder, no essencial, a esse conhecimento e tenha a possibilidade de o compreender. Assim, estarão em condições de *“poder tomar decisões fundamentadas ou assentes na “verdade” proferida pelo psicólogo”* (isto é, as suas decisões não foram tomadas “sozinhas”) e, caso pretendam aceitar, deverão assinar o termo de consentimento informado *“para evitar o levantamento de questões quanto à possibilidade de ter havido algum tipo de manipulação arbitrária por parte do psicólogo”* (Marques & Pais-Ribeiro, 2011b, p. 3).

Se estas questões se colocam aos cidadãos livres, questões semelhantes e outras se levantam para os (in)imputáveis juridicamente privados de liberdade.

2.1.1. Deontologia e ética: breve referência

Segundo Costa (2005) *deontologia* deriva do grego – *déon*, -*déontos* “dever”, *lógos* “tratado” – e refere-se *“ao tratado dos deveres, ou seja, ao conjunto de princípios e regras de conduta inerentes a uma determinada profissão”* (Marques & Pais-Ribeiro, 2011b, p. 4).

Parece ser consensual que o primeiro código deontológico médico surgiu cerca de 400 a.C., com Hipócrates, na Grécia Antiga, que ficou conhecido por *Juramento de Hipócrates*. Este código *“reflectia os valores morais da sociedade do seu tempo e que sofreu várias alterações até ao presente”* (Marques, 2007; Marques & Pais-Ribeiro, 2011b, p. 4), mas permanece como prova da continuidade dos princípios morais da civilização ocidental (Sournia, 1995). Mais tarde surgiram outros códigos deontológicos semelhantes ao de Hipócrates, em vários países, nomeadamente em Portugal, sendo um

dos conhecidos o de Amato Lusitano (1511-1568). Trata-se do *Juramento de Amatus Lusitanus*, escrito em 1559 (Ferreira, 1990).

A origem etimológica da palavra ética envolve dois significados diferentes: “*ἔθος* (*éthos*), *costume, uso, maneira (exterior) de proceder* [ética], e *ἦθος* (*êthos*), *morada habitual, toca, maneira de ser, carácter*” [moral] (Cabral, 2003, pp.33-34). Segundo Costa (2005), deriva do adjectivo grego *ἠθικός* (*ethikós*), com origem em *êthos*, que se refere aos costumes. Guedes (2006) segue a mesma linha deste último autor, pois entende que a ética envolve noções de bem e de mal, de costumes, de moral, originária do termo grego clássico *éthos*, e reporta-se “*ao modo de ser, ao carácter, à realidade interior de onde provêm os actos humanos*” (p. 470), com origem em *êthos*, sendo esta última acepção que nos interessa para este trabalho. Silva (2000), acresce que sendo a ética entendida “*como forma de comportamento ou como indicação de um caminho a seguir*” está orientada “*para a defesa da vida e para a procura do [...] bem-estar [do ser humano]*” (p. 5).

A ética pressupõe aprendizagem, relação com os outros e com o meio, exigindo um processo de reflexão contínua, que implica discernir o que se pensa sobre determinado acto antes de se operacionalizar o mesmo, bem como de adequar consciência e vontade à necessidade de estabelecimento de relações harmoniosas com os outros e com o meio de, isto é, recorrer à tolerância e à prudência (Fernandes de Freitas & Fernandes, 2006).

A ética aplicada a um grupo profissional estabelece um conjunto de princípios (regras e procedimentos obrigatórios aos quais ficam vinculados todos os elementos) e que integram o *código de ética profissional*. Isto aplica-se também aos psicólogos, que regulam a sua conduta e o exercício da psicologia, prevendo sanções para o incumprimento. Após o estabelecimento deste código “*os princípios éticos passam a ter a força que lhe confere o facto de serem definidos e aprovados pela Ordem*” como o que acontece recentemente em Portugal, conforme veremos adiante (Marques & Pais-Ribeiro, 2011b, p. 5).

Em Portugal, entre as primeiras associações do grupo profissional de psicólogos contam-se as seguintes: *Sindicato Nacional dos Psicólogos* (SNP, 1972); e *Associação Portuguesa de Licenciados em Psicologia* (APLP, 1974), que deu lugar à *Associação dos Psicólogos Portugueses* (APPORT, 1987) (SNP, 2011). Esta última associação criou um código de ética para os psicólogos – “*Princípios Éticos da APPORT*” (1995). Este documento expressa na sua “Introdução”, entre outros, o seguinte:

“*O presente código articula princípios éticos, valores e normas para guiar todos os membros da Associação dos Psicólogos Portugueses, quer sejam investigadores ou profissionais, actuando em qualquer campo da actividade profissional da psicologia tal como, por exemplo: investigação, serviço directo, ensino, administração, supervisão, consultoria, revisão de artigos ou projectos, actividade editorial, peritagem ou outro.*”

Os psicólogos portugueses deram continuidade à luta pela constituição da sua Ordem, organizando-se na *Associação Pró-Ordem dos Psicólogos* (APOP, 2002). Esta ambição teria lugar em 2008 com a criação da *Ordem dos Psicólogos Portugueses* (OPP), através da Lei n.º 57/2008, de 4 de Setembro, que no Capítulo VI traça as linhas gerais da “Deontologia Profissional”. Veio impor aos psicólogos, entre outros, um conjunto de princípios gerais (Art.º 75.º), deveres gerais (Art.º 76.º), deveres para com a Ordem (Art.º 79.º), deveres recíprocos entre colegas (Art.º 81.º), incompatibilidades (Art.º 78.º) e a obrigatoriedade do sigilo profissional “*em tudo o que diga respeito a factos que sejam revelados pelo cliente no âmbito de quaisquer assuntos profissionais*” (Art.º 79.º).

Finalmente, em 25-03-2011, o *Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses* (CDOPP), foi aprovado por deliberação da *Assembleia de Representantes da OPP*. A sua publicação em *Diário da República*, 2.ª Série, N.º 78, efectivou-se no dia 20 de Abril de 2011, através do *Regulamento n.º 258/2011*, no qual ficou definido que entrava em vigor no “*dia seguinte ao da sua publicação*” (Art.º 2.º).

É merecedor de referência o que logo no início do “Preâmbulo” do CDOPP está estabelecido quanto à abrangência dos princípios éticos nele definidos: é extensível a “*qualquer área de aplicação e contexto, com o objectivo de guiar os/as psicólogos/as no sentido de práticas de excelência, garantindo que a referência do exercício profissional é o máximo ético e não o mínimo aceitável*”.

O CDOPP aponta como princípios gerais o “Respeito pela dignidade e direitos da pessoa”, a “Competência”, a “Responsabilidade”, a “Integridade” e a “Beneficência e não-maleficência”. Entre os princípios específicos define o “Consentimento informado”, a “Privacidade e confidencialidade”, as “Relações profissionais”, a “Avaliação psicológica”, a “Prática e intervenção psicológicas”, o “Ensino, formação e supervisão psicológicas”, a “Investigação” e a “Declaração pública”. Apenas alguns destes princípios serão objecto de tratamento adiante.

2.1.2. O consentimento informado à luz de algumas regulamentações internacionais: breve abordagem evolutiva

A questão da necessidade do consentimento do doente para práticas clínicas, como vimos, tem-se colocado desde há longa data, nomeadamente desde a Antiguidade Clássica.

A partir da Renascença retoma-se a valorização do primado da pessoa. Porém, segundo Rodrigues (2001), seria na segunda metade do século XVIII, na Inglaterra, que se levantariam as primeiras questões jurídicas sobre o consentimento para um acto médico no corpo de um doente, na sequência da amputação da perna deste, embora este pioneirismo seja contestado por vários autores (Marques & Pais-Ribeiro, 2011b; Marques, Pais-Ribeiro, Alves & Neves, 2010). Rodrigues (2001) refere que a sentença foi proferida pelo Tribunal, em 1767, contra os dois médicos envolvidos, devido ao facto de “*em vez de retirarem a ligadura da perna de um doente, quando este, depois de uma fractura de osso, se encontrava parcialmente recuperado, voltaram a parti-lo*” tendo resultado na amputação da sua perna (Marques & Pais-Ribeiro, 2011b; Marques, et al., 2010, p. 132).

Outro caso referido por Pereira (2004), refere-se à condenação de médicos pelo *Tribunal Constitucional de Lyon* (França), em 1859, por realizarem “*experiências em menores, incapazes de qualquer consentimento livre*” (Marques, et al., 2010, p. 132).

No entanto, seria na Alemanha que surgiria a primeira legislação reguladora de novas terapêuticas e da investigação em seres humanos (Pereira, 2004). Trata-se das *Directivas Relativas às Terapêuticas Novas e à Experimentação Científica com o Ser Humano*, que obrigavam a obtenção de prévio consentimento informado dos doentes em actos experimentais, excluindo os menores de 18 anos e os moribundos (Marques & Pais-Ribeiro, 2011b; Marques, et al., 2009). Apesar deste pioneirismo, essas Directivas foram abandonadas com a subida de Hitler ao poder, em 1933.

O resultado dos seis anos em que decorreu a 2.^a Guerra Mundial (desde 01-09-1939, com a invasão da Polónia, até 02-09-1945, com a rendição do Japão) foi grandemente desastroso, em especial no que respeita às massivas vítimas humanas. Esse resultado adveio do desenvolvimento de novas armas/tecnologias, do ensaio não consentido de diversas e variadas experiências com seres humanos e da concretização de várias outras práticas atroz. A título de exemplo, citamos os horrores vividos nos campos de concentração, as experiências e prática de genocídio de milhões de Judeus e de outros grupos de pessoas (por exemplo ciganos e homossexuais), e, ainda o ensaio da bomba atómica em Hiroxima (06-08-1945), que parece não ter sido suficientemente esclarecedor do seu efeito (dada a demonstração da sua gigantesca capacidade destrutiva/devastadora), pois caso contrário não se ensaiaria, três dias depois, a segunda bomba atómica em Nagasáqui (Marques & Pais-Ribeiro, 2011b; Marques, et al., 2010; Neves, 2009; Pais-Ribeiro, 2002; Pereira, 2004; Rodrigues, 2001). Estes autores referem que, perante isto, a *Comunidade Internacional* encetou esforços para celebrar acordos que contribuíssem para

o evitamento de situações futuras semelhantes e acabou por criar o *Tribunal de Nuremberga*, em 1947. Este passou a assumir um lugar cimeiro na História por ser a primeira instituição criada para julgar crimes contra a Humanidade, praticados pelos principais responsáveis pelo nazismo hitleriano, entre os quais vários médicos acusados de experiências em seres humanos.

Assim, neste cenário do pós-guerra, a questão do consentimento informado ganhou maiores proporções. Vários documentos foram sendo produzidos desde então abordando essa questão, alguns dos quais se encontram referenciados no **Quadro 4**, embora nem todos sejam aqui objecto de abordagem.

Quadro 4 – Alguns dos principais documentos internacionais relevantes

ANOS	DOCUMENTOS
1947	▸ <i>Código de Nuremberga</i>
1948	▸ <i>Declaração Universal dos Direitos Humanos</i>
1950	▸ <i>Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais</i> (Conselho da Europa)
1964	▸ <i>Declaração de Helsínquia I</i> (Associação Médica Mundial)
1974	▸ <i>Relatório de Belmont – Princípios e Directivas Éticas para a Protecção de Seres Humanos Sujeitos a Investigação</i> , adoptado por Portugal pela <i>Comissão Nacional para a Protecção de Sujeitos Humanos de Investigação Biomédica e Comportamental</i> em 1979
1983	▸ <i>Princípios de Ética Médica Relevantes para a Protecção de Prisioneiros Contra a Tortura</i> (ONU)
1984	▸ <i>Carta Europeia dos Direitos dos Pacientes</i> (Resolução de 19 de Janeiro)
1987	▸ <i>Convenção Europeia para a Prevenção da Tortura e das Penas e Tratamentos Desumanos ou Degradantes</i> (Conselho da Europa)
1990	▸ <i>Recomendação n.º R(90)3 do Comité de Ministros aos Estados Membros</i> , respeitante à investigação médica em seres humanos
1993	▸ <i>Directivas Éticas Internacionais para a Investigação Biomédica em Seres Humanos</i> , criada pelo conselho para as <i>Organizações Internacionais de Ciências Médicas da Organização Mundial de Saúde</i>
1994	▸ <i>Declaração da Promoção dos Direitos dos Doentes na Europa</i>
1995	▸ <i>Directiva 95/46/CE</i> (de 24 de Outubro) sobre a protecção dos indivíduos relativamente ao processamento de dados pessoais
1996	▸ <i>Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano Relativamente às Aplicações da Biologia e da Medicina</i> (Conselho da Europa)
1997	▸ <i>Declaração Universal do Genoma Humano e dos Direitos Humanos</i> (UNESCO)
	▸ <i>Tratado de Amesterdão que Altera o Tratado da União Europeia, os Tratados que Instituem as Comunidades Europeias e Alguns Actos Relativos a esses Tratados</i>
1998	▸ <i>Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina</i> (Conselho da Europa; Portugal fez-se representar pela Ministra da Saúde)
	▸ <i>Declaração Ibero-Latino-Americana sobre Ética e Genética – Manzanillo II</i>
2001	▸ <i>Convenção para os Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais</i> (Conselho da Europa)
2001	▸ <i>Directiva 2001/20/CE</i> (4 de Abril) sobre boas práticas clínicas no uso de medicamentos (Conselho da Europa)
2002	▸ <i>Directivas Internacionais para a Pesquisa em Seres Humanos</i> , criada pelo conselho para as <i>Organizações Internacionais de Ciências Médicas da Organização Mundial de Saúde</i>
2005	▸ <i>Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos</i> (UNESCO)
2008	▸ <i>Declaração de Helsínquia VII</i> (Associação Médica Mundial)

Elaborado por Marques e Pais-Ribeiro (2011b, p. 7), com base em Pais-Ribeiro (2002), Pereira (2004) e Rodrigues (2001)

O primeiro documento do pós-guerra que consagrou o consentimento informado foi o *Código de Nuremberga* (*The Nuremberg Code*, 1947), constituído por 10 princípios que norteiam a salvaguarda dos direitos dos seres humanos quanto à participação em qualquer tipo de investigação (Marques, et al., 2010, p. 133). Estes princípios “*passaram a integrar os códigos de ética dos profissionais que realizam investigação com pessoas, visando regulamentar e proteger a investigação*” (Pais-Ribeiro, 2002, p. 12).

O paradigma do consentimento informado está expresso logo no primeiro princípio do *Código de Nuremberga*, o qual passamos a transcrever de seguida, na versão traduzida em Marques e Pais-Ribeiro (2011b, tradução por Alexandra Neves):

“1. O consentimento voluntário do ser humano é absolutamente essencial. Isto quer dizer que as pessoas sujeitas à experimentação devem ser legalmente capazes de dar o seu consentimento; devem exercer o livre direito de escolha sem qualquer intervenção de elementos de força, fraude, mentira, coerção, astúcia ou outra forma de restrição posterior; devem ter conhecimento suficiente do assunto em estudo para poderem tomar uma decisão. Esse último aspecto exige que sejam explicados às pessoas a natureza, a duração e o propósito da investigação; os métodos pelos quais será conduzida; os inconvenientes e os riscos esperados; os efeitos sobre a saúde ou sobre a pessoa do participante, que eventualmente possam ocorrer, devido à sua participação na experiência.

O dever e a responsabilidade de garantir a qualidade do consentimento assentam no pesquisador que inicia ou dirige a experiência ou se compromete com ela. Estes são os deveres e as responsabilidades pessoais que não podem ser delegados a outrem impunemente.” (pp. 6-7).

A preservação dos direitos humanos continuou a preocupar a comunidade internacional. Estes acabaram por ser proclamados pela *Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas*, através da *Declaração Universal dos Direitos do Homem*, em 1948 (Centro de Informação das Nações Unidas em Portugal, 2010). Dois anos após, no âmbito do *Conselho da Europa* sai a *Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais* (em vigor desde 1953), e que “firmou medidas para assegurar a garantia de direitos previstos na *Declaração referida*” (Marques, et al., 2010, p. 133). Ficaram definidos como órgãos de controlo desta Convenção a *Comissão Europeia dos Direitos do Homem* (1954), o *Tribunal Europeu dos Direitos do Homem* (1959) e o *Comité de Ministros do Conselho da Europa*. Segundo o *Gabinete de Documentação e Direito Comparado* (2009). A Convenção definia também a possibilidade de queixa e de recurso:

“[...] os Estados contratantes e, no caso dos Estados que reconheciam o direito de recurso individual, os requerentes individuais (pessoas singulares, grupos de particulares ou organizações não governamentais), podiam apresentar na Comissão, queixas dirigidas contra os Estados contratantes, por violação dos direitos garantidos pela Convenção.” (p. 1).

Em 1974 surgiu um outro documento que desenvolveu o *Código de Nuremberga* (1947, cit. in Mitscherlich & Mielke, 1996). Trata-se do *Relatório de Belmont – Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. Segundo Marques e colaboradores (2010), neste documento estão estabelecidas as “fronteiras entre a prática e a investigação” bem como enunciados os “princípios éticos básicos” (como o respeito pelas pessoas, a beneficência e a justiça) e as normas relativas à “aplicação”, que envolvem o consentimento informado, a avaliação de riscos e benefícios e a selecção dos indivíduos (pp. 1-10). Pais-Ribeiro (2002) refere que este Relatório “foi adoptado em Portugal pela Comissão Nacional para a Protecção de Seres Humanos Sujeitos a Investigação Biomédica e Comportamental”, em 1979 (p.13).

Entretanto, em 1994, surge, no âmbito da ONU, a *Declaração da Promoção dos Direitos dos Doentes na Europa*, que aplica à área da saúde o paradigma dos direitos humanos (Pais-Ribeiro, 2002). Marques e colaboradores (2010), citam alguns dos direitos de protecção do doente consignados nesta Declaração:

“[...] 1) o direito ao respeito, à autodeterminação, à integridade física e mental, à privacidade, às convicções culturais, religiosas e filosóficas, à garantia da qualidade no atendimento; 2) o direito à informação apropriada à capacidade de entendimento do doente, à informação sobre os serviços de saúde, o seu estado de saúde, os procedimentos médicos (incluindo riscos e benefícios do tratamento e os efeitos de não se tratar), o diagnóstico, prognóstico e evolução do tratamento...; 3) o direito ao consentimento informado (‘The informed consent of the patient is a prerequisite for any medical intervention’ – ponto 3.1. – e ‘is a prerequisite for participation in scientific research’ – ponto 3.10, p. 11), à recusa à intervenção, ao representante legal em determinados casos ...; 4) o direito à confidencialidade e à privacidade; 5) aos cuidados e tratamentos (A Declaration on the Promotion of Patients’ Rights in Europe, WHO, 1994).” (p. 134).

Em 1997 foi elaborada a *Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina*, pelo Conselho da Europa, que define no seu Art.º 4.º do Capítulo I, o seguinte:

“Qualquer intervenção na área da saúde, incluindo a investigação, deve ser efectuada na observância das normas e obrigações profissionais, bem como das regras de conduta aplicáveis ao caso concreto.”

Este documento também dedica um capítulo às regras inerentes à investigação na área da saúde (Marques & Pais-Ribeiro, 2011b; Marques, et al., 2010), entre as quais destacamos as seguintes. Assim, no Art.º 5.º do Capítulo II é estabelecida a “Regra geral” relativa ao “Consentimento”, como a seguir se reproduz:

“Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efectuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido.

Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos.

A pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento.”

O Capítulo V, sobre a “Investigação científica” em biologia e medicina, faz alusão, entre outros, à “Protecção de pessoas que se prestam a uma investigação” (Art.º 16.º) e à “Protecção de pessoas que careçam de capacidade para consentir numa investigação” (Art.º 17.º), podendo o “*consentimento livre e esclarecido*” ser revogado em qualquer momento pela pessoa que aderiu à investigação, desde que “*prestado de forma expressa, específica e esteja consignado por escrito*” (Art.º 5.º e n.º v do Art.º 16.º).

Também em 1997, no âmbito da *União Europeia*, foi assinado o *Tratado de Amsterdão*, que valoriza a protecção à saúde e os direitos sociais, isto é, segundo Marques e Pais-Ribeiro (2011b):

“[...] estabelece no n.º 3 do Art.º 100.º, entre outros, que o campo da saúde assentará ‘num nível de protecção elevado, tendo nomeadamente em conta qualquer nova evolução baseada em dados científicos’. Institui no n.º 1 do Art.º 152.º que a acção da Comunidade incidirá, entre

outros, 'na melhoria da saúde pública e na prevenção das doenças e afecções humanas e na redução das causas de perigo para a saúde humana', que 'abranjerá a luta contra os grandes flagelos, fomentando a investigação sobre as respectivas causas, formas de transmissão e prevenção, bem como a informação e a educação sanitária', e incidirá na 'redução dos efeitos nocivos da droga sobre a saúde, nomeadamente através da informação e da prevenção'" (p. 9).

No âmbito do *Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS)* surgiram, em 2002, as *Directivas Éticas Internacionais para a Pesquisa Biomédica Envolvendo Seres Humanos*. No parágrafo introdutório, este documento enfatiza a "justificação ética e validade científica da investigação; revisão ética; consentimento informado; vulnerabilidade de indivíduos [...]; confidencialidade [...]":

"The Guidelines relate mainly to ethical justification and scientific validity of research; ethical review; informed consent; vulnerability of individuals, groups, communities and populations; women as research subjects; equity regarding burdens and benefits; choice of control in clinical trials; confidentiality; compensation for injury; strengthening of national or local capacity for ethical review; and obligations of sponsors to provide health-care services."

Este documento também destaca a "importância das leis nacionais, das circunstâncias socioeconómicas, da cultura, religião e tradições, bem como à recompensa em caso de danos ou morte do indivíduo sujeito à intervenção/investigação médica" (Marques & Pais-Ribeiro, 2011b, p. 134).

A *Associação Médica Mundial* elaborou, em 2008, a sétima *Declaração de Helsínquia*, sobre os *Princípios Éticos para a Investigação Médica Envolvendo Seres Humanos*, que além de estabelecer princípios éticos para a investigação em seres humanos, incentiva outros profissionais envolvidos em estudos desse tipo a adoptarem os mesmos princípios (n.ºs 1 e 2 da sua "A. Introduction"), nomeadamente "proteger a dignidade, a integridade, o direito à autodeterminação, privacidade e confidencialidade" (n.º 11 dos "B. Basic principles for all medical research"). Conforme afirmam Marques, Pais-Ribeiro, Alves e Neves (2009), acresce, ainda, entre outros, o seguinte:

"a) 'a responsabilidade pela protecção dos indivíduos sujeitos à pesquisa é do médico ou de outro profissional de saúde' e nunca dos investigados, 'embora tenham dado o consentimento' (n.º 16 dos Princípios básicos); b) se a investigação envolver pessoas 'desfavorecidas ou vulneráveis' da população/comunidade, esta só se justifica se for 'sensível às necessidades e prioridades da saúde' dessa população e se os resultados da investigação beneficiarem também a mesma população (n.º 17 dos Princípios básicos); c) 'o sujeito deve ser informado de [poder] recusar... ou de retirar o seu consentimento..., a qualquer momento, sem represálias' (n.º 24 desses Princípios); d) se o sujeito for considerado incapaz, o consentimento deve ser obtido pelo seu representante legal, devendo ser respeitado nas suas limitações (n.º 27 dos mesmos Princípios básicos)." (p. 10)

Apesar dos documentos supra-referenciados incidirem sobre princípios da ética médica e de estes não serem sempre coincidentes com os princípios da ética em psicologia, nomeadamente no que respeita ao consentimento informado, alguns são passíveis de serem aplicados em ambas as áreas (Pais-Ribeiro, 2002). Porém, nenhum deles faz menção a

questões de ética relacionadas com a prestação de serviços de saúde em meio prisional, pelo que se deduz que neste contexto os mesmos princípios deverão ser aplicados, independentemente das restrições a que os indivíduos estão sujeitos em virtude da privação jurídica de liberdade, como por exemplo limitações à liberdade e à autonomia. No entanto, pensamos que a legislação portuguesa protege e garante o acesso dos cuidados de saúde quer para os cidadãos livres, quer para os juridicamente privados de liberdade. e, desenvolvendo-se a presente investigação numa instituição prisional, que dispõe de *Serviços Clínicos*, com profissionais de várias áreas (psicologia, medicina familiar, psiquiatria, medicina dentária, enfermeiros, terapia ocupacional, auxiliares da acção médica e, mais recentemente, infecciologia) esta Declaração também dá o seu contributo quanto ao que é esperado/exigido aos diferentes profissionais.

2.1.3. O consentimento informado no ordenamento jurídico português

Em Portugal, o consentimento informado na avaliação psicológica em saúde para efeitos de investigação obedece às normas internacionais e está também consagrado em várias áreas ligadas ao ordenamento jurídico do país, como no Direito Constitucional, no Direito Civil, no Direito Penal, no conjunto de leis dispersas que compõem o que designamos por Direito da Saúde e, especialmente, no *Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses* (CDOPP), cujos princípios têm a força que lhe confere a *Ordem dos Psicólogos Portugueses* e a referente legislação vigente (Marques & Pais-Ribeiro, 2011b, Marques, et al., 2010). No entanto, o CDOPP não será abordado neste ponto, pois é objecto de tratamento no seguinte (alínea *ii*) do ponto 2.1.4.).

2.1.3.1. Direito Constitucional

Antes de mais consideramos de relevância fazer menção a que a própria *Constituição da República Portuguesa* (CRP, 2005), que tem um lugar cimeiro no ordenamento jurídico português, consagra que as “*normas e os princípios de direito internacional geral ou comum fazem parte integrante do direito português*” (CRP, n.º 1 do Art.º 8.º) e que as “*constantes de convenções internacionais regularmente ratificadas ou aprovadas vigoram*

na ordem interna após a sua publicação oficial e enquanto vincularem internacionalmente o Estado Português” (CRP, n.º 2 do Art.º 8.º).

A CRP define o que consideramos a base do consentimento informado, pois está fundado na dignidade das pessoas, no respeito pelos seus direitos e deveres fundamentais, pelo exercício da sua liberdade e garantias, bem como pela sua integridade física e psíquica, o qual se relaciona com a livre expressão da vontade da mesma. Estes pressupostos constam do *Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses* (Marques & Pais-Ribeiro, 2011b) Assim, com recurso ao texto constitucional, Marques e colaboradores (2010) referem, de forma muito sucinta, o seguinte:

“A base constitucional do consentimento informado alicerça-se] na dignidade humana (Constituição da República Portuguesa – CRP, Art.º 1.º), no respeito pelos direitos e deveres fundamentais, como os direitos humanos (Constituição da República Portuguesa – CRP, Artigos 7.º, 13.º e 16.º), no respeito pelos ‘direitos, liberdades e garantias pessoais’ (Capítulo I, Título II, da Parte I), nomeadamente o direito à integridade física e psíquica (CRP, Art.º 25.º), com o qual se relaciona o exercício da liberdade de vontade, isto é, da autodeterminação, e os direitos especiais de personalidade (CRP, Art.º 26.º).” (p. 135).

Os referidos autores especificam, entre outros, os seguintes direitos, que consideramos de relevância para este trabalho:

- a) O direito à vida “é inviolável” (CRP, n.º 1 do Art.º 24.º);
- b) O direito à ‘integridade pessoal’ (moral e física) é, igualmente, ‘inviolável’ (CRP, n.º 1 do Art.º 25.º);
- c) São reconhecidos os seguintes direitos especiais de personalidade a todos os cidadãos portugueses: ‘à identidade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade, à capacidade civil, à cidadania, ao bom nome e à reputação, à imagem, à palavra, à reserva da intimidade da vida privada e familiar e à protecção legal contra quaisquer formas de discriminação’ (CRP, n.º 1 do Art.º 26.º), à garantia ‘contra a obtenção e utilização abusivas, ou contrárias à dignidade humana, de informações relativas às pessoas e famílias’ (CRP, n.º 2 do Art.º 26.º), à garantia da ‘dignidade pessoal e a identidade genética do ser humano, nomeadamente na criação, desenvolvimento e utilização das tecnologias e na experimentação científica’ (CRP, n.º 3 do Art.º 26.º);
- d) O ‘direito à liberdade e à segurança’ (CRP, n.º 1 do Art.º 27.º), excepto, entre outros, ‘em consequência de sentença judicial condenatória pela prática de acto punido por lei com pena de prisão ou de aplicação judicial de medida de segurança’ (CRP, n.º 2 do Art.º 27.º);
- e) Aquando da prisão preventiva, a ‘detenção será submetida, no prazo máximo de quarenta e oito horas, a apreciação judicial, para restituição à liberdade ou imposição de medida de coacção adequada, devendo o juiz conhecer das causas que a determinaram e comunicá-las ao detido, interrogá-lo e dar-lhe oportunidade de defesa’ (CRP, n.º 1 do Art.º 28.º);
- f) As garantias do direito à liberdade individual estão asseguradas nos pontos não mencionados nos artigos anteriormente referidos e nos artigos da CRP que se seguem aos já aludidos, nomeadamente no que se refere a outras questões que se prendem com o direito penal.” (pp. 135-136).

A CRP estabelece no n.º 6 do Art.º 19.º que mesmo em casos excepcionais, como por exemplo de “*Suspensão do exercício de direitos*” no caso de estado de sítio ou de emergência, a protecção da dignidade humana encontra-se assegurada, não podendo “*em nenhum caso pode afectar os direitos à vida, à integridade pessoal, à identidade pessoal, à capacidade civil e à cidadania, a não retroactividade da lei criminal, o direito de defesa dos arguidos e a liberdade de consciência e de religião*”.

O Art.º 22.º da CRP permite o exercício de um direito individual contra o Estado, ou qualquer entidade pública “*por acções ou omissões praticadas*” no exercício de funções de “*titulares dos seus órgãos, funcionários ou agentes*” e, ainda, “*por causa desse exercício, de que resulte violação dos direitos, liberdades e garantias ou prejuízo para outrem*”.

No que se refere às normas “*constitucionais respeitantes aos direitos, liberdades e garantias* [estas] *são directamente aplicáveis e vinculam as entidades públicas e privadas*” (CRP, n.º 1 do Art.º 18.º).

A CRP também estabelece, entre outros, direitos relativos à “Saúde” (Capítulo II, Art.º 64.º) – que trataremos adiante –, “Educação, cultura e ciência” (Capítulo III, Art.º 73.º), à investigação científica (Capítulo III, alínea *d*) do n.º 2 do Art.º 74.º) e à “Fruição e criação cultural” (Art.º 78.º, Capítulo III).

2.1.3.2. Direito Civil

O ordenamento jurídico português reconhece “*direitos e deveres ou obrigações jurídicas, que os torna titulares de uma personalidade jurídica*” (Marques, et al, 2010, p. 136). O *Código Civil Português* (CCP, 2009), no Art.ºs 66.º e 68.º, estabelece que desde que nasce até que morra o ser humano é dotado de personalidade jurídica, a qual implica “*um conjunto de direitos necessários ao desenvolvimento dessa personalidade e que incidem sobre aspectos de relevo para a vida humana*” (Marques, 2007, p. 101), tais como os que estão consagrados na Constituição, atrás referidos. Esta autora prossegue referindo “*que toda a pessoa com personalidade jurídica tem capacidade de exercício de direitos e de gozo dos mesmos, actuando por motu proprio, ou delegando essa capacidade em outra pessoa por ela escolhida – representante ou procurador* (p. 102).

Em Portugal é reconhecida a “*plena capacidade de exercício de direitos*” aos maiores de 18 anos, pois a partir desta idade os indivíduos ficam “*habilitados a reger a sua pessoa e a dispor dos seus bens*” (CCP, 2009, Art.º 130.º). Este Código estende esta capacidade aos menores de 18 anos e maiores de 16 (Art.º 1612.º), “*emancipados pelo casamento*” (Art.º 132.º), desde que a autorização tenha sido “*concedida pelos progenitores que exerçam o poder paternal, ou pelo tutor*” (Art.º 1612.º).

O CCP “*protege os indivíduos contra qualquer ofensa ilícita ou ameaça de ofensa à sua personalidade física ou moral*” (n.º 1 do Art.º 70.º). Trata-se de um direito especial de personalidade que se relaciona com a liberdade de expressão da vontade e com a autodeterminação, vectores onde se funda o consentimento informado.

O referido direito é consonante com o direito à integridade pessoal definido no Art.º 25.º da CRP. Porém, de acordo com Marques e colaboradores (2010), o CCP estabelece que a violação dos direitos de personalidade dá lugar à *“responsabilidade civil”* e à possibilidade de *“a pessoa ameaçada ou ofendida poder requerer as providências adequadas às circunstâncias do caso”* (n.º 2 do Art.º 70.º), para *“evitar a consumação de qualquer ameaça à personalidade física ou moral ou a atenuar os efeitos de ofensa já cometida”*, sendo o pedido *“dirigido contra o autor da ameaça ou ofensa”* (n.º 1 do Art.º 1474.º), através de requerimento (Art.º 1476.º), *“apresentação de coisas”* (Art.º 574.º) ou de documentos (Art.º 575.º). Em conformidade com o definido no CCP, caso *“haja ou não contestação”* a decisão será produzida *“após produção das provas necessárias”* (Art.º 1475.º), podendo haver ou não contestação (Art.º 1477.º) e dar lugar a apreensão judicial (Art.º 1478.º). Também está previsto no CCP a obrigação de indemnização ao lesado, quando haja *“o dever jurídico de dar o conselho, recomendação ou informação e se tenha procedido com negligência ou intenção de prejudicar, ou quando o procedimento do agente constitua facto punível”* (n.º 2 do Art.º 485.º).

Caso seja ultrapassada a limitação do dever de respeito, o CCP estabelece que o consentimento proferido pelo lesado *“não exclui, porém, a ilicitude ao acto, quando este for contrário a uma proibição legal ou aos bons costumes”*, sendo considerada como *“consentida a lesão, quando esta se deu no interesse do lesado e de acordo com a sua vontade presumível”* (n.ºs 2 e 3 do Art.º 340.º).

A vontade limitativa dos direitos de personalidade, de acordo com o Art.º 81.º do CCP, *“é nula, se for contrária aos princípios da ordem pública”* (n.º 1 do mesmo Artigo), excepto se a limitação voluntária for considerada legal, o que dá lugar à sua revogação *“ainda que com obrigação de indemnizar os prejuízos causados às legítimas expectativas da outra parte”* (n.º 2 do Art.º 81.º).

2.1.3.3. Direito Penal

O *Código Penal Português* apenas se refere ao consentimento informado para intervenções médicas, como nos casos: a) da *“Interrupção da gravidez não punível”*, em que o *“consentimento é prestado... em documento assinado”* (alínea a) do n.º 3. do Art.º 142.º); porém no caso de *“ser menor de 16 anos ou psiquicamente incapaz”* o consentimento deverá, entre outros, ser dado pelo representante legal (alínea b) do n.º 3. do Art.º 142.º). Os artigos 149.º e 150.º remetem para o consentimento quando está em causa

a integridade física, como nas intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos e, através do Art.º 156º, para as consequências legais dessas práticas sem consentimento.

Quanto à eficácia do consentimento, o referido Código consagra o seguinte:

“[...] o consentimento só é eficaz quando o paciente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento, salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo paciente, poriam em perigo a sua vida ou seriam susceptíveis de lhe causar grave dano à saúde, física ou psíquica.” (Art.º 157.º).

Quanto à “*Violação do segredo*”, o Art.º 195.º do CPP estabelece: “*Quem, sem consentimento, revelar segredo alheio de que tenha tomado conhecimento em razão do seu estado, ofício, emprego, profissão ou arte é punido com pena de prisão até 1 ano ou com pena de multa até 240 dias*”.

Relativamente ao “*Aproveitamento indevido de segredo*” (Art.º 196.º) determina o seguinte:

“Quem, sem consentimento, se aproveitar de segredo relativo à actividade comercial, industrial, profissional ou artística alheia, de que tenha tomado conhecimento em razão do seu estado, ofício, emprego, profissão ou arte, e provocar deste modo prejuízo a outra pessoa ou ao Estado, é punido com pena de prisão até 1 ano ou com pena de multa até 240 dias”.

O Capítulo III, do Título II, do Livro I, que trata das “*Causas que excluem a ilicitude e a culpa*”, referem-se, entre outros, ao consentimento efectivo e o presumido, o que está explícito no ponto 1. do Art.º 38.º:

“1. Além dos casos especialmente previstos na lei, o consentimento exclui a ilicitude do facto quando se referir a interesses jurídicos livremente disponíveis e o facto não ofender os bons costumes.”

O consentimento efectivo está definido no Art.º 38.º e encontra-se redigido da seguinte forma:

“2. O consentimento pode ser expresso por qualquer meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida do titular do interesse juridicamente protegido, e pode ser livremente revogado até à execução do facto.

3. O consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 16 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta.

4. Se o consentimento não for conhecido do agente, este é punível com a pena aplicável à tentativa.”

Relativamente ao “*Consentimento presumido*”, o n.º 1 do Art.º 39.º do Código do Penal Português equipara-o ao consentimento efectivo. Porém, o n.º 2 desse Artigo define que o consentimento presumido é aplicado “*quando a situação em que o agente actua, permitir razoavelmente supor que o titular do interesse juridicamente protegido teria eficazmente consentido no facto, se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado*”.

2.1.3.4. Direito da Saúde

O que aqui designamos por Direito da Saúde refere-se ao que Pereira (2004) designa por um conjunto de “*legislação dispersa, avulsa e sem um corpo dogmático e sistemático de suporte*” (p. 100). Neste sentido apenas abordaremos aspectos legislativos nesta área entendidos por nós como pertinentes para este trabalho.

Logo na *Constituição da República Portuguesa*, no Art.º 64.º, encontra-se consagrado o “direito à protecção da saúde” (n.º 1), “*através de um serviço nacional de saúde universal e geral... tendencialmente gratuito*” (alínea a) do n.º 2). O referido Artigo estabelece, entre outros, que todos têm o dever de “*defender e promover*” a saúde (n.º 1.), devendo, por todo o país, ser implantado “*com racionalidade e eficiência, um serviço nacional de saúde que, através de unidades de saúde públicas, e privadas, e dos respectivos recursos humanos, assegure com eficiência e qualidade aquela protecção da saúde*” (CRP, alíneas a), b) e c) do n.º 3 do art.º 64.º; Rodrigues, 2001).

No que respeita ao poder de decisão, a *Lei de Bases da Saúde* (LBS, Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto) é omissa à protecção dos seres humanos na investigação, embora expresse o seu apoio ao desenvolvimento da mesma. Assim nas palavras de Marques e colaboradores (2010):

“[...] apesar de esta definir os direitos dos utentes, nomeadamente, quanto ao seu poder de decisão de ‘receber ou recusar a prestação de cuidados’ que lhes forem propostos, isto é, de decisão da intervenção, ‘salvo disposição legal da lei’ (Base XIV, n.º 1., alínea b)), ‘é omissa no que se refere à protecção das pessoas na investigação’ (Pais-Ribeiro, 2002, p. 20). No entanto, apoia ‘a investigação com interesse para a saúde, afirmando que deve ser estimulada a colaboração neste domínio, entre os serviços do Ministério da Saúde e as Universidades, a Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica e outras entidades, públicas ou privadas’ (Base XVII, n.º 1.).” (p. 138)

A Base XXII da LSB de 1990 define “Ensaaios clínicos”, mas remete apenas para o estudo com medicamentos, cujas normas foram clarificadas pelo Decreto-Lei n.º 97/94 de 9 de Abril e pelo “*Regime jurídico aplicável à realização de ensaios clínicos com medicamentos de uso humano*” criado pela Lei n.º 46/2004 (Marques, et al., 2010). Quanto ao Decreto-Lei n.º 97/94, estes autores destacaram o seguinte:

- “- Estabelece as ‘normas a que devem obedecer os ensaios clínicos a realizar em seres humanos, de modo a garantir a sua integridade física e psíquica e a eficácia e segurança nos medicamentos’ (n.º 1, do Art.º 1.º);
- Define “ensaio clínico” como ‘todo o estudo sistematizado com medicamentos a realizar em seres humanos, saudáveis ou doentes’ (n.º 2 do Art.º 1.º);
- Determina que a ‘realização de ensaios clínicos carece de autorização prévia, a conceder pelo órgão de administração da instituição em que se realize, a requerimento do promotor’ (n.º 1 do Art.º 7.º), sendo que ‘nas instituições e serviços de saúde públicos’, necessita do ‘parecer favorável da comissão de ética e do director do serviço onde se pretende realizar o ensaio’ (alínea a) do n.º 1 do Art.º 7.º).” (p. 139)

Na mesma linha da referida *Lei de Bases da Saúde*, o conceito de ensaio clínico seria redefinido pelo *Regime jurídico aplicável à realização de ensaios clínicos com medicamentos de uso humano* (Lei n.º 46/2004), embora pouco acrescesse ao anterior. O Art.º 2.º deste diploma definiu outros conceitos, entre os quais citamos os seguintes:

- f) «Boas práticas clínicas» o conjunto de requisitos de qualidade, em termos éticos e científicos, reconhecidos a nível internacional, que devem ser respeitados na concepção, na realização, no registo e na notificação dos ensaios clínicos que envolvam a participação de seres humanos, e cuja observância constitui uma garantia de protecção dos direitos, da segurança e do bem-estar dos participantes nos ensaios clínicos, bem como da credibilidade desses ensaios;
- g) «Promotor» a pessoa, singular ou colectiva, instituto ou organismo responsável pela concepção, realização, gestão ou financiamento de um ensaio clínico; ...
- i) «Investigador» um médico ou uma outra pessoa que exerça profissão reconhecida em Portugal para o exercício da actividade de investigação, devido às habilitações científicas e à experiência na prestação de cuidados a doentes que a mesma exija, que se responsabiliza pela realização do ensaio clínico no centro de ensaio e, sendo caso disso, pela equipa que executa o ensaio nesse centro; neste caso, pode ser designado investigador principal; ...
- m) «Protocolo» o documento que descreve os objectivos, a concepção, a metodologia, os aspectos estatísticos e a organização de um ensaio, incluindo as versões sucessivas e as alterações daquele documento;
- n) «Participante» a pessoa que participa no ensaio clínico quer como receptor do medicamento experimental quer para efeitos de controlo;
- o) «Consentimento livre e esclarecido» a decisão, expressa mediante declaração obrigatoriamente reduzida a escrito, datada e assinada, de participar num ensaio clínico, tomada livremente por uma pessoa dotada de capacidade para dar o seu consentimento ou, na falta daquela capacidade, pelo seu representante legal, após ter sido devidamente informada sobre a natureza, o alcance, as consequências e os riscos do ensaio e ter recebido documentação adequada; excepcionalmente, se o declarante não estiver em condições de dar o seu consentimento por escrito, este pode ser dado oralmente, na presença de duas testemunhas;
- p) «Comissão de Ética para a Investigação Clínica (CEIC)» o organismo independente constituído por profissionais de saúde e outros, incumbido de assegurar a protecção dos direitos, da segurança e do bem-estar dos participantes nos ensaios clínicos e de garantir a mesma junto do público, a quem compete, em regra, emitir o parecer único;
- q) «Comissões de ética para a saúde (CES)» as entidades criadas pelo Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio, às quais compete, sempre que solicitadas pela CEIC, emitir o parecer previsto na presente lei; ...”

Relativamente ao diploma atrás referido na alínea q) da Lei n.º 46/2004, ou seja, o Decreto-Lei n.º 97/95, este regula as comissões de ética para a saúde e estabelece que as mesmas “têm uma composição multidisciplinar e são constituídas por sete membros, designados de entre médicos, enfermeiros, juristas, teólogos, psicólogos, sociólogos ou profissionais de outras áreas das ciências sociais e humanas” (n.º 1 do Art.º 2.º).

Conforme a *Lei de Saúde Mental* (Lei n.º 36/1998, de 24 de Julho), o inimputável portador de anomalia psíquica pode, por decisão judicial, ser sujeito ao internamento compulsivo (art.ºs 1.º, 6.º e 29.º) ou ao internamento em regime de segurança, se se aplicar a medida de segurança prevista no Art.º 91.º do *Código Penal Português*. É nesta condição que se encontram os inimputáveis internados na *Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental* (CPSM) do estabelecimento prisional onde anteriormente foi realizada uma investigação

(mestrado) junto desta população (Marques, 2007) e actualmente decorre o presente estudo. O mencionado Art.º 91.º do CPP define o seguinte:

“Quem tiver praticado um facto ilícito típico e for considerado inimputável, nos termos do artigo 20.º, é mandado internar pelo tribunal em estabelecimento de cura, tratamento ou segurança, sempre que, por virtude da anomalia psíquica e da gravidade do facto praticado, houver fundado receio de que venha a cometer outros factos da mesma espécie.” (n.º 1)

No que respeita ao dever do consentimento informado, a *Lei de Saúde Mental* consagra que o “*utente dos serviços de saúde*” tem, entre outros, o direito de “*Aceitar ou recusar, nos termos da legislação em vigor, a participação em investigações, ensaios clínicos ou actividades de formação*” (n.º 1, alínea e) do Art.º 5.º). No entanto, esses direitos “*são exercidos pelos representantes legais quando os doentes sejam menores de 14 anos ou não possuam o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento*” (n.º 3 do Art.º 5.º).

Concordamos com Rodrigues (2001), quando afirma o seguinte:

“as matizes que os múltiplos casos de anomalia psíquica podem apresentar e as diferenças de graduação da autonomia que se lhes pode ser associada para uma decisão relevante, não quadram bem com a linha de segurança que o direito traça sobre a capacidade e a incapacidade de exercício de direitos [pois] o critério a tomar em conta não será o da incapacidade genérica de governar a sua pessoa, mas o da incapacidade específica de perceber e querer uma acção concreta que visa uma doença de que se é, ou poderá ser, portador” (p. 181)

Assim, entendemos que todos os cidadãos livres ou privados de liberdade (imputáveis ou inimputáveis) possuem diferentes graus de autonomia e, conforme os níveis em que se encontram, são capazes de dar o seu consentimento para avaliação psicológica para fins de investigação, desde que percebam e queiram fazê-lo, e desde que o psicólogo obedeça aos firmes padrões de ética nas investigações (Marques & Pais-Ribeiro, 2011b; Marques, et al., 2010).

Como os inimputáveis em estudo se encontram internados numa Clínica inserida dentro de uma instituição prisional, concordamos com Pereira (2004) quando defende que devemos ter em conta que o legislador português, para o caso dos incapazes, não delega “*nem no médico, nem na família o direito de representação do incapaz*”. Como tal, devemos, então, para esses fins, “*recorrer a um terceiro: um tutor provisório, um representante legal ou mesmo ao MP [Ministério Público]*” (p. 258), ou como fizemos para esta investigação, após autorização da *Direcção-Geral dos Serviços Prisionais*, solicitar o parecer de *Comissão Nacional de Protecção de Dados*.

No que diz respeito à legislação portuguesa, a maioria dos diplomas “*parece dispensar a prática do psicólogo do requisito do consentimento informado*”, e “*refere-se à intervenção e não à investigação*” (Pais-Ribeiro, 2002, p. 20), excepto o Decreto-Lei

n.º 97/95 de 10 de Maio que inclui psicólogos nas comissões de ética, o Decreto-Lei n.º 35/99 de 5 de Fevereiro o *Conselho Nacional de Saúde Mental*, que emite pareceres, nomeadamente para a investigação nessa área, integra dois psicólogos e a Lei n.º 46/2004 que define como investigador “um médico ou uma outra pessoa que exerça profissão reconhecida em Portugal para o exercício da actividade de investigação, devido às habilitações científicas e à experiência na prestação de cuidados a doentes que a mesma exija, que se responsabiliza pela realização do ensaio clínico no centro de ensaio...” (alínea i) do Art.º 2.º).

No *Plano Nacional de Saúde Mental – PNSM 2007-2016* aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, de 6 de Março, faz apelo “à *intersectorialidade, prevendo a articulação com outros ministérios*”, como por exemplo com “o Ministério da Justiça, particularmente no que respeita à prestação de cuidados de saúde mental a doentes inimputáveis e a reclusos” e com “os Ministérios da Educação, Tecnologia e Ensino Superior, nos campos da promoção e da prevenção e da investigação científica”, prevendo, nesta última área, as “entidades a responsabilizar”.

O n.º 3 da “I – Introdução” do *PNSM 2007-2016* faz menção a questões que merecem especial preocupação, tais como:

“[...] a reduzida participação de utentes e familiares; a escassa produção científica no sector da psiquiatria e saúde mental; a limitada resposta às necessidades de grupos vulneráveis; a quase total ausência de programas de promoção/prevenção [bem como] o aumento da capacidade de investigação em psiquiatria e saúde mental, em particular da investigação epidemiológica e de serviços, tem mostrado ser um factor extremamente eficaz para o desenvolvimento de uma cultura de saúde pública e de avaliação e para a constituição de uma massa crítica, que é essencial para a melhoria dos cuidados de saúde mental.”

No que se refere à “*articulação intersectorial*”, estabelecida no n.º 4, ponto 4.5., do “III – Objectivos”, do mesmo documento, esta define o seguinte, de acordo com Marques e colaboradores (2010).

“[...] a articulação com o Ministério da Justiça, mencionando que há ‘um número significativo de problemas de saúde mental [que] exigem intervenções que envolvam a participação dos serviços de saúde e justiça’ e acrescentando que ‘neste interface registam-se actualmente problemas complexos que importa resolver com urgência’, entre os quais a ‘prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental a pessoas com doenças mentais que se encontram em estabelecimentos prisionais’. Ora, podemos afirmar que a referida prestação de cuidados tem sido realizada, apesar de deficitária, em resultado da escassez de recursos humanos com que se debate a única Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental inserida em meio prisional em Portugal, instituição onde irá decorrer a referida investigação em curso (Marques, 2008; Marques & Pais-Ribeiro, 2009). De referir, que consideramos que o estudo realizado no âmbito do mestrado, por Marques (2007) constitui uma mais-valia para o necessário debate sobre estas matérias. Nesta senda, a autora pretende, actualmente, estudar a ‘Saúde em meio prisional: factores de risco psicossociais e comportamentais. O caso de indivíduos em cumprimento de penas e de medidas de segurança’, no âmbito do doutoramento, já que [era] a única, à data [do início] da elaboração deste trabalho, a exercer funções como Clínica na área da Psicologia, no Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo.” (p. 141)

Tivemos também em conta para este trabalho de investigação o facto de na *Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental*, sita no *Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo*, haver a maior quantidade dos doentes mentais inimputáveis do País, tendo em conta a totalidade dos inimputáveis internados no regime cumprimento de medidas de segurança e de tratamento (Marques, 2007, 2008; Marques & Pais-Ribeiro, 2009). Pensamos, assim, dar um contributo para que Portugal deixe de continuar “*a ocupar uma posição frágil no contexto geral da investigação internacional, em particular no que se refere à saúde mental*”, conforme consta no n.º 11, do “III – Objectivos”, do PNSM (RCM, n.º 49/2008).

Merece destaque ainda a Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro, por ter efectuado a transposição da Directiva n.º 95/46/CE do *Parlamento Europeu* e do *Conselho* de 24 de Outubro de 1995, “*relativa à protecção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados*” (Marques, et al., 2010, p. 141). No Art.º 3.º deste diploma estão definidos alguns conceitos, de entre os quais salientamos:

- a) «Dados pessoais»: qualquer informação, de qualquer natureza e independentemente do respectivo suporte, incluindo som e imagem, relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável («titular dos dados»); é considerada identificável a pessoa que possa ser identificada directa ou indirectamente, designadamente por referência a um número de identificação ou a um ou mais elementos específicos da sua identidade física, fisiológica, psíquica, económica, cultural ou social;
- b) «Tratamento de dados pessoais» («tratamento»): qualquer operação ou conjunto de operações sobre dados pessoais, efectuadas com ou sem meios automatizados, tais como a recolha, o registo, a organização, a conservação, a adaptação ou alteração, a recuperação, a consulta, a utilização, a comunicação por transmissão, por difusão ou por qualquer outra forma de colocação à disposição, com comparação ou interconexão, bem como o bloqueio, apagamento ou destruição;
- c) «Ficheiro de dados pessoais» («ficheiro»): qualquer conjunto estruturado de dados pessoais, acessível segundo critérios determinados, quer seja centralizado, descentralizado ou repartido de modo funcional ou geográfico;
- d) «Responsável pelo tratamento»: a pessoa singular ou colectiva, a autoridade pública, o serviço ou qualquer outro organismo que, individualmente ou em conjunto com outrem, determine as finalidades e os meios de tratamento dos dados pessoais; sempre que as finalidades e os meios do tratamento sejam determinados por disposições legislativas ou regulamentares, o responsável pelo tratamento deve ser indicado na lei de organização e funcionamento ou no estatuto da entidade legal ou estatutariamente competente para tratar os dados pessoais em causa; ...
- f) «Terceiro»: a pessoa singular ou colectiva, a autoridade pública, o serviço ou qualquer outro organismo que, não sendo o titular dos dados, o responsável pelo tratamento, o subcontratante ou outra pessoa sob autoridade directa do responsável pelo tratamento ou do subcontratante, esteja habilitado a tratar os dados;
- g) «Destinatário»: a pessoa singular ou colectiva, a autoridade pública, o serviço ou qualquer outro organismo a quem sejam comunicados dados pessoais, independentemente de se tratar ou não de um terceiro, sem prejuízo de não serem consideradas destinatários as autoridades a quem sejam comunicados dados no âmbito de uma disposição legal;
- h) «Consentimento do titular dos dados»: qualquer manifestação de vontade, livre, específica e informada, nos termos da qual o titular aceita que os seus dados pessoais sejam objecto de tratamento; ...”

No Art.º 6.º da Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro, está definido que o “ *tratamento de dados pessoais só pode ser efectuado se o seu titular tiver dado de forma inequívoca o seu consentimento ou se o tratamento for necessário para*”, por exemplo: “*c) Protecção de interesses vitais do titular dos dados, se este estiver física ou legalmente incapaz de dar o seu consentimento*”. Estes pressupostos, como vimos, já estavam em conformidade com a Lei 46/2004, atrás referidos.

Quanto ao n.º 6 do Art.º 11.º, da referida Lei n.º 67/98, este consagra o seguinte:

“No caso de os dados não serem utilizados para tomar medidas ou decisões em relação a pessoas determinadas, a lei pode restringir o direito de acesso nos casos em que manifestamente não exista qualquer perigo de violação dos direitos, liberdades e garantias do titular dos dados, designadamente do direito à vida privada, e os referidos dados forem exclusivamente utilizados para fins de investigação científica ou conservados sob forma de dados pessoais durante um período que não exceda o necessário à finalidade exclusiva de elaborar estatísticas.”

O n.º 6 do Art.º 20.º da mesma Lei n.º 67/98 define:

“A transferência de dados pessoais que constitua medida necessária à protecção da segurança do Estado, da defesa, da segurança pública e da prevenção, investigação e repressão das infracções penais é regida por disposições legais específicas ou pelas convenções e acordos internacionais em que Portugal é parte.”

2.1.4. Consentimento informado na investigação em Psicologia

Os psicólogos portugueses regem-se por uma deontologia própria que regula a sua profissão, concebida pela recém-criada *Ordem dos Psicólogos Portugueses* (OPP), através da Lei n.º 57/2008, de 4 de Setembro de 2008. Este diploma conferiu à Ordem poderes legais para zelar pelo cumprimento do código de ética, o qual acabou por ser publicado em 20 de Abril de 2011, em *Diário da República*: o *Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses* (CDOPP). Contudo, durante muitos anos, na ausência deste, os psicólogos portugueses, de um modo geral, adoptaram como referência o *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*, da *American Psychological Association* – APA (Marques, et al., 2010; Pais-Ribeiro, 2002). Apesar da emergência do CDOPP, ainda os psicólogos, não só portugueses, adoptam normas da APA para os trabalhos científicos, como é o nosso caso.

No entanto, antes de passarmos à abordagem destes Códigos, é-nos merecedor de menção o que Pais-Ribeiro (2008) defendia poucos anos antes do aparecimento do *Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses*. Este autor defende que no campo da saúde e doenças “*as organizações profissionais que definem regras de funcionamento em*

investigação” recomendam que esta siga critérios, entre os quais citamos apenas os seguintes por fazerem sentido para a investigação em curso: a) *planificação da investigação* – o desenho e a condução da investigação devem estar de acordo com os “*padrões éticos e de competência científica reconhecidos*”, de modo a “*proteger os direitos e o bem-estar dos participantes e de outras pessoas que possam ser afectadas pela investigação*”; b) *responsabilidade* – a competência para a realização, condução pelo próprio investigador ou por outro, sob sua supervisão, deve primar pela ética, bem como deve preocupar-se “*com a dignidade e bem-estar dos participantes*”; c) *leis e regras* – consonantes com as normas e a legislação vigente no local, reguladoras da profissão; d) *aprovação pela instituição* – apenas obtida após o investigador fornecer à mesma “*informação cuidada e precisa sobre a sua proposta de investigação*”; e) *responsabilidade pela investigação* – clarificação sobre “*a natureza da investigação e a responsabilidade de cada parte, caso não seja anónima, de observação naturalista, ou outra semelhante*”; f) *consentimento informado* – escrito de forma que a linguagem “*seja razoavelmente compreendida pelos participantes*”, que contenha “*informações sobre a natureza da investigação*”, devendo o investigador prestar esclarecimentos, informá-los sobre a possibilidade de poderem aceitar ou declinar ou abandonar a investigação, bem como sobre a possibilidade de “*riscos, desconforto, efeitos adversos, ou limitações da confidencialidade*”; poderá também ser necessário a obtenção do consentimento por um representante legal, nas condições atrás referidas na alínea anterior; g) *minimização da invasibilidade* – haverá interferência do investigador “*na vida do participante ou do meio onde os dados são recolhidos de modo garantido por um desenho de investigação apropriado*”, coerente com o papel do psicólogo; h) *fornecer aos participantes informações acerca do estudo* – natureza, resultados e conclusões; no entanto, se houver atraso, o psicólogo adoptará “*medidas razoáveis para reduzir os riscos de danos*”; i) *honrar compromissos* que os investigadores assumiram com os participantes (Pais-Ribeiro, 2008, pp. 155-158).

Posto isto, e em virtude da importância de que se revestiu o Código da APA, e que os psicólogos continuam a atribuir ao mesmo, bem como por ter sido este Código o documento orientador no delineamento, estruturação e desenvolvimento do trabalho de investigação subjacente a este trabalho, ele será aqui alvo de uma breve abordagem, antes de tratarmos das questões inerentes ao *Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses*.

2.1.4.1. *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct da American Psychological Association*

Os “Princípios gerais” do *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct da American Psychological Association* (APA, 2002) servem para “orientar e inspirar os psicólogos para os mais altos ideais éticos da profissão” e não para representar obrigações nem impor sanções (Marques & Pais-Ribeiro, 2011b). Refere-se aos seguintes princípios, que abordaremos de forma muito sumária: a) *beneficência e não-maleficência*, relacionado com salvaguarda do bem-estar e dos direitos das pessoas com quem os psicólogos interagem, devendo estes ter o “cuidado de não causar danos” e muito menos causar um mal intencional, por exemplo, por “utilização indevida da sua influência”; b) *fidelidade e responsabilidade*, que remete para o facto de que “os psicólogos devem estabelecer relações de confiança com quem trabalham”, estar “conscientes das suas responsabilidades profissionais e científicas para com a sociedade e com as comunidades em que trabalham”; c) *integridade*, que apela a que os psicólogos procurem “promover o rigor, a honestidade e a sinceridade na ciência, ensino e prática da psicologia”; d) *justiça*, que incide sobre o facto de que todas as pessoas podem beneficiar dos contributos da psicologia e beneficiar das contribuições desta ciência, bem como têm direito “à igualdade de qualidade nos processos, procedimentos e serviços que estejam a ser conduzidos por psicólogos”; e) *respeito pelos direitos e dignidade das pessoas*, estabelecendo que “os psicólogos respeitam a dignidade e o valor de todas as pessoas, os direitos dos indivíduos à privacidade, à confidencialidade e à auto-determinação” (nomeadamente pertencentes a grupos especiais, susceptíveis de vulnerabilidade nas tomadas de decisão) e respeitam factores culturais, individuais e diferenças de papel, incluindo os baseados na “idade, sexo, identidade sexual, raça, etnia, cultura, nacionalidade, religião, orientação sexual, deficiência, língua e status socioeconómico” (APA, 2002).

O 3.10. do ponto 3. do referido Código da APA remete para a necessidade de obtenção do consentimento informado escrito ou oral (alínea c)) por parte das pessoas, devendo os termos desse consentimento ser compreensíveis para as mesmas (alínea a)). Acresce no 8.01. do ponto 8. que o investigador deve “obter uma autorização prévia” para poder levar a cabo a pesquisa de acordo com o protocolo aprovado, isto “quando é necessária a aprovação da instituição”. O 8.02. do mesmo ponto clarifica que quando der início à pesquisa “o psicólogo deve informar os participantes” sobre aspectos como: a) a finalidade, duração e procedimentos ligados à investigação; b) o seu direito de recusar

ou de desistir de participar na mesma (caso a tenha iniciado) e de saber as consequências inerentes; *c*) os factores que podem influenciar a sua vontade de participar; *d*) quaisquer benefícios da investigação; *e*) os limites da confidencialidade; *f*) possibilitar aos participantes esclarecimento sobre questões por eles levantadas.

Caso o seu trabalho incida sobre pessoas juridicamente incapazes de dar consentimento informado, o Código da APA (2002) defende que os psicólogos devem, entre outros, explicar de forma adequada em que consiste a investigação, pedir parecer favorável e obter autorização do representante legal autorizado, no caso de haver exigência legal (alínea *b*), 3.10. do ponto 3.).

Este Código dispensa o consentimento informado caso a investigação não apresente risco ou dano, mas garante que a confidencialidade seja protegida: O Código da APA cita como exemplo o caso da aplicação de questionários anónimos, desde que o arquivo das respostas não coloque os participantes em risco de responsabilidade civil ou penal (8.05. do ponto 8., cit. in Marques, et al., 2010, p. 143).

2.1.4.2. Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses

Como referimos atrás, a *Ordem dos Psicólogos Portugueses* foi criada através da Lei n.º 57/2008, de 4 de Setembro. Este facto veio dar novo alento aos profissionais do campo da Psicologia, com a instituição da “*Deontologia profissional*” (Capítulo VI), que abria caminho para o desenvolvimento do Código que se lhe seguiu, pelo qual se passam a reger todos os psicólogos, apontava os limites e orientava os passos da investigação em Psicologia, para o que lutavam há anos os psicólogos portugueses. Referimo-nos ao *Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses* (CDOPP), criado em 25-03-2011, que foi publicado em *Diário da República*, no dia 20-04-2011, e que passou a ter efeitos a partir do dia seguinte à sua publicação.

Nos “Princípios gerais” da CDOPP (2011) consideramos que devemos realçar, de imediato, o seguinte:

“[...] constituem um conjunto de pressupostos de actuação consensuais na sua aceitação, já que são construídos e inspirados nas características naturais da pessoa, resultantes de um raciocínio filosófico secular e com base na natureza da intervenção psicológica”. (p. 17931).

Acerca desses princípios, evidenciamos também que os mesmos: *a*) “*pretendem ser orientações para os profissionais no sentido de os guiar e inspirar para uma actuação centrada nos ideais da intervenção psicológica*”; *b*) decorrem “*daquilo que se pode*

denominar moral comum da Psicologia”, isto é, do(a)s psicólogo(a)s (que adiante apenas nos referiremos como psicólogos); c) *“devem ser considerados como agentes promotores de ligações entre a teoria e a prática”*; d) caso entrem *“em conflito, cabe ao profissional, em última análise, decidir sobre como resolver o dilema ético surgido, a partir do seu raciocínio ético”*, devendo os psicólogos *“recorrer ao Código Deontológico ou ao Direito”*, bem como *“informar-se sobre os procedimentos usuais em circunstâncias idênticas, consultar a Comissão de Ética da instituição onde trabalham, colegas e superiores hierárquicos”* (CDOPP, 2011, p. 17931).

Passemos, então, à enunciação com breve clarificação dos princípios gerais da CDOPP pelos quais se regem actualmente os psicólogos portugueses. São eles:

a) *“Princípio A – Respeito pela dignidade e direitos da pessoa”*. Os psicólogos devem: 1) *“respeitar as de decisões e os direitos da pessoa, desde que estes sejam enquadrados num exercício de racionalidade e de respeito pelo outro”*, sem distinção relativamente a outras pessoas, a não ser quanto à problemática/questões apresentadas; 2) respeitar a autonomia e autodeterminação dos seus clientes, aceitando incondicionalmente *“as suas opiniões, preferências, credos e todas as características decorrentes da afirmação do seu carácter”*, respeitando cada qual nas suas diferenças individuais (CDOPP, 2011, p. 17931).

Ligados a este princípio, o Código clarifica o entendimento dos três conceitos com ele relacionados: 1) *dignidade*, como um *“valor universal, característico do ser humano [...] que decorre da sua natureza racional e relacional tornando-o capaz de distinguir o bem do mal e de construir relações interpessoais”*, bem como *“um valor específico e exclusivo da pessoa humana que deve ser respeitada sob pena de lhe ser negada a sua própria condição”*; 2) *respeitar a dignidade*, que consiste em *“aceitar todas as decisões da pessoa desde que enquadradas num exercício de racionalidade, a partir de uma consciência alargada e reflectida”*, assente na *“realidade social que envolve a pessoa e que condiciona todo o seu ser e o seu agir”*; 3) *direitos*, que dizem respeito à regulação da vida em sociedade, isto é, são orientadores das relações interpessoais, dentro do pressuposto de que o reconhecimento de um direito para alguém é válido para outra pessoa e por isso devem ser respeitados, particularmente pelos psicólogos *“em virtude das características e objectivos das relações profissionais que estabelecem”*, que obrigam a um *“olhar para a pessoa como ser único, diferente de todos os outros, com vontade própria que, mais do que ser respeitada deverá ser promovida no contexto relacional característico da pessoa humana”* (COPP, 2011, p. 17931).

b) “Princípio B – Competência”. Remete para o facto da actividade de psicologia dever ser exercida “*de acordo com os pressupostos técnicos e científicos da profissão, a partir de uma formação pessoal adequada e de uma constante actualização profissional [teórica e prática especializada, fundada em conhecimentos científicos], de forma a atingir os objectivos da intervenção psicológica*”, para que não recaia em prejuízo do cliente e em descrédito da profissão (CDOPP, 2011, p. 17932).

Este princípio faz alusão a que sendo objecto da Psicologia o estudo das pessoas, em diferentes contextos, e o principal instrumento desta ciência a relação interpessoal, “*resulta como natural [...] [reconhecer] que profissionais diferentes tenham características diferentes*”, devendo cada um “*ter consciência das suas necessidades específicas*” e ser ele “*próprio o melhor juiz da sua competência*”. Isto pressupõe que além de um aumento da responsabilidade dos psicólogos, há “*dificuldade do controlo formal dos níveis de competência de cada um dos membros da profissão*” (CDOPP, 2011, p. 17932). Este documento vai mais longe, realçando o facto de que a única forma de o psicólogo poder responder pelos seus actos e de ter uma noção sobre a sua intervenção dentro da máxima objectividade possível é desenvolver a sua prática baseando-se nos referidos conhecimentos científicos actualizados, o que lhe permitirá “*antecipar as prováveis consequências da sua intervenção, sendo por isso responsáveis por elas*” (CDOPP, 2011, p. 17932).

c) “Princípio C – Responsabilidade”. Está direccionado para a consciência e assunção, por parte dos psicólogos, das possíveis consequências do seu trabalho a nível “*das pessoas, da profissão e da sociedade em geral*”, devendo “*contribuir para os bons resultados do exercício da sua actividade nestas diferentes dimensões e assumir a responsabilidade pela mesma*”. Para tal, devem “*saber avaliar o nível de fragilidade dos seus clientes, pautar as suas intervenções pelo respeito absoluto da decorrente vulnerabilidade, e promover e dignificar a sua actividade*”, bem como devem também promover a autonomia e o bem-estar das pessoas que solicitam os seus serviços (CDOPP, 2011, p. 17932).

Neste sentido, é imputada ao psicólogo “*a responsabilidade pelo respeito escrupuloso do Código Deontológico*”, que envolve a assunção por parte dele da escolha, aplicação e consequências “*dos métodos e técnicas que aplica, bem como dos seus pareceres, perante as pessoas, os grupos e a sociedade*”. No entanto, quando entra em conflito o interesse individual com o social, “*o profissional deve procurar um meio de suprimir, na medida do possível, as potenciais consequências negativas a estes dois*

níveis”. Também é da responsabilidade do psicólogo o “*desenvolvimento do conhecimento científico, como forma de aumentar o potencial da intervenção psicológica, o que constituirá um benefício para as pessoas e para a sociedade em geral*” (CDOPP, 2011, p. 17932).

d) “*Princípio D – Integridade*”. Faz apelo a que os psicólogos “*devem ser fiéis aos princípios de actuação da profissão*”, promovê-los “*de uma forma activa*”, bem como “*prevenir e evitar os conflitos de interesse*”. Porém, se ocorrerem “*devem contribuir para a sua resolução, actuando sempre de acordo com as suas obrigações profissionais*” (CDOPP, 2011, p. 17932).

O CDOPP entendeu definir o conceito de integridade, como “*a qualidade de quem revela inteireza moral, também definida como uma virtude, uma conjugação coerente dos aspectos do eu*”, acrescentando haver necessidade de “*que a esta coerência de carácter se adicione uma fidelidade aos princípios de actuação da profissão, defendendo-os quando estão ameaçados*”. Assim, os psicólogos devem fomentar este princípio no contexto profissional, de modo a “*promover integridade da Psicologia*” (CDOPP, 2011, p. 17932). Este documento alerta para o facto de que este princípio possa ficar comprometido:

[...] sempre que o profissional se deixar influenciar pelas suas próprias motivações ou crenças, preconceitos e juízos morais, nos casos em que surjam conflitos de interesse pessoal, profissional e institucional, dilemas centrados nas hierarquias, ou mesmo a partir de pedidos não razoáveis dos clientes.” (p. 17932).

Assim, se confrontado com estes problemas, “*o profissional deverá promover a discussão das diferentes perspectivas em equação*”, no sentido de tentar “*encontrar situações de compromisso que respeitem os princípios gerais, específicos e linhas de orientação da prática da Psicologia*” (CDOPP, 2011, p. 17932).

e) “*Princípio e – Beneficência e não-maleficência*”. Remete para o dever dos psicólogos de “*ajudar o seu cliente a promover e a proteger os seus legítimos interesses*”, de modo a que a intervenção não o prejudique ou cause danos por acções ou omissões (CDOPP, 2011, p. 17932). Neste sentido, o referido princípio reafirma que a Psicologia “*deve ser assumida como uma actividade ao serviço do bem-estar da pessoa humana*”, dos grupos, organizações e comunidades, em termos físico, psíquico e social.

O princípio da “*Beneficência e não-maleficência*” é considerado pelo CDOPP como “*um dos princípios centrais do exercício da Psicologia [...] mesmo em processos de intervenção cuja motivação central não seja promover o interesse das pessoas como, por exemplo, em algumas situações da psicologia forense ou organizacional*”, pois todas “*as pessoas devem estar no centro das [...] inquietações [do psicólogo], nomeadamente*

“clientes, participantes de investigação (humanos ou animais), estudantes, estagiários ou quaisquer outras pessoas relacionadas directa ou indirectamente com o mesmo”. Em caso de conflito de interesses, os psicólogos *“devem fazer o máximo esforço com vista à minimização dos danos”* (CDOPP, 2011, p. 17932).

O CDOPP (2011) defende que nesta lógica de ajudar e nunca prejudicar, sabendo o psicólogo que de antemão toda a *“intervenção poderá provocar, potencialmente, algum tipo de prejuízo à pessoa”*, deverá ponderar riscos e benefícios para o cliente, de modo a legitimar a intervenção (p. 17932). Assim, no fim da exposição do âmbito deste princípio, o CDOPP conclui com o seguinte:

“O dano a evitar será aquele que não cumprir esta equação, bem como todo o prejuízo que resultar de uma actuação grosseira, negligente, propositadamente malévola ou não fundamentada em conhecimentos científicos actualizados.” (p. 17932).

Concluída esta breve referência aos princípios gerais, passamos a identificar os *“Princípios específicos”* da CDOPP: consentimento informado; privacidade e confidencialidade; relações profissionais; avaliação psicológica; prática e intervenção psicológicas; ensino, formação e supervisão psicológicas; investigação; declarações públicas.

Centramo-nos aqui apenas nos que remete para o consentimento informado e para a investigação em Psicologia, passando por alguns que remetem para a privacidade e confidencialidade.

O *“1 – Consentimento informado”*, está definido no CDOPP (2011) como:

“[...] escolha de participação voluntária do cliente num acto psicológico, após ser-lhe dada informação sobre a natureza e curso previsível desse mesmo acto, os seus honorários (quando aplicável), a confidencialidade da informação dela decorrente, bem como os limites éticos e legais da mesma.” (pp. 17932-17933).

Isto pressupõe o respeito pelos princípios gerais atrás referidos, assim como que a pessoa, após informação apropriada, é capaz de consentir de forma livre o acordado, podendo, no entanto, *“interromper ou terminar, em qualquer momento”*, esse acordo (CDOPP, 2011, p. 17933). Ao princípio do consentimento informado estão subjacentes as seguintes noções, que foram deste modo resumidas por Marques e Pais-Ribeiro (2011a):

“‘1.1 – Consentimento informado’: incide sobre a garantia do fornecimento e da compreensão da informação por parte do cliente relativas às ‘acções profissionais, procedimentos, consequências prováveis, confidencialidade da informação recolhida e limites éticos e legais da mesma’; ‘1.2 – Processo de obtenção de consentimento informado’: requer ‘clarificação e discussão das informações necessárias para a obtenção de consentimento informado’, que inicia e se prolonga até que cesse a relação com o cliente; ‘1.3 – Participação voluntária’, mesmo tratando-se de pessoas com limitações da sua auto-determinação, como, entre outras, ‘dificuldades cognitivas, estado de saúde mental ou imposições legais’; ‘1.4 – Limites da autodeterminação’: caso se verifiquem as referidas limitações, ‘o consentimento informado é pedido ao representante legal do cliente’, mas não isenta o psicólogo de clarificar o seu papel, procurar o acordo com a pessoa e agir ‘de forma a promover os direitos e bem-estar’ desta;

'1.5 – Situações agudas': refere-se a situações em que há por exemplo 'risco sério de suicídio ou homicídio, perda grave do controle dos impulsos' e que sendo impossível a obtenção do consentimento informado, devemos intervir 'em tempo útil, de forma a assegurar o bem-estar do cliente ou de terceiros'; '1.6 – Imposições determinadas por um processo legal': nestas situações os psicólogos 'clarificam o seu papel e os limites da confidencialidade da informação recolhida, enfatizam a importância da natureza colaborativa do trabalho e discutem as consequências prováveis da intervenção para o cliente, independentemente do envolvimento de terceiros'; '1.7 – Registo de Informação': a obtenção do consentimento informado é 'de forma oral ou escrita e posteriormente documentado no processo do cliente' e define o que se deve fazer em casos que exigem 'registo fotográfico, áudio ou vídeo' (CDOPP, p. 17933).'' (p. 19).

Relativamente ao princípio “2 – Privacidade e confidencialidade”, estas devem ser asseguradas nos seguintes moldes estabelecidos pelo CDOPP (2011):

“Os/as psicólogos/as têm a obrigação de assegurar a manutenção da privacidade e confidencialidade de toda a informação a respeito do seu cliente, obtida directa ou indirectamente, incluindo a existência da própria relação, e de conhecer as situações específicas em que a confidencialidade apresenta algumas limitações éticas ou legais.” (p. 17933).

O CDOPP (2011) destaca o âmbito de vários parâmetros associados a este princípio, dos quais apenas transcrevemos abaixo os que consideramos estar mais directamente relacionados com aspectos ligados à investigação:

“2.1 — Informação do Cliente. No início da relação profissional, e sempre que se justificar, é discutida com o cliente a confidencialidade e as suas limitações.

2.2 — Privacidade dos Registos. Os/as psicólogos/as recolhem e registam apenas a informação estritamente necessária sobre o cliente, de acordo com os objectivos em causa.

2.3 — Utilização posterior dos registos. O cliente é também informado sobre o tipo de utilização posterior desses registos, bem como sobre o tempo que esse material será conservado e sob que condições. O arquivo, manipulação, manutenção e destruição de registos, relatórios ou quaisquer outros documentos acerca do cliente são efectuados de forma a assegurar a privacidade e confidencialidade da informação, respeitando a legislação em vigor. No caso de morte ou incapacidade mental grave do/a psicólogo/a, os registos devem ser selados e encaminhados para a Ordem dos Psicólogos Portugueses. [...]

2.6 — Interrupção ou conclusão da intervenção. Em qualquer caso de interrupção ou conclusão da relação com o cliente, os/as psicólogos/as asseguram a manutenção da privacidade da informação relativa ao cliente.

2.7 — Autorização para divulgar informação. [Aplicável quando o cliente] [...] ou o seu representante legal, der previamente o seu consentimento informado.

2.8 — Limites da Confidencialidade. O cliente e outros com quem os/as psicólogos/as mantenham uma relação profissional (ex., entidade empregadora, colegas, pessoal auxiliar, voluntários, serviços com quem prossigam uma articulação interinstitucional) são informados e esclarecidos sobre a natureza da confidencialidade e as suas limitações éticas e legais. A não manutenção da confidencialidade pode justificar -se sempre que se considere existir uma situação de perigo para o cliente ou para terceiros que possa ameaçar de uma forma grave a sua integridade física ou psíquica – perigo de vida, perigo de dano significativo, ou qualquer forma de maus-tratos a menores de idade ou adultos particularmente indefesos, em razão de idade, deficiência, doença ou outras condições de vulnerabilidade.

2.9 — Comunicação de informação confidencial. [...] [Não houve necessidade de recurso a este indicador, em virtude de no decurso da avaliação para investigação não ter havido lugar a tal.]” (pp. 17933-17934).

No que diz respeito ao princípio “3 – Relações profissionais”, os psicólogos devem estar cientes de que não são os únicos profissionais que têm “objectivos que envolvem o bem-estar, a saúde, a qualidade de vida e a plenitude do desenvolvimento das pessoas”, bem como de que “é conveniente, e mesmo necessário em alguns casos, a colaboração

com outros profissionais, sem prejuízo das competências e saberes de cada um”, num quadro de respeito pelas “relações profissionais, competência específica, deveres e responsabilidades de colegas e outros profissionais” (CDOPP, 2011, p. 17934). Segundo este mesmo documento, os psicólogos “constituem-se como primeiros responsáveis pela excelência do desempenho profissional, auxiliando os colegas na prossecução desse objectivo”. No âmbito deste princípio salientam-se os seguintes aspectos:

“3.1 — Promover a boa prática da Psicologia. Os/as psicólogos/as prestam colaboração aos colegas, salvo em caso de justificado impedimento. Não desacreditam colegas, independentemente de estes utilizarem os mesmos ou outros modelos teóricos ou metodologias de intervenção, com validade científica.

3.2 — Encaminhamento de clientes. [...] [Justificou-se, no decurso da avaliação para fins de investigação, devido ao participante manifestar vontade de ser acompanhado em psicologia.]

3.3 — Autonomia profissional. [...] [O exercício da] actividade [deve obedecer ao] princípio da independência e autonomia profissional [...] [de] outros profissionais e autoridades superiores.

3.4 — Cooperação institucional. [...] [É realizada], desde que [as finalidades institucionais] não sejam contrárias aos princípios gerais e específicos deste Código.

3.5 — Integridade profissional. [Os psicólogos] [...] [não devem captar/desviar clientes de outros profissionais/instituições e não julgar/criticar outros colegas/profissionais sem fundamento.]

3.6 — Respeito de competências. Os/as psicólogos/as respeitam as relações profissionais, a competência específica, os deveres e a responsabilidade de outros, e limitam o seu trabalho ao âmbito da sua competência. Ajudam os clientes a obter o apoio adequado e necessário por parte de outros profissionais em situações que ultrapassem o âmbito da sua competência. [...]

3.8 — Responsabilidade profissional. É responsabilidade dos/as psicólogos/as sensibilizar outros colegas para a boa prática da Psicologia, incluindo o respeito pelo presente Código. Quando tomam conhecimento de um desrespeito grave ou reiterado por parte de outro colega, os/as psicólogos/as devem: a) informar esse colega do seu desrespeito pelo actual Código Deontológico, e b) proceder a uma exposição escrita dirigida ao Conselho Jurisdicional da Ordem dos Psicólogos Portugueses, órgão competente pela análise deste tipo de conteúdo. Os/as psicólogos/as devem denunciar outras pessoas que desempenhem funções para as quais apenas os/as psicólogos/as estão habilitados.” (p. 17934).

O princípio inerente à “4 – Avaliação psicológica” será tratado no ponto seguinte, quando nos referimos à sua aplicação na área da investigação.

O CDOPP (2011) refere-se, a seguir, à “5 – Prática e intervenção psicológicas” e, neste âmbito, explicita que estas “têm em conta os vários modelos teóricos disponíveis e os vários princípios associados a um exercício cientificamente informado, rigoroso e responsável da Psicologia”, norteados pelo “respeito pelas diferenças individuais e o consentimento informado” (p. 17935) e pelos princípios gerais, mormente “a beneficência e não-maleficência ou a competência específica” (p. 17934). No âmbito deste princípio também estão completados relevantes pressupostos sobre a prática e intervenção psicológicas a que qualquer psicólogo deve obedecer. Porém, não serão aqui abordados por não estarem ligados à especificidade deste trabalho. O mesmo se passa relativamente ao princípio “6 – Ensino, formação e supervisão psicológicas”, que remete para o respeito das regras do CDOPP e difusão das mesmas “difusão nos diferentes contextos e graus de ensino da Psicologia” (CDOPP, 2011, p. 17935).

Relativamente ao “6 — *Ensino, formação e supervisão psicológicas*”, destacamos o que se segue: “*deve ser programado de forma a reflectir uma formulação actual e representativa das matérias, com referência a críticas fundamentadas*” (CDOPP, 2011, p. 17935, ponto 6.1); os “*programas de ensino, formação e supervisão*” devem apresentar “*conteúdos, objectivos e requisitos de admissibilidade e avaliação bem definidos*” (ponto 6.2); os psicólogos devem apostar na “*Especialização e actualização*” científica inerentes às “*áreas em que desenvolvem o seu trabalho*” (ponto 6.3), com supervisão reconhecida/definida no ponto 6.4, cabendo a “*responsabilidade da supervisão*” ao supervisor, mas não isentando a responsabilidade do supervisando (ponto 6.5), no âmbito dos princípios definidos no *Código Deontológico* (ponto 6.8), devendo as responsabilidades que cabem a cada um estar expressas no termo de consentimento informado para esse efeito (ponto 6.6), bem como evitar envolvimento em “*em relações românticas ou sexuais*” com qualquer dos intervenientes no processo (como “*estudantes, formandos, supervisandos ou estagiários*”) para que não fique comprometida “*a objectividade do processo de avaliação*” (ponto 6.7); e, por fim, devem ser possibilitadas aos referidos intervenientes a “*reflexão sobre questões éticas associadas à prática profissional e investigação em Psicologia*” (ponto 6.9).

No âmbito do princípio específico intitulado “7 – *Investigação*” os psicólogos devem ter em conta os “Princípios gerais” e não sobrepor a vontade legítima de querer saber mais *versus* produzir conhecimento científico aos interesses do participante, os quais se prendem também com legítimos valores humanos e sociais do mesmo, devendo colocar em posição cimeira o seu bem-estar (CDOPP (2011, p. 17935). Neste sentido, o Código define o seguinte para os psicólogos “*enquanto investigadores*”:

“Os/as psicólogos/as, enquanto investigadores, têm em conta o princípio geral da beneficência e não -maleficência, que os levam a colocar em primeiro lugar o bem -estar dos participantes nas investigações, e o princípio geral da responsabilidade social no sentido da produção e comunicação de conhecimento científico válido e susceptível de melhorar o bem -estar das pessoas. Daqui decorrem duas áreas de princípios específicos relativos ao tratamento dos participantes em investigações científicas e à conduta profissional do investigador que a seguir se detalham.” (p. 17935).

Posto isto, de seguida, extrairemos dos pressupostos inerentes a este princípio os que consideramos melhor se inscreverem na investigação em curso e que são passíveis de aplicação aos (in)imputáveis. Assim, conforme o CDOPP (2011), a conduta/procedimentos dos psicólogos deve(m) reger-se pelo que se segue: “7.1 – *Não causar danos*” físicos/psicológicos aos participantes; “7.2 – *Avaliação [pelos psicólogos] de potenciais riscos*” e benefícios para o participante (não só antes da decisão de avançar ou não com a investigação, mas também antes da decisão do sujeito em participar na investigação), no

que se refere à “saúde, bem-estar, valores ou dignidade do participante”, cabendo-lhe comunicá-los ao participante, após eliminação ou minimização dos riscos envolvidos; “7.3 – Participação voluntária”, baseada no pressuposto de que o participante não pode ser “obrigado ou coagido a participar numa investigação”, por isso os investigadores têm de obter o seu prévio consentimento informado, sem que recorrer a “qualquer compensação, monetária ou outra” que constitua “um estímulo que leve o participante a ignorar riscos eventuais da sua participação”; “7.4 – Participação informada”, que prevê o fornecimento da “informação necessária sobre a investigação” que possibilite aos participantes “uma decisão informada quanto aos potenciais riscos e benefícios de participar e quanto às características gerais da sua participação”; “7.5 – Capacidade de consentimento”, que poderá estar limitada pelo definido nos pontos 1.3 e 1.4 no atrás referido princípio do “Consentimento informado”, como é o caso dos inimputáveis que foram objecto da presente investigação, que exigiu o prévio consentimento dos médicos que os acompanhavam, seguido do pedido de autorização à *Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação do Porto*, da *Direcção-Geral dos Serviços Prisionais* e da *Comissão Nacional de Protecção de Dados* e, por fim, dos próprios participantes inimputáveis; “7.6 – Anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos” exigidos/garantidos pelos investigadores, que se devem cingir aos estritamente necessários para a investigação e cujas eventuais limitações à confidencialidade se regem “pelos mesmos princípios específicos relativos a outras áreas da prática psicológica”; “7.7 – Uso do engano em investigação” – embora possa ocorrer, até ao presente não se colocou esta questão no âmbito da presente investigação; “7.8 – Esclarecimento pós-investigação” – não fez “parte do procedimento”, por isso não há lugar a “esclarecimento pós-investigação” (considera-se não aplicável nesta investigação; no entanto todos os participantes foram informados de que a autora disponibilizaria um trabalho policopiado para a Biblioteca dos reclusos e outro para a dos internados na *Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental de Santa Cruz do Bispo*, não tendo ocorrido nem se prevendo “danos causados aos mesmos” até que este trabalho seja defendido; “7.9 – Investigação com animais” – também não se aplica à presente investigação; “7.10 – [realização da investigação pautada pelos princípios mais nobres da] *Integridade científica*”; “7.11 – Apresentação de resultados verdadeiros”; “7.12 – Comunicação de resultados das investigações de forma adequada para a comunidade científica e o público em geral”, pressuposto que se reveste de grande importância, pois os “investigadores não fazem afirmações públicas que são falsas ou fraudulentas e minimizam a possibilidade de interpretações erradas dos resultados

obtidos, corrigindo publicamente erros ou interpretações erradas”; “7.13 – Crédito autoral de ideias e trabalho nos termos devidos”, que implica a originalidade dos trabalhos e que “dão crédito autoral em trabalhos publicados a todos aqueles que realmente os realizaram de forma significativa”; “7.14 – Responsabilidade por equipas de investigação”, que envolve “a transmissão e cumprimento [das regras] a todos que com eles colaborem e ou estejam sob a sua supervisão” (CDOPP, 2011, pp. 17935-17936).

Quanto às “8 – Declarações públicas” que forem “prestadas nos mais diversos âmbitos, incluindo programas de rádio e televisão, artigos em jornais ou revistas, conferências e internet”, estas “devem pautar-se no mais estrito respeito das regras deontológicas da profissão”, devendo “ser considerados os princípios da competência específica, privacidade e confidencialidade, respeito pela dignidade da pessoa, integridade, beneficência e não-maleficência” (p. 17936). Assim, neste âmbito, deverão ser respeitados os seguintes pressupostos: “8.1 – Rigor” e independência nas “declarações públicas [...] verbais ou escritas”, com abstenção de prestação de “declarações falsas ou sem fundamentação científica” e relato dos “factos de forma criteriosa com base em fundamentação científica adequada, utilizando o direito de rectificação, sem suprimir as posições críticas e permitindo a existência do contraditório”; “8.2 – Competência e Especificidade”, que limita as “declarações públicas apenas a temas para os quais [os psicólogos] têm formação e experiência específicas”; “8.3 – Responsabilidade” acrescida não só por representarem uma classe profissional, mas também porque as declarações dos psicólogos têm um “impacto [...] junto do público, em função da credibilidade da ciência que representam”; “8.4 – [comentário público a] Casos particulares” podem ser efectivados desde que os psicólogos se pronunciem “sobre os problemas psicológicos em questão mas não sobre os casos em específico” (CDOPP, 2011, p. 17936).

2.2. A avaliação psicológica como forma de aceder a alguns comportamentos

Primeiramente, iremos abordar questões deontológicas à luz do *Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses* (2011). De seguida, faremos uma breve referência à entrevista estruturada enquanto instrumento de avaliação para fins de investigação, bem

como alguns parâmetros envolvidos nesta investigação, medidos por outros instrumentos de avaliação utilizados nesta pesquisa.

2.2.1. Questões deontológicas relacionadas com a avaliação em Psicologia

O CDOPP (2011) veio clarificar o que a classe profissional deve entender por “Avaliação psicológica”, devendo ser um processo compreensivo, diversificado e justo:

“A avaliação psicológica corresponde a um processo compreensivo (abrangendo áreas relacionadas com o pedido de avaliação e os problemas identificados) e diversificado (recorrendo potencialmente a vários interlocutores pode assumir distintos objectivos, reconhece diferentes tipos de informações, considera variados resultados). Pretende, igualmente, ser um processo justo (reconhecendo e não penalizando diferenças relativas a grupos minoritários, incluindo pessoas com deficiências físicas, sensoriais, linguísticas ou outras fragilidades, a menos que sejam estas variáveis a mensurar e considerando as consequências dos resultados). A avaliação psicológica concretiza -se através do recurso a protocolos válidos e deve responder a necessidades objectivas de informação, salvaguardando o respeito pela privacidade da pessoa.” (p. 17934).

Quando falamos de avaliação psicológica devemos ter em conta os aspectos definidos pela CDOPP de 2011, todos inscritos na página 17934 e que abaixo se mencionam:

- *“Natureza da avaliação psicológica.”* O CDOPP deixa bem claro que se trata de *“um acto exclusivo da Psicologia e um elemento distintivo da autonomia técnica dos/as psicólogos/as relativamente a outros profissionais”* (ponto 4.1).
- *“Competência específica.”* Baseia-se no facto de que a utilização de técnicas e/ou instrumentos de avaliação está reservado apenas aos psicólogos qualificados, com *“formação actualizada, experiência e treino específicos”*, exceptuando o uso sob adequada supervisão *“com objectivos de treino ou formação”* (ponto 4.2).
- *“Utilização apropriada.”* Remete para a *“administração, cotação, interpretação (incluindo o recurso a programas informáticos) e usos da informação obtida”* através de técnicas e instrumentos de avaliação utilizadas pelos psicólogos, requerendo *“investigação e evidência de utilidade”* (ponto 4.3).
- *“Consentimento informado para a avaliação.”* Refere-se a esse tipo de consentimento *“para os processos de avaliação ou diagnóstico, excepto quando estes fazem parte das actividades de rotina institucional, organizacional ou educacional, que correspondam a uma solicitação regulamentada na lei ou pretendam identificar a capacidade de tomada de decisão”* (ponto 4.4).
- *“Materiais de avaliação, sua protecção e segurança.”* Reserva aos psicólogos a *“responsabilidade de seleccionar e utilizar, de modo apropriado, protocolos de*

avaliação suficientemente válidos, actualizados e fundamentados do ponto de vista científico”, que “incluem entrevistas, testes e outros instrumentos de avaliação psicológica que são utilizados para justificar formulações e conclusões incluídas em avaliações, diagnósticos, relatórios, pareceres, recomendações e outros tipos de comunicação”, sendo que esses “materiais e protocolos de avaliação, incluindo manuais, itens, e sistemas de cotação e interpretação, não são disponibilizados aos clientes ou a outros profissionais não qualificados”, cabendo aos psicólogos assegurarem “a protecção e segurança dos materiais de avaliação, prevenindo a sua divulgação para o domínio público” (ponto 4.5).

- *“Instrumentos.” São utilizados apenas os “que foram objecto de investigação científica prévia fundamentada, e que incluem estudos psicométricos relativos à validade e fiabilidade dos seus resultados com pessoas de populações específicas examinadas com esses instrumentos, bem como dados actualizados e representativos de natureza normativa”, devendo os psicólogos que os utilizarem ter “um conhecimento rigoroso dos respectivos manuais, incluindo o domínio de modelos teóricos subjacentes, condições de administração, cotação, interpretação bem como o conhecimento da investigação científica actualizada” (ponto 4.6).*
- *“Dimensões da interpretação.” Implica a interpretação dos resultados pelos psicólogos à luz das “variáveis que os testes implicam, características da pessoa avaliada (incluindo diferenças individuais — linguísticas, culturais ou outras) e situações ou contextos que podem reduzir a objectividade ou influenciar os juízos formulados” (ponto 4.7).*
- *“Comunicação dos resultados.” Embora não tenha cabimento no âmbito desta investigação, realça-se que cabe aos psicólogos facultar “explicações objectivas acerca da natureza e finalidades da avaliação, bem como dos limites dos instrumentos, resultados e interpretações formuladas à pessoa ou seu representante legal, ou a outros profissionais ou instituições a quem prestam serviços de avaliação, estes últimos com o consentimento do cliente”, tendo o cliente, entre outros, o direito ao “acesso aos resultados da avaliação, bem como informação adicional relevante para a sua interpretação.” (ponto 4.8).*
- *“Fundamentação dos pareceres.” Também não tem lugar no âmbito da presente investigação. Porém, sobre este parâmetro, o CDOPP define que os pareceres devem ser fundados “em dados ou resultados de testes reconhecidamente úteis e apropriados para os objectivos gerais e específicos da avaliação” (ponto 4.9).*

- *“Relatórios psicológicos.”* Também não se enquadra nesta investigação. No entanto, dada a sua relevância, é digno de menção: devem ser escritos de forma objectiva, rigorosa e inteligível, tendo de neles constar *“apenas informação relevante que permita dar resposta às questões e pedidos de avaliação considerados pertinentes”* ao solicitado, bem como *“o nome do psicólogo e o número da cédula profissional”*. Cabe aos psicólogos ponderar sobre as consequências das informações fornecidas nos relatórios, *“considerar criticamente o carácter relativo das avaliações e interpretações, e especificar o alcance, limites e grau de certeza dos conteúdos comunicados”* (ponto 4.10).
- *“Relações profissionais.”* Esta questão não se coloca no âmbito deste trabalho, quanto ao definido para a avaliação psicológica, ou seja, coloca-se, sim, quando o cliente pede *“uma segunda opinião por parte de outro/a psicólogo/a”*, podendo *“os dados mais completos de avaliação [...] ser directamente enviados a este último, para evitar interpretações incorrectas por parte do cliente e assegurar a segurança e integridade dos materiais de avaliação* (ponto 4.11).

Assim, pelo que acabamos de expor, concluímos que a avaliação em psicologia se reveste de grande importância e complexidade.

2.2.2. A entrevista estruturada como instrumento de avaliação para fins de investigação

A entrevista psicológica consiste num processo bidireccional de interacção entre entrevistador e entrevistado, tendo um objectivo pré-definido por parte do primeiro. Trata-se de uma conversa ou questões postas directamente pelo entrevistador ao entrevistado, de modo a obter informação objectiva e/ou subjectiva que de outro modo seria difícil de conseguir no contacto com o mesmo, tendo por base um objectivo de avaliação e sendo registadas de variadas formas (Leal, 1999, 2008; Gil, 1999; Pais-Ribeiro, 1999b).

Existem vários tipos de entrevistas, como as breves de avaliação, de recolha de dados, de estudo de caso, de avaliação do estado mental, de pré e pós-teste, de conclusão e de investigação (Leal, 1999, 2008). Este último tipo de entrevista é o que está a ser utilizado neste estudo, embora sendo apenas um dos instrumentos de avaliação aplicado.

No âmbito de uma investigação, a preparação da entrevista é uma das etapas importantes, que requer tempo e exige alguns cuidados, tais como ter em conta: 1) a população a que se dirige; 2) a familiaridade do entrevistado com o tema de estudo; 3) o planeamento consonante com o objectivo a atingir; 4) as condições que possam garantir ao entrevistado a confidencialidade; 5) a preparação do “guião” com as questões pertinentes relacionadas com o estudo (Lakatos & Marconi, 1996). Deve-se ter ainda o cuidado de não criarmos expectativas de continuidade, não deixar que o sujeito resvale para conteúdos relacionados com problemáticas relevantes para ele, mas que se distanciem dos objectivos definidos para a investigação (Leal, 1999, 2008).

Em muitos aspectos, a entrevista poderá funcionar como um teste, pois, segundo Pais-Ribeiro (1999b):

“a) é um método de recolha de dados, b) é utilizada para fazer previsões, c) pode ser avaliada em termos de fidelidade, d) pode ser avaliada em termos de validade, e) pode ser feita em grupo ou individual, f) pode ser estruturada ou não.” (p. 82)

Este método de entrevista é muito usado em pesquisas para aceder a dados objectivos e subjectivos (valores, atitudes, opiniões... – Haguette, 1997). Quando estruturada, constitui um método quantitativo (Pais-Ribeiro, 2007), como no caso deste estudo.

Na entrevista estruturada as questões são previamente elaboradas e colocadas numa sequência lógica e invariável para que faça sentido aos participantes (Bourdieu, 1999). A sua aplicação requer um cuidado especial por parte do entrevistador, como não fugir às questões, para garantir a comparação do seu conjunto, pois pretende-se que espelhem as diferenças entre os entrevistados e não as diferenças entre as mesmas (Fontana & Frey, 1994; Lakatos & Marconi, 1996). Neste tipo de entrevista, segundo Fontana e Frey (1994), deve-se ainda: fornecer informação *standard*, objectiva e breve sobre os objectivos da mesma; seguir a sequência das questões e das palavras formuladas; deixar que seja apenas o entrevistado a responder às questões; não sugerir as respostas nem concordar/discordar das mesmas; não interpretar o significado das mesmas; não improvisar.

Embora as entrevistas estruturadas não necessitem geralmente da presença do pesquisador para que o entrevistado responda às questões, a entrevista que foi construída para este estudo requer a sua presença, pela sua complexidade. De facto, abrange vários tipos de variáveis e, dentro destas, encontram-se, por exemplo, campos que são do domínio exclusivo do entrevistador, associados a outros de resposta rápida (por exemplo, se assinalar um comportamento de risco – automutilação, consumo e/ou tráfico de drogas, desrespeito a um guarda... – terá de especificar não só os eventuais cuidados de saúde exigidos, como as eventuais consequências jurídicas e/ou institucionais).

O facto de a entrevista só poder ser aplicada pelo entrevistador implica uma maior disponibilização de tempo por parte deste. Este factor constitui uma das desvantagens para a sua aplicação, embora tivesse sido equacionado aquando da sua elaboração. No entanto, acreditamos que devido ao facto de uma parte significativa da amostra conhecer o investigador, isto constituirá, por si só, um elemento facilitador para pôr os indivíduos mais à vontade e mais disponíveis para colaborar, bem como minimizará os riscos de dificuldades de compreensão e de ausência de respostas.

A versão de entrevista estruturada realizada para este estudo centra-se na recolha de variáveis sociodemográficas, jurídico-penais, institucionais e relativas a comportamentos de risco, nomeadamente contra si próprio ou contra os outros, de consumos de substâncias que interferem com a saúde (tabaco, álcool, drogas...), doenças de que é portador e familiares directos consumidores das referidas substâncias (ver ponto 3.1.4.).

Como é óbvio, antes da aplicação da entrevista teremos em conta questões de natureza ética, como obter o *consentimento informado*, por escrito, do entrevistado, assegurando o seu direito à privacidade e garantindo o seu direito à protecção de dados (Marques & Pais-Ribeiro, 2009 a, b; Marques & Pais-Ribeiro, 2010).

2.2.3. Parâmetros envolvidos nesta investigação medidos por outros instrumentos de avaliação: breve referência

Entre alguns dos factores que interferem com a saúde em geral (bio-psico-social) das pessoas, privadas ou não de liberdade em termos jurídicos, e com a concretização dos seus comportamentos encontramos as características personalidade, a percepção do estado de saúde, a ansiedade, depressão e stresse, o *coping* e o suporte social. Estes vectores serão aqui tratados, de seguida, embora de forma sumária, devido ao facto de estarem subjacentes aos instrumentos de avaliação utilizados nesta investigação.

2.2.3.1. Personalidade

Segundo Carver e Scheier (2000) a personalidade “*é uma organização interna e dinâmica dos sistemas psicofísicos que criam padrões de comportamento, de pensamento e de sentimentos, característicos de uma pessoa*” (p. 5).

Vários são os estudos sobre a personalidade, entre os quais se encontram os desenvolvidos por Samuel E. Krug, que deram origem à construção e validação, em 1980, do *Questionário de Análise Clínica (CAQ – Clinical Analysis Questionnaire)* e que foi realizado na continuidade das pesquisas encetadas por Raymond Cattell (1905-1998), em 1973, para a construção e validação do *Questionário Factorial de Personalidade de Cattell 16PF* (Cattell & Krug, 1986; Rentfrow, 2010).

Cattell procurou medir a personalidade com recurso a sucessivas análises factoriais para definir as suas dimensões, partindo da considerada personalidade normal. Segundo Rocha (1995), nos anos 60 Cattell e seus colaboradores encetaram várias pesquisas para fundir duas importantes áreas envolvidas no estudo da personalidade:

1. Avaliação de síndromas patologicamente importantes e modelos de conduta desviada determinados pela avaliação clínica.
2. Medida de traços identificados e consistentemente encontrados mediante procedimentos e técnicas factoriais, em adultos normais. (p. 8)

A primeira área decorre quer das técnicas associativas desenvolvidas por Wilhelm Wundt (1832-1920) e Carl Yung (1875-1961) iniciadas no século XIX, quer das técnicas projectivas decorrentes de conceitos psicanalíticos e gestalticos, quer ainda das técnicas terapêuticas (Rocha, 1995). A segunda decorre da “*teoria da personalidade baseada em análises factoriais e apoia-se fundamentalmente na medida e avaliação objectiva de um amplo conjunto de traços*” (Rocha, 1995, p. 8, referindo-se a Cattell, 1973).

Com base nestes pressupostos Cattell e seus colaboradores desenvolveram sucessivos estudos desde a década de 30 do século XX para identificar dimensões primárias relativas à personalidade normal, tendo identificado 16 traços comuns a uma gama de diferentes culturas que possibilitam a predição do comportamento humano, que ficaram patentes no *Questionário de Factorial de Personalidade de Cattell: 16PF*, construído em 1946 (Gouveia & Prieto, 2004; Rocha, 1995). Este mesmo autor refere que embora este questionário não pretendesse ser uma prova clínica, tem sido muito utilizada na investigação nesta área por integrar cinco escalas primárias de ansiedade. Mais tarde, além da ansiedade, Cattell e seus colaboradores procuraram componentes que identificar factores distintos da depressão primária, tendo inicialmente encontrado cinco e, depois, sete, cada um “*reflectia aspectos distintos da depressão clínica*” e todos “*eram distintos das escalas de depressão incluídas no 16 PF*” (Rocha, 1995, p. 8).

Porém, a tradução da esfera total da personalidade em 16 dimensões foi alvo de discussão, tendo alguns autores defendido que um menor número poderia explicá-la (Gouveia & Prieto, 2004). Assim, segundo estes autores, até 1972, Cattell procedeu a

vastas análises que resultaram em muitos questionários que punham ênfase na “*correspondência directa entre as escalas e as dimensões*” e procuravam “*avaliar a convergência no número de factores do 16PF*”, resultando na construção de vários questionários, entre os quais o *Questionário de Análise Clínica – CAQ*, criado em 1980 (Cattell & Krug, 1986; Rocha, 1995, p. 8).

O CAQ original foi validado a partir de muitas análises factoriais “*que se haviam realizado previamente com amostras muito diversas*”, partindo “*de um conjunto de mais de 4000 elementos provenientes das investigações anteriores com as diferentes provas do 16PF*” (Rocha, 1995, pp. 8-9). Inicialmente era formado por 272 itens e estruturado em duas partes: a parte I possuía 128 itens, que abrangiam a personalidade normal; a parte II possuía 144 itens, que avaliam a depressão e traços patológicos.

O CAQ II, que na adaptação para a população portuguesa passou a ser designado de CAQ, inclui os atrás mencionados sete traços de personalidade, que definem sete escalas de depressão (Hipocondria – D1, Depressão Suicida – D2, Agitação – D3, Depressão Ansiosa – D4, Depressão Baixa-Energia – D5, Culpabilidade-Ressentimento – D6 e Apatia-Retirada – D7) e mais cinco dimensões independentes das anteriores (Paranóia – PA, Desvio Psicopático – Pp, Esquizofrenia – Sc, Psicastenia – As e Desajuste Psicológico – Ps) que foram construídas a partir de análises factoriais de elementos do *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), de Starke R. Hathaway e J.C. McKinley, construído em 1940 (Rocha, 1995). Assim, o CAQ (II) avalia das referidas doze dimensões de personalidade, pois, segundo Rocha (1995), “*qualquer das formas do 16 PF poderia substituir os 128 elementos da parte I do CAQ original*” (p. 9).

Cada escala do CAQ visa medir o que está descrito no **Quadro 5**, que se segue:

Quadro 5 – Descrição das escalas de personalidade do CAQ

ESCALAS		DESCRIÇÃO
FACTORES DE PRIMEIRA ORDEM		
D1	HIPOCONDRIA	<ul style="list-style-type: none"> › É a primeira escalas de Depressão (D), devido a ter surgido em lugar cimeiro nas análises factoriais. › Pretende avaliar as preocupações com as funções corporais. › Está vinculada à Depressão como factor secundário e parece assumir uma importância ligeiramente maior entre as mulheres. › Quando uma pessoa obtém uma pontuação alta considera-se depressiva. Esta pontuação é observada mais em mulheres neuróticas ou esquizofrénicas
D2	DEPRESSÃO SUICIDA	<ul style="list-style-type: none"> › Centrada em pensamentos de auto-destruição. › Esta escala juntamente com a de Hipocondria (D1) e a de Depressão Baixa-Energia (D5) formam a tríade de maior relevância no factor secundário da Depressão. › Normalmente pessoas depressivas ou esquizofrénicas apresentam valores elevados nesta escala, embora tal não se verifique para as que têm neurose de ansiedade. Também apresentam valores altos relativamente a “<i>outras depressões primárias e nos tipos de personalidade agressivo-passiva e anti-social</i>” (p. 10). › Na aplicação a uma grande amostra de presos em Atlanta (EUA), verificou-se o seguinte: uma pontuação elevada nesta escala não é preditora de suicídio; caso apresente valores baixos na de Agitação (D3) é baixa essa probabilidade, embora constitua risco. No entanto, o risco aumenta se houver elevação simultânea na D2 e na D3.

Continua

ESCALAS		DESCRIÇÃO
FACTORES DE PRIMEIRA ORDEM		
D3	AGITAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Revela desejo de fazer algo arriscado e de <i>"tentar coisas novas"</i> ou, então, <i>"estão aborrecidos até encontrarem algo arriscado para fazer"</i> (p. 10). Por trás destes desejos poderá estar um <i>"apelo de morte"</i>, que explicar a agitação/inquietação na procura de aventura/risco. Neuróticos, alcoólicos e esquizofrénicos apresentam pontuações muito baixas nesta escala. No entanto, os abusadores de determinados tipos de substância psicotrópicas e personalidades anti-sociais apresentam pontuações significativamente altas.
D4	DEPRESSÃO ANSIOSA	<ul style="list-style-type: none"> Embora esta escala não se relaciona com a ansiedade propriamente dita. É das escalas que menos contribui para a Depressão. Uma pontuação elevada revela que a pessoa tem a sensação de que é desajeitada na manipulação de objectos, tem sonhos que lhe provocam medo, um sentimento de insegurança e intranquilidade, está desorientada, incapaz de enfrentar o que se lhe depara no dia-a-dia. Neuróticos e esquizofrénicos paranóides têm elevação nesta escala.
D5	DEPRESSÃO BAIXA-ENERGIA	<ul style="list-style-type: none"> Esta escala desempenha um papel importante na Depressão. Nela a fadiga é factor importante sintoma secundário. Pontuações elevadas indicam tristeza, melancolia, mau humor, falta de energia para iniciar o dia, dificuldades em dormir profundamente, frequentes sentimentos de que a vida é vazia e solitária e de que está esgotado e em baixo. Ocorrem em alcoólicos, mulheres dependentes de substâncias, mulheres esquizofrénicas e nos depressivos.
D6	CULPABILIDADE-RESENTIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> Associada à Depressão. A pessoa sente que cometeu algo imperdoável, sentindo-se inútil ou impotente. Pontuações elevadas são indicadoras de que as pessoas têm sentimentos de culpa, por vezes <i>"não conseguem dormir pensando nas coisas que deveriam ter feito ou no que irá acontecer por causas dos erros que cometeram"</i>. Ocorrem em alcoólicos, abusadores de substâncias ou em pessoas com problemas condutais (p. 11).
D7	APATIA-RETIRADA	<ul style="list-style-type: none"> Caracteriza-se pela sensação <i>"de que a vida é demasiado absurda e sem sentido para nos preocuparmos com ela"</i> e pela <i>"tendência a evitar o contacto com os outros"</i>. Pontuações elevadas revelam que a pessoa <i>"gosta de estar só", "sem ninguém"</i> e sente-se <i>"demasiado em baixo e inútil para querer contactar com outras pessoas"</i>. Ocorrem mais em esquizofrénicos e menos em abusadores de substâncias (p. 11).
Pa	PARANÓIA	<ul style="list-style-type: none"> Geralmente associada ao que classicamente se define como síndrome paranóico, <i>"no qual se encontram declarações de receio, sensação de injustiça e perseguição, ciúmes em relação aos outros, um certo cinismo sobre a natureza humana e medo de ser envenenado"</i> (p. 11) Pontuação muito alta em pessoas com perturbações condutais, alta em esquizofrénicos, média em neuróticos e alcoólicos e um pouco mais elevadas nos consumidores de substâncias.
Pp	DESVIO PSICOPÁTICO	<ul style="list-style-type: none"> Apresenta forte correlação com a escala D3. Quando associada à mesma, o sujeito <i>"procura sensações ou excitação"</i>. No entanto, enquanto a escala D3 parece estar essencialmente limitada <i>"a esse tipo de conduta impulsiva e hipomaniaca"</i> a Pp <i>"parece ter mais implicações patológicas"</i>. Neste último caso, as pessoas <i>"têm energia e força suficiente para estar dois ou três dias sem dormir", "não se importam de estar no centro da atenção dos outros", e "gostam de discussões e situações de emergência"</i> (p. 11). Pontuações elevadas geralmente em anti-sociais ou abusadores de substâncias. Baixas, em neuróticos, esquizofrénicos e alcoólicos.
Sc	ESQUIZOFRENIA	<ul style="list-style-type: none"> Associada às dificuldades de expressão das ideias, apresentação de <i>"impulsos estranhos"</i>, crença de <i>"que os outros não o compreendem e que o evitam por motivos que desconhece"</i>, às <i>"perdas de memória, sentimentos de irrealidade e alucinações"</i> (p. 11). Pontuações elevadas em esquizofrénicos e moderadamente altas em neuróticos dependentes de substâncias.
As	PSICASTENIA	<ul style="list-style-type: none"> Como dimensão secundária contribui para o factor ansiedade, psicoses geral, sendo que o neuroticismo é mais significativo em mulheres (Bravo, 1998, p. 160). Remete para a <i>"conduta obsessiva sobre a qual o sujeito declara ter pouco autocontrolo"</i>, como <i>"contar coisas", ter ideias ou palavras que passem pela cabeça e permanecem durante dias", preocupar-se muitas vezes por coisas sem importância"</i> (Rocha, 1995, p. 12). Pontuações altas em neuróticos obsessivo-compulsivos ou dependentes de substâncias.
Ps	DESAJUSTE PSICOLÓGICO	<ul style="list-style-type: none"> Juntamente com as escalas Pa, Sc e As corrobora a presença de psicose no sujeito (Bravo, 1998, p. 160). Pontuações elevadas sugerem que a pessoa considera que <i>"não vale nada"</i>, estando o desvio situado na <i>"auto-valorização da realidade"</i> e no <i>"vínculo à desesperança adquirida [...] na depressão"</i> (Bravo, 1998, p. 160). Estas pontuações ocorrem em psicóticos e neuróticos.

Além dos factores de primeira ordem (pontuações primárias) que se recolhem a partir da folha de respostas, pode-se obter factores de segunda ordem (pontuações secundárias), que têm em conta os resultados obtidos nos primeiros. Assim, por estarem contidos nas escalas primárias, servem *"para organizar a informação primária de uma maneira útil para a interpretação"* (Rocha, 1995, p. 12). Segundo este autor, os factores de segunda ordem são os seguintes:

1. *Ansiedade – inclui valores de D6 e As, e em menor peso aparece um valor negativo de Pp e outro positivo de Sc.*
2. *Extroversão – inclui um valor negativo das escalas D7 e D4.*
3. *Independência – reúne as escalas Pp, Pa e D3.*
4. *Socialização controlada ou superego – apresenta apenas uma saturação significativa, e de valor negativo, na escala D4.*

5. *Depressão – as suas saturações principais estão em seis das sete escalas primárias da Depressão (exceptua-se a D3), e a estrutura é muito semelhante em ambos os sexos.*” (p. 12)

De notar, que o CAQ tem servido também para a avaliação diagnóstica e clínica, bem como nas áreas do trabalho, educação, criminal, entre outras (Rocha, 1995; Bravo, 1998).

No ponto 3.3.7.2. encontram-se outros dados sobre este instrumento de avaliação.

2.2.3.2. Percepção do estado de saúde

Vários são os estudos encontrados que procuraram medir a percepção do estado de saúde, designadamente com recurso ao *Questionário do Estado de Saúde-36* (SF-36) (Pais-Ribeiro, 2005a). Questionários deste tipo vieram revolucionar a avaliação do estado de saúde tradicionalmente definida, isto é, com estes instrumentos em vez de ser o médico e/ou outro técnico de saúde o(s) único(s) a procederem à avaliação do estado de saúde de forma legítima, passou a ser admissível que a própria pessoa também o pudesse fazer, através da percepção que tem do seu estado, pois os estudos realizados têm revelado a validade desses questionários.

Pais-Ribeiro (2005a) refere que a origem do SF-36 remonta ao início da década de 70 do século XX, com o questionário *The Rand Health Insurance Study* (HIS) e os que se lhe seguiram, o *Medical Outcomes Study* (MOS) e o *Functioning and Well-Being Profile* (FWBP). Esse autor refere que todos estes questionários se baseavam na definição formal de saúde da OMS. Estes questionários visavam “*avaliar o estado de saúde das pessoas, nomeadamente a Saúde Física, a Saúde Mental e a Saúde Social*” (p. 81).

As formas reduzidas derivam do FWBP que tinha 149 itens. A primeira tentativa de construção de uma dessas formas foi feita por Ware e seus colaboradores, a qual inicialmente incluía 18 itens (1984) e, depois, 20 (1986), tendo ficado conhecido por MOS SF-20, por ter sido usada no MOS (Pais-Ribeiro, 2005a).

A versão americana do SF-36 data de 1991 e, ainda nesse ano, no âmbito do Projecto IQOLA cinco países se juntaram para “*traduzir, adaptar, desenvolver normas para utilização internacional deste instrumento*” (Pais-Ribeiro, 2005a). Segundo este autor, em 1993 eram já doze os países envolvidos nesse projecto, que levou à necessidade de redefinição do mesmo e à adesão de mais dois países (Ware & Gandek, 1998, cit. in Pais-Ribeiro, 2005a).

O SF-36 tem sido largamente utilizado para avaliação da percepção do estado de saúde. Apesar da autorização para a versão portuguesa ter sido dada em 1995, os primeiros

dados psicométricos dessa versão foram publicados em 2000 e incidiam sobre uma amostra de mulheres grávidas.

Outras formas ainda mais reduzidas foram construídas, como o SF-12 e o SF-8. Esta última é a mais recente, inclui um item por dimensão e foi por utilizada nesta investigação.

As oito dimensões do SF-8 agrupam-se em dois componentes – Físico e Mental –, com as características que se resumem no Quadro 6.

Quadro 6 – Descrição dos Componentes Físico e Mental do SF-8

COMPONENTES	DIMENSÕES	DESCRIÇÃO
C. FÍSICO	Funcionamento Físico	▸ Valores elevados (VE) indicam não haver limitações, por motivos de saúde, do sujeito para realizar qualquer tipo de actividade física, mesmo que exigente. Valores baixos (VB) revelam que os sujeitos apresentam limitações nas actividades físicas, nomeadamente tomar banho ou vestir-se por motivos de saúde.
	Desempenho Físico	▸ VE denotam que o desempenho do trabalho/actividades é executado sem problemas decorrentes da saúde física. VB apontam para problemas no desempenho do trabalho/actividades devidos à saúde física.
	Dor Corporal	▸ VE referem-se à ausência de dor ou limitação devido à mesma. VB sugerem dor intensa ou limitativa.
	Saúde Geral	▸ VE remetem para uma avaliação da saúde como excelente. VB reportam-se a uma avaliação da saúde como má e acreditando que se vá agravar.
C. MENTAL	Vitalidade	▸ VE são atribuídos ao facto de se sentir animado e cheio de energia. VB imputam-se ao cansaço e à exaustão na maior parte do tempo.
	Funcionamento Social	▸ VE aplicam-se à realização das “actividades sociais normais, sem problemas físicos ou emocionais que interfiram” (Pais-Ribeiro, 2005a, p. 85). VB têm a ver com problemas nessas áreas, interferindo com as relações sociais
	Desempenho Emocional	▸ VE estão associados à ausência de dificuldades no trabalho/actividades diárias decorrentes de problemas emocionais. VB ligam-se a dificuldades nessas áreas devido a problemas emocionais.
	Saúde Mental	▸ VE manifestam-se quando o sujeito se sente a “sempre em paz, feliz e calmo” (p. 85). VB ocorrem quando nervoso e deprimido.

No ponto 3.1.7.3. encontram-se outros dados sobre esta versão.

2.2.3.3. Ansiedade, depressão e stresse

As relações entre as dimensões afectivas negativas ansiedade e depressão têm sido consideradas de relevância há longa data quer do ponto de vista teórico, quer no âmbito da saúde mental, estando presentes em várias perturbações (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

Watson et al. (1995, cit. in Pais-Ribeiro, 2004) defendem que quaisquer dessas dimensões são difíceis de diferenciar em termos empíricos. Clark e Watson (1991, cit. in Pais-Ribeiro, et al., 2004) propuseram “*um modelo tripartido em que os sintomas de ansiedade e depressão se agrupam em três estruturas básicas*”: 1) o *distress* ou afecto negativo, com sintomas inespecíficos (experimentados por indivíduos quer ansiosos, quer deprimidos) e inclui o “*humor deprimido e ansioso [...], insónia, desconforto ou insatisfação, irritabilidade e dificuldade de concentração*”, sendo que estes sintomas “*são responsáveis pela forte associação entre as medidas de ansiedade e depressão*”;

2) a tensão somática e a hiperactividade, relacionadas com a ansiedade; 3) a anedonia (perda da capacidade de sentir prazer) e ausência de afecto positivo, relacionados com a depressão. Quanto ao stresse os mesmos autores consideram que está relacionado com as “*dificuldades em relaxar, tensão nervosa, irritabilidade e agitação*” (pp. 230).

O stresse pode ainda ser entendido: 1) como um conjunto de agentes externos que produzem efeitos permanentes ou transitórios sobre o indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984; Vaz Serra, 1999); 2) como “resposta”, isto é, como um conjunto de respostas fisiológicas e psicológicas dadas pelo sujeito quando confrontado por um determinado estímulo do meio ou stressor, entendendo-se este último termo como as situações geradoras de tensão ou outras que têm consequências negativas para a saúde e bem-estar (Wallace, Levens & Singer 1988); 3) como resposta adaptativa do sujeito, mediada quer por características individuais, quer como consequência de um agente externo, acontecimento ou situação que impõe ao sujeito exigências psicológicas e físicas especiais (Matteson & Yivancevindh, 1987); 4) como “percepção”, isto é, em que o stresse emerge de processos perceptivos e cognitivos que produzem sequelas quer psicológicas, quer físicas, pelo que o stresse, entendido desta forma, só ocorre quando o sujeito o percebe como tal e, como é lógico, em que indivíduo e agente stressor estabelecem uma relação em termos de apreciação e avaliação (Lazarus, 1986); 5) como transacção entre a posição ocupada pelo indivíduo, ao longo do tempo, num determinado contexto/meio e o próprio meio/contexto social (Peiró, 1993); nesta relação, segundo este autor: a) o meio é percebido como ameaçador, com níveis de exigência elevados relativamente aos seus recursos, prejudicando o bem-estar do indivíduo; b) o que é desejado não é consonante com o que é percebido, caso essa diferença seja relevante para o sujeito; c) as respostas inadequadas produzirão importantes e/ou graves consequências.

Vaz Serra (1999) defende que o stresse desencadeia uma resposta tripla – biológica, cognitiva e de comportamento observável – e que a eficácia dos estilos e estratégias de *coping* poderá estar relacionada com a interiorização das aprendizagens observadas e experienciadas pelo indivíduo dentro e fora dos *settings* institucionais. Acrescente-se que essa eficácia poderá relacionar-se também com a doença pré-existente ou decorrente da permanência por longa data na instituição (institucionalização), com os traços ou transtornos de personalidade, a psicopatologia, o comportamento aditivo (Walters, 1999; Gallego & Herrera, 2010; Gonçalves, 2002; Gonçalves & Vieira, 1995; López-Barrachina, Lafuente & García-Latas, 2007; Millon, 2007).

Assim, para além dos factores do meio físico e social que exercem pressão sobre o indivíduo (stresse) existem processos cognitivos (in)conscientes envolvidos, que são utilizados por ele no manejo das ansiedades evocadas pelos desafios do meio onde se encontra (Geada, 1996), pelo que o indivíduo depara-se com a (in)capacidade de resistir ao stresse, aos sentimentos negativos (ansiedade, raiva, revolta...) e às adversidades, dando respostas que poderão culminar muitas vezes em consequências negativas. Para tal, deveria aprender e/ou saber gerir o que sente, da melhor forma, de modo a conseguir efeitos positivos (Rutter, 2010; Wang, Haertel & Walberg, 1994; Wang & Reynolds, 1995), bem como deveria aprender e/ou estar munido de estratégias de planeamento e de tomada de decisão, de resolução de problemas e gestão de conflitos, de comunicação interpessoal, verbal e não-verbal (Parcel, Muraskin & Endert, 1988, cit. in Frasquilho, 1996), o que não se verifica na grande maioria da população reclusa (Gonçalves, 2002; Gonçalves & Vieira, 2005).

Lovibond & Lovidond (1995, cit. in Pais-Ribeiro, et al., 2004) desenvolveram um estudo factorial para construção de uma escala que medisse conjuntamente e com a máxima discriminação a ansiedade e a depressão, tendo identificado um novo factor, que denominaram por stresse. Os itens associados ao mesmo *referiam-se a dificuldades em relaxar, tensão nervosa, irritabilidade e agitação*” (p. 231). Aquando da aferição para a população portuguesa, Pais-Ribeiro e colaboradores (2004) atribuíram a essa escala o nome de *Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse* (EADS). Estes autores referem que nesta escala “*as perturbações psicológicas são dimensionais e não categoriais*”, ou seja, que entre sujeitos normais e com perturbações que experienciam a ansiedade, depressão e stresse existem apenas diferenças de grau (p. 231). Outros elementos acerca desta escala encontram-se no ponto 3.1.7.4.

2.2.3.4. Coping

O conceito de *coping* teve origem na psicologia do ego de inspiração freudiana, que procurava explicar as formas estáveis do indivíduo de lidar com o meio (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). Segundo estes autores, equipara-se à noção de mecanismos de defesa de Freud, que consistia nos processos inconscientes (primários ou secundários e uns mais patológicos do que outros) utilizados pelos indivíduos para lidar com as ameaças internas ou conflitos. No entanto, este conceito foi evoluindo e os mecanismos de defesa passaram a ser considerados adaptativos ou não. À designação

adaptação atribui-se, por vezes, o mesmo significado de mecanismos de defesa, enquanto processos mentais inconscientes, “quando se refere a processos psicológicos implicados no ajustamento a acontecimentos stressantes relacionados com doença crónica” (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004, p. 5). Segundo estes autores, Hans, em 1977, passou a designar por *coping* os “processos maduros ou saudáveis do ego”, defesa aos “processos de ego neuróticos” e ego-falhado às “formas de adaptação fragmentadas ou desorganizadas” (p. 4). Os mesmos autores referem ainda que nesta acepção o *coping* era traduzido por “estilos (estáveis) de acção” sem ter em conta situações específicas geradoras de stress (p. 5). Mais tarde, passou a ser entendido como “um processo de resposta consciente ou uma reacção a um acontecimento externo negativo (em oposição ao interno de Freud) ou stressante”, até que o DSM-IV considerou que *coping* e mecanismos de defesa eram sinónimos (p. 5).

Alguns autores consideram que o *coping* diz respeito ao conjunto de estratégias utilizadas pelo indivíduo, cognitivas, emocionais e comportamentais, para fazer face às exigências quer internas, quer externas, avaliadas como excessivas ou geradoras de stress, na sua inter-relação com o meio, e às reacções emocionais provocadas por essas exigências (Lazarus & Folkman, 1984, cit. in Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004; Carver & Scheier, 1994). Quando as estratégias de *coping* são utilizadas com frequência passam a ser consideradas estilo de *coping*.

O *coping* pode ser avaliado tendo em conta duas perspectivas: 1) *disposicional*, em que o *coping* é abordado como estilo ou traço, isto é, como formas estáveis ou relativamente fixas de *coping* utilizadas pelos indivíduos quando confrontados por situações stressantes (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Endler & Parker, 1990; Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004), sendo “concebido como disposições de personalidade que transcendem a influência do contexto ou do tempo, postulando a estabilidade dos comportamentos nos indivíduos”; pelo que “pouco ou nenhum peso” terá a situação stressante que desencadeia o comportamento de *coping* (Holahan, Moos & Schaefer, 1996, cit. in, Balbinotti, Barbosa, Wiethaeuper, Teodoro, 2006, p. 124; Millon, Davis & Millon, 2007); 2) *situacional*, em que o *coping* é conhecido por estratégias, pelo que os comportamentos são concebidos como processo cognitivo, consciente e activo de avaliação e resposta às situações geradoras de stress, envolvendo um conjunto de pensamentos e atitudes decorrentes de um stressor particular, sujeito a modificações ao longo do tempo (Lazarus & Folkman, 1984; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986; Balbinotti, et al., 2006; Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004, p. 7). Segundo estes

últimos autores, Folkman e Moskowitz (2000) defendem que: 1) entre as múltiplas funções do *coping* encontram-se “a regulação do distress e a gestão dos problemas que causam o distress”; 2) as *características do contexto de stresse*, nomeadamente a possibilidade de controlo, influencia o *coping*; 3) as “*características de personalidade (dispositions), incluindo o optimismo, o neuroticismo e a extroversão*” também influenciam o *coping*; 4) os *recursos sociais* influenciam igualmente o *coping* (p. 7).

E se, perante as dificuldades que se lhe apresentavam no meio livre, os indivíduos falharam no planeamento e nas estratégias utilizadas para dar resposta(s) às diferentes alterações nas contingências que nesse meio ocorriam, no meio institucional as respostas de *coping* face a situações geradoras de stresse e ansiedade, podem ser de ordem diferente das dadas no meio exterior (Mohino, Kirchner & Forns, 2003). De facto, embora obedecendo a hábitos e estilos tendencialmente utilizados pelos sujeitos no meio exterior (Lazarus & Folkman, 1984; Carver & Scheier, 1994; Gonçalves, 2002; Gonçalves & Vieira, 2005), podem estar relacionadas com outros factores individuais, como traços ou transtornos de personalidade (Compas, Banez, Malcarne & Worsham, 1991; Kirchner, 2003; Millon, et al., 2007), doença (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus 1986; Alvarez, Machado, Fernandes & Marques-Teixeira, 2003; Pais-Ribeiro, Ramos & Samico, 2003; Joyce-Moniz & Barros, 2005) e, destes, em conjugação com comportamentos aditivos (Marlatt & Gordon, 1993; Gonçalves, 2000; Marques-Teixeira, 1993, 2001).

Assim, também uma parte significativa dos detidos (reclusos ou doentes mentais) apresenta dificuldades a nível das estratégias cognitivas e comportamentais por eles utilizadas para a resolução de problemas e que implicam trocas de estímulos ou diálogos entre os diferentes sistemas: indivíduo (na relação consigo próprio), instituição prisional, família e sociedade (Gonçalves, 2002). Posto isto, há também a considerar os efeitos que uma resposta de *coping*, geralmente orientada para a redução da ansiedade e do stresse, pode provocar em termos de impacto emocional negativo, variável em função da situação em que a pessoa se encontra (enclausurado há longa data ou não, com ou sem visitas, saídas ao exterior, ocupação e/ou trabalho...), e que tanto podem levar a respostas mais ou menos adequadas ou agressivas (auto e/ou hetero), que podem culminar no desencadeamento da acção (*acting-out*), como inibir a pessoa de agir (Antonovsky, 1987; Friedman, 1991; Zamble & Porporino, 1990; Blaauw & Kerkhof, 1998; Kosky, Eshkevari, Goldney, Hassan, 1998; Mohino, et al., 2003). A situação de reclusão gera altos níveis de tensão, os quais podem conduzir a um forte risco de suicídio e de automutilações (Mohino, et al., 2003; Liebling, 1992, 1993), pelo que há maior probabilidade destes

comportamentos ocorrerem nas populações reclusas do que na população normal (McDonald & Thomson, 1993).

Para avaliação do *coping* existem várias escalas. No entanto, neste estudo será utilizado o *Brief COPE*, aferido por Pais-Ribeiro e Rodrigues (2003, in Pais-Ribeiro, 2007a), para a população portuguesa a partir do criado por Carver. Este questionário é constituído por 14 escalas que apresentam as seguintes características: 1) *Coping Activo* – está relacionada com o início da acção ou com a realização de esforços no sentido de remover ou circunscrever o stressor; 2) *Planear* – refere-se ao facto de “*pensar sobre o modo de se confrontar com o stressor, planear os esforços de coping activos*”; 3) *Utilizar Suporte Instrumental* – relacionada com a procura de “*ajuda, informações, ou conselho acerca do que fazer*”; 4) *Utilizar Suporte Social Emocional* – remete para “*conseguir simpatia ou suporte emocional de alguém*”; 5) *Religião* – diz respeito ao “*aumento de participação em actividades religiosas*”; 6) *Reinterpretação Positiva* – envolve “*fazer o melhor da situação crescendo a partir dela, ou vendo-a de um modo mais favorável*”; 7) *Auto-Culpabilização* – referente ao facto de se “*culpabilizar e criticar a si próprio pelo que aconteceu*”; 8) *Aceitação* – concernente à aceitação “*de que facto que o evento stressante ocorreu e é real*”; 9) *Expressão de Sentimentos* – relativa ao “*aumento da consciência do stresse emocional pessoal e a tendência concomitante para exprimir ou descarregar esses sentimentos*”; 10) *Negação* – centrada na “*tentativa de rejeitar a realidade do acontecimento stressante*”; 11) *Auto-Distracção* – inerente ao “*desinvestimento mental do objectivo com que o stressor está a interferir, através do sonho acordado, dormir, ou auto distracção*”; 12) *Desinvestimento Comportamental* – remete para a desistência ou para o facto de “*deixar de se esforçar da tentativa para alcançar o objectivo com o qual o stressor está a interferir*”; 13) *Uso de substâncias* – direcciona-se “*para o uso do álcool ou outras drogas como um meio de desinvestir do stressor*”; 14) *Humor* – relacionada com “*fazer piadas acerca do stressor*” (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004, p. 10).

Adiante, no ponto 3.1.7.5. encontram-se outros elementos sobre este questionário.

2.2.3.5. Suporte social

Durante o ciclo desenvolvimental o ser humano está envolvido num conjunto de relações sociais afectivas, cuja função é essencialmente protectora e que permite trocas do suporte com os restantes elementos dessa rede social, ajudando, entre outros, na construção

da personalidade, no alívio do *distress* em situações de crise, na inibição do desenvolvimento de doenças ou na promoção da recuperação quando o indivíduo se encontra doente (Pais-Ribeiro, 1999a). Acreditamos também que o suporte social assume papel relevante no cidadão juridicamente privado de liberdade, pois, tal como quando no cidadão livre, exerce forte influência na adaptação psicológica. Concordamos com Jardim (2007) quando afirma que o suporte social promove “*o desenvolvimento, a saúde, o bem-estar e o sucesso do indivíduo*”, bem como tem o poder “*de reforçar a sua capacidade de reacção ao stresse e de implementar mudanças positivas em situações de crise*” (p. 113).

Cobb (1976, cit. in Pais-Ribeiro, 1999a) define suporte social como a informação disponível dentro de uma das três classes: a) que leva o indivíduo a acreditar que “*é amado e que as pessoas se preocupam com ele*”; b) que o leva “*a acreditar que é apreciado e que tem valor*”; c) que o leva “*a acreditar que pertence a uma rede de comunicação e de obrigações mútuas*” (p. 547). Levine, Basham e Sarason (1983, p. 127) defendem que suporte social se define pela “*existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós*” (cit. in Pais-Ribeiro, 1999a, p. 547). Dunst e Trivette (1990) consideram suporte social os recursos que “*indivíduos e unidades sociais (tais como a família)*” têm ao seu dispor “*em resposta aos pedidos de ajuda e assistência*” (Pais-Ribeiro, 1999a, p. 547).

Assim, o suporte social tem efeitos na saúde dos indivíduos, pois pode servir como: 1) mediador ou moderador do stresse, protegendo-os contra as perturbações decorrentes do stresse; 2) gerador de stresse, quando não haja suporte social; 3) stressor, caso se tenha suporte e este seja perdido; 4) recurso, tanto na presença como na ausência de fontes de stresse, ou seja, é considerado como um benefício (Pais-Ribeiro, 1999a). Segundo este autor, o suporte social pode ser avaliado como: *percebido*, respeitante à percepção que o indivíduo tem da disponibilidade do suporte social quando necessitar dele; *recebido*, relativo à descrição do suporte social recebido por alguém. O referido autor acresce ainda que o suporte social percebido reveste-se de grande importância na saúde e no bem-estar dos indivíduos, independentemente de se apresentarem com ou sem doença.

A exposição prolongada à condição de privação jurídica de liberdade pode debilitar as redes sociais e familiares que existiam antes desta situação, o que implicará em perda no suporte social e num progressivo isolamento social, não favorecedores da reintegração social do indivíduo (Gonçalves, 2002; Dores, 2005a).

Neste estudo usamos a *Escala de Satisfação com o Suporte Social* – ESSS, criada por Pais-Ribeiro (1999, in Pais-Ribeiro, 2005a), que adiante será tratada de forma individual.

Síntese do capítulo

É consensual referir que o *Juramento de Hipócrates* foi o primeiro código deontológico médico, o qual estava assente nos valores morais vigentes na Antiga Grécia e sofreu várias alterações até à actualidade, embora continue a constituir um ícone.

Na designada por alguns historiadores como Época Contemporânea, a questão do consentimento informado foi fortemente colocada, debatida e alvo de regulamentações internacionais, particularmente com as atrocidades cometidas na 2.^a Guerra Mundial, sendo o *Código de Nuremberga* (1947) o primeiro documento saído do pós-guerra a salvaguardar os direitos humanos quanto à participação das pessoas em qualquer tipo de investigação. Os preceitos nele definidos passaram a fazer parte integrante dos códigos de ética profissionais. Seguiram-se-lhe outros documentos internacionais até à actualidade, envolvendo esta e outras questões de preservação e salvaguarda dos direitos humanos, que Portugal também abraçou e consagrou na *Constituição da República Portuguesa*, desde 1976, e em outros documentos do ordenamento jurídico nacional, entre os quais abordamos de forma sumária: o *Código Civil Português*, o *Código Penal Português* e as principais legislações e documentos saídos no âmbito da Saúde que não se encontram compiladas, como a *Lei de Bases da Saúde*, a lei sobre o *Regime jurídico aplicável à realização de ensaios clínicos com medicamentos de uso humano*, a *Lei de Saúde Mental*, o *Plano Nacional de Saúde Mental – 2007-2016* e a lei referente à protecção e livre circulação de dados pessoais.

O psicólogos portugueses seguiam estas directrizes e, de uma forma geral, os princípios éticos definidos no código de conduta da *American Psychological Association* (APA), até à entrada em vigor do *Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses* (CDOPP), que foi publicado em *Diário da República* em 20-04-2011. Neste Código encontram-se definidos vários princípios, nomeadamente o de conceito de consentimento informado e outras noções com ele relacionadas.

No CDOPP também se encontra a noção de avaliação psicológica e os pressupostos que a norteiam. Estes foram escrupulosamente seguidos, pois tínhamos adoptado o Código da APA como orientador, que no essencial é adoptado pelo CDOPP.

Por fim, abordamos questões sobre a entrevista estruturada para fins de investigação e alguns conceitos ligados a outros vectores que avaliamos através de outros instrumentos, como a personalidade, a percepção do estado de saúde, a ansiedade, depressão e stresse, as estratégias de *coping* e a satisfação com o suporte social.

CAPÍTULO III

ESTUDO DE CAMPO

Breve introdução

Este Capítulo destina-se, como o próprio título sugere, ao estudo de campo.

Inicialmente centrar-nos-emos nas questões relativas ao método, como a definição do problema, objectivos da investigação, hipóteses levantadas, principais variáveis envolvidas, tipo de desenho do estudo, definição dos participantes, instrumentos de avaliação utilizados e procedimento adoptado.

Faremos uma breve abordagem aos instrumentos de avaliação utilizados: entrevista estruturada, *Questionário de Análise Clínica*, *Questionário do Estado de Saúde*, *Escala de Ansiedade*, *Depressão e Stresse*, *Brief COPE* e *Escala de Satisfação com o Suporte Social*.

Finalmente, iremos debruçar-nos sobre os procedimentos estatísticos, que englobam a apresentação, a análise e a discussão dos resultados.

3.1. Método

Neste ponto iremos definir o problema, clarificar os principais objectivos da investigação, expor as hipóteses levantadas à partida, as variáveis envolvidas, definir a amostra, apresentar os instrumentos de avaliação utilizados e o procedimento experimental.

3.1.1. Definição do problema

A grande questão que se levanta neste estudo pode traduzir-se na seguinte:

Em que medida a percepção do estado de saúde está relacionada com as características de personalidade, o nível de ansiedade, depressão e stresse, as estratégias de *coping* e a satisfação com o suporte social, bem como com a situação jurídica, os antecedentes criminais, o período desde a prisão/internamento, as medidas de flexibilização, a ocupação/trabalho dentro da instituição, as visitas, os comportamentos aditivos e auto e hetero-agressivos?

3.1.2. Principais objectivos da investigação

O principal objectivo da presente investigação é estudar o estado de saúde e os factores de risco psicossociais e comportamentais com ele relacionados, junto dos indivíduos que à data da recolha de dados se encontravam num estabelecimento prisional (EP) da região Norte do país. Dentro dessa instituição, esses sujeitos que constituem a amostra estão divididos em dois grupos e alojados em espaços distintos: reclusos (em cumprimento de pena alojados no *Regime Comum* e na *Unidade Livre de Droga – ULD*) e doentes mentais (em cumprimento de medidas de segurança e de tratamento, internados na *Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental*).

Nesse sentido, pretendemos estabelecer relações quanto às semelhanças e diferenças apresentadas no total da amostra e em ambos os grupos, tendo em conta os seguintes factores: 1) características de personalidade; 2) estado de saúde; 3) níveis de ansiedade, depressão e stresse; 4) estratégias de *coping* utilizadas; 5) satisfação com o suporte social percebido; 6) estilos de vida que condicionam a saúde, como consumo de tabaco e estupefacientes, comportamentos agressivos com ou sem medidas sancionatórias e auto e hetero-agressivos; 7) antecedentes criminais; 8) ideação suicida; 9) idade; 10) estado civil; 11) escolaridade; 12) tempo decorrido desde a prisão (em cumprimento de pena) ou internamento (em cumprimento de medidas de segurança); 13) ocupação/trabalho no interior da instituição; 15) medidas de flexibilização; 16) visitas que recebe.

3.1.3. Hipóteses levantadas

Subjacente à presente investigação, encontram-se as seguintes hipóteses

1. Nos imputáveis e inimputáveis com antecedentes criminais existe uma relação directa entre características psicopatológicas e ter menos de medidas de flexibilização / trabalho ou ocupação / visitas / comportamentos aditivos.
2. Nos imputáveis e inimputáveis com trabalho/ocupação há maior probabilidade de apresentarem características de personalidade dentro de padrões mais próximos da normalidade, terem índices mais baixos de depressão e ansiedade e possuírem melhor percepção do estado geral de saúde.

3. Nos imputáveis e inimputáveis com trabalho/ocupação há maiores probabilidades de terem um melhor desempenho físico e maior capacidade de planeamento.
4. Nos imputáveis e inimputáveis existe uma relação directa entre níveis de depressão, ansiedade e stresse e utilização de várias estratégias de *coping*.
5. Os imputáveis e inimputáveis que usufruem de mais visitas têm maiores probabilidades de beneficiarem de medidas de flexibilização da pena.
6. Nos imputáveis e inimputáveis há tendência a que elevados níveis de stresse estejam associados à percepção negativa do estado de saúde.
7. Nos imputáveis e inimputáveis consumidores de tabaco existe uma relação directa entre apresentarem indicadores mais adequados quanto às características de personalidade e terem maior período de cumprimento de privação jurídica de liberdade, terem mais visitas e medidas de flexibilização.
8. Nos imputáveis e inimputáveis consumidores de estupefacientes existe uma relação directa entre manifestarem queixas indiscriminadas e a beneficiarem de menos visitas e de medidas de flexibilização.
9. Nos imputáveis existe uma associação entre ansiedade, depressão e de stresse e ter maior tendência para apresentarem ideação / comportamentos auto-agressivos.
10. Os inimputáveis com traços de personalidade mais próximos dos normativos têm uma maior tendência para se ligarem à realidade e, por isso, deprimem, apresentando maior propensão à ideação / comportamentos auto-agressivos.

3.1.4. Variáveis envolvidas

A personalidade, o estado de saúde, a ansiedade, depressão e stresse, as estratégias de *coping* e a satisfação com o suporte social podem ser influenciados pelas seguintes variáveis: 1) *sociodemográficas* – idade, estado civil, escolaridade, local onde vivia antes da privação jurídica de liberdade, pessoas com quem vivia, áreas de trabalho/actividade que realizava antes de ser detido; 2) *jurídico-penais* – situação jurídica, antecedentes criminais, medidas de flexibilização, início do cumprimento da pena ou da medida de segurança; 3) *institucionais* – usufruto ou não de visitas, tipo de visitantes, periodicidade

ou motivo da ausência das mesmas, principal trabalho/ocupação dentro da instituição; 4) *relativas a comportamentos de risco: a) contra si próprio ou contra os outros no último ano*, como violência física, desrespeito a figuras de autoridade, destruição de bens patrimoniais, consumo, posse ou tráfico de estupefacientes, tentativa de suicídio *versus* auto-agressividade, violência física contra recluso, posse de telemóvel, saída do EP sem autorização, roubo a companheiro, incitação de companheiros a pedir aos guardas para que haja recreio, roubo do bar, fabrico de bebidas alcoólicas, prática de crime durante a LSJ; *b) consumos de substâncias em meio livre e de privação jurídica de liberdade que interferem com a saúde (como tabaco, álcool e estupefacientes) e necessidade de tratamento na sequência dos mesmos; c) doenças (infecto)contagiosas de que é portador e em tratamento das mesmas; d) familiares directos consumidores de substâncias.*

3.1.5. Desenho do estudo

A presente investigação tem por base um estudo de transversal exploratório.

3.1.6. Participantes

A amostra é constituída por 195 sujeitos do sexo masculino, em cumprimento de medidas privativas de liberdade num estabelecimento prisional da zona Norte do país, que corresponde a 55,87% da totalidade dos residentes diariamente e a tempo integral (349 sujeitos, dos 404 residentes no EP, pois exceptuamos os 53 em prisão por dias livres que estão no EP aos fins-de-semana e 2 em semi-detenção que pernoitam todos os dias no EP e permanecem presos a tempo inteiro aos fins-de-semana). Do total da amostra, 148 são imputáveis (57,59% dos 257 imputáveis em prisão a tempo inteiro, estando 19 internados na *Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental – CPSM*, num edifício autónomo no EP), 46 inimputáveis (50,00% dos 92 internados na CPSM) e 1 preventivo (internado na CPSM).

Quanto aos imputáveis que fizeram parte da amostra estavam alojados no *Regime Comum* (n=137) e na *Unidade Livre de Droga* (n=11).

3.1.7. Instrumentos de avaliação utilizados

Nesta investigação foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: 1) *entrevista estruturada*; 2) *Questionário de Análise Clínica (CAQ)*; 3) *Questionário do Estado de Saúde (SF-8)*; 4) *Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS)*; 5) *Brief COPE*; 6) *Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)*.

3.1.7.1. Entrevista estruturada

Elaborámos previamente um questionário que foi utilizado na entrevista estruturada (Anexo 1). É formado por um conjunto de questões que foram colocadas numa sequência lógica e invariável, para que fizessem sentido aos participantes, e distribuídas nos seguintes grandes grupos de variáveis: 1) *sociodemográficas*, como idade, estado civil, nacionalidade, local onde residia antes de ficar privado juridicamente de liberdade, pessoas com quem vivia, nível de escolaridade, trabalho/ocupação que tinha antes de sujeito á privação jurídica de liberdade; 2) *jurídico-penais*, como tipo de crime pelo qual está actualmente em cumprimento de pena de prisão ou em cumprimento de medida de segurança, data de início de cumprimento da pena de prisão ou da medida de segurança e de tratamento, concessões jurídicas (medidas de flexibilização da pena); 3) *institucionais*, como trabalho/ocupação no EP, visitas (tipo, periodicidade ou motivo da ausência...); 4) *comportamentos de risco*: a) consumos de substâncias que interferem com a saúde (como tabaco, álcool, drogas...) e necessidade de cuidados de saúde na sequência dos mesmos, entre os quais de enfermagem, médicos ou outros, dentro ou fora da Instituição; b) doenças de que é actualmente portador; c) tipos de tratamentos efectuados e/ou em curso; d) familiares directos consumidores das referidas substâncias.

3.1.7.2. Questionário de Análise Clínica – CAQ

O *Questionário de Análise Clínica (CAQ)* foi construído e validado por Samuel Krug em 1980 e adaptado para a população Portuguesa por Barros (Rocha, 1995). Trata-se de um dos vários questionários de personalidade existentes, que foi factorialmente construído, mede “*simultaneamente traços normais e psicopatológicos*” e permite “*obter um perfil*

completo e multidimensional do sujeito”, inclusive do juridicamente privado de liberdade (Rocha, 1995, p. 7; Bravo, 1998).

O CAQ é constituído por 144 questões que medem 12 traços patológicos e que estão organizadas em 12 escalas, validadas a partir de correlações com o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI). Essas escalas são: Hipocondria (D1), Depressão Suicida (D2), Agitação (D3), Depressão Ansiosa (D4), Depressão Baixa-Energia (D5), Culpabilidade-Ressentimento (D6), Apatia-Retirada (D7), Paranóia (Pa), Desvio Psicopático (Pp), Esquizofrenia (Sc), Psicastenia (As) e Desajuste Psicológico (Ps).

A resposta a cada questão é dada a partir de três alternativas – A, B e C –, adequadas ao conteúdo de cada item. A resposta B constitui uma alternativa às respostas A e C, embora nas instruções se peça ao “*sujeito que utilize o menos possível a resposta B*” (Rocha, 1995, p. 9). Cada resposta é cotada com as pontuações 2, 1 ou 0, sendo que a pontuação de cada item contribui para apenas uma escala. Cada escala tem como pontuação máxima 24 pontos. As pontuações são traduzidas em percentis e decatipos. Os decatipos situados no intervalo 4-6 estão dentro da média, entre 3-4 e 7-8 são considerados desvios médios e entre 1-2 e 9-10 são desvios extremos.

A consistência interna de cada escala, medida pelo alfa de Cronbach, é a seguinte: Hipocondria 0,78; Depressão Suicida 0,75; Agitação 0,61; Depressão Ansiosa 0,56; Depressão Baixa-Energia 0,77; Culpabilidade-Ressentimento 0,71; Apatia-Retirada 0,55; Paranóia 0,51; Desvio Psicopático 0,71; Esquizofrenia 0,61; Psicastenia 0,53; e Desajuste Psicológico 0,65 (Rocha, 1995).

Com este questionário pretendemos aceder aos traços “normais” e “patológicos” dos indivíduos, bem como centrar a atenção nas escalas que de algum modo possam relacionar-se com problemas comportamentais, de personalidade anti-social e ideação suicida.

3.1.7.3. Questionário do Estado de Saúde-8 – SF-8

O *Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey*, conhecido por SF-36 foi desenvolvido por Ware, Snow, Kosinski e Gandek (1993). Estes autores, mais tarde, produziram versões mais reduzidas, o SF-12 e o SF-8. A designação é constituída pelo acrónimo SF (*Short-Form*), que significa “forma reduzida”, e pelo número de itens que se lhe segue. Todas as versões deste questionário são consideradas as medidas mais utilizadas para a avaliação da qualidade de vida. À aferição portuguesa destas versões, de Pais-Ribeiro (2005), foi atribuído o nome *Questionário do Estado de Saúde*.

No SF-8 ou *Questionário do Estado de Saúde-8*, breve medida da auto-percepção do estado de saúde, o número 8 (que se lhe segue) refere-se a um item por dimensão. Porém, estes itens estão agrupados em dois componentes, cujos resultados são expressos em notas de 0 (zero) a 100. Esta última corresponde a uma “melhor percepção de saúde”. O *Componente Físico* engloba as dimensões Funcionamento Físico, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral. A nota final obtém-se recorrendo à seguinte fórmula: “*Nota Final = (((nota bruta que resulta da soma dos itens) – 4) / 12) x 100*”. No que diz respeito ao *Componente Mental*, que engloba as dimensões Vitalidade, Funcionamento Social, Desempenho Emocional, Saúde Mental, a nota final obtém-se da seguinte forma: “*Nota Final = (((nota bruta que resulta da soma dos itens) – 4) / 15) x 100*” (Pais-Ribeiro, 2005b, p. 126).

A consistência interna medida pelo alfa de Cronbach: para o Componente Físico é de 0,71, e para o Componente Mental é de 0,72 (Pais-Ribeiro, 2005).

Este questionário permitirá aceder à percepção geral de saúde dos reclusos em cumprimento de pena e dos doentes mentais em cumprimento de medidas de segurança.

3.1.7.4. Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse – EADS

As *Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse* (EADS) é a versão portuguesa da *Depression, Anxiety and Stress Scales* (DASS, Lovibond & Lovibond, 1995), que, como o próprio nome indica, mede a depressão, ansiedade e o stresse e pode ser aplicada a maiores de 17 anos. Escolheu-se esta escala devido a: 1) ser sensível à perda de auto-estima e de motivação e baixa probabilidade de o sujeito atingir objectivos significativos de vida, através dos itens que fazem apelo à *Depressão*; 2) permitir aceder aos estados persistentes de ansiedade e respostas de medo, através dos itens da escala de *Ansiedade*; 3) possibilitar identificar estados de tensão e excitação persistentes, com baixos níveis de resistência à desilusão e à frustração.

Cada escala integra diversos conceitos: a) Depressão – Disforia (2 itens); Desânimo, (2 itens); Desvalorização da vida (2 itens); Auto-depreciação(2 itens); Falta de interesse ou de envolvimento (2 itens); Anedonia (2 itens); Inércia (2 itens); b) Ansiedade – Excitação do Sistema Autónomo (5 itens); Efeitos Músculo Esqueléticos (2 itens); Ansiedade Situacional (3 itens); Experiências Subjectivas de Ansiedade (4 itens); c) Stress – Dificuldade em Relaxar (3 itens); Excitação Nervosa (2 itens); Facilmente

Agitado/Chateado (3 itens); Irritável/Reacção Exagerada (3 itens); Impaciência (3 itens) (Pais-Ribeiro, et al., 2004, p. 232)

A EADS é constituída por 21 itens, cada um consistindo numa afirmação alusiva a sintomas emocionais negativos, havendo quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala de tipo Likert: “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim muitas vezes”, “aplicou-se a mim a maior parte das vezes” (Pais-Ribeiro, et al., 2004, pp. 232-233). Os resultados mais altos correspondem a estados mais negativos.

Os resultados são obtidos através de três tipos de notas: 1) uma nota por subescala, variando entre 0 (zero) e 21; 2) as notas mais elevadas correspondentes a “estados afectivos mais negativos”; 3) as notas podem ser convertidas em notas da escala completa (42 itens), através da multiplicação da nota obtida por dois.

A consistência interna medida pelo alfa de Cronbach é de 0,85 na depressão, 0,74 na ansiedade e 0,81 no stresse (Pais-Ribeiro, 2005).

Esta escala permitirá aceder às perturbações psicológicas em termos dimensionais e não categoriais, isto é, que nas três subescalas as diferenças que existem são apenas de grau (“normal” a “muito grave”), quer para sujeitos normais, quer com perturbações.

3.1.7.5. *Brief COPE*

O COPE foi inicialmente desenvolvido por Carver e seus colaboradores, em 1989, e possuía 52 itens distribuídos por 13 escalas. Mais tarde, passou a ter 53 itens distribuídos por 14 escalas e, finalmente, a 60 itens/15 escalas, com 4 itens cada (Pais-Ribeiro, 2007).

Pais-Ribeiro e Rodrigues (2003) desenvolveram a versão portuguesa, que designaram *Brief COPE*. Esta possui 28 itens distribuídos por 14 escalas (cada qual com 2 itens): *Coping Activo*, *Planear*, *Utilizar Suporte Instrumental*, *Utilizar Suporte Social Emocional*, *Religião*, *Reinterpretação Positiva*, *Auto-Culpabilização*, *Aceitação*, *Expressão de Sentimentos*, *Negação*, *Auto-Distracção*, *Desinvestimento Comportamental*, *Uso de Substâncias e Humor*. Cada um dos itens do questionário tem quatro possibilidades de resposta, pontuadas de 0 a 3, apresentadas numa escala de tipo Likert: “Nunca faço isto”, “Faço isto por vezes”, “Em média é isto que faço” e “Faço quase sempre isto”.

A consistência interna de cada escala, medida pelo alfa de Cronbach é a seguinte: *Coping Activo* 0,65; *Planear* 0,70; *Utilizar Suporte Instrumental* 0,81; *Utilizar Suporte Social Emocional* 0,79; *Religião* 0,80; *Reinterpretação Positiva* 0,74; *Auto-Culpabilização*

0,62; Aceitação 0,55; Expressão de Sentimentos 0,84; Negação 0,72; Auto-Distração 0,67; Desinvestimento Comportamental 0,78; Uso de Substâncias (medicamentos/álcool) 0,81; Humor 0,83 (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

O *Brief COPE* destina-se à avaliação dos estilos ou traços (características de personalidade) e estratégias ou estados de *coping* (acções ou comportamentos em situações de stresse) (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004), sendo utilizado nesta investigação como estado e não como traço. Como o *coping* tem como função regular e gerir os problemas que causam o *distress* e é influenciado pelas especificidades do contexto de stresse, nomeadamente o seu controle, pelas características de personalidade e pelos recursos sociais, iremos fazer relações entre esta escala e as anteriores por se complementarem.

3.1.7.6. Escala de Satisfação com o Suporte Social – ESSS

Esta escala foi criada por Pais-Ribeiro, em 1999, com recurso a uma população de estudantes com idades entre 15 e 30 anos. É formada por 15 afirmações, com 5 possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo Likert: “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo a maior parte” e “discordo totalmente”. Os itens estão assinalados por ordem alfabética de “A” a “E” e a sua cotação varia de 1 a 5, excepto naqueles que se encontram invertidos, isto é, os itens 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15. Os valores mais altos correspondem a uma maior satisfação com o suporte social.

O ESSS é um questionário constituído por 15 itens, agrupados em 4 dimensões ou factores: *a*) Satisfação com os Amigos (SA), que mede a satisfação com amigos *versus* amigos; *b*) Intimidade (IN), medindo a percepção de suporte social íntimo existente; *c*) Satisfação com a Família (SF), avaliando a existência da satisfação com o suporte social; *d*) Actividades Sociais (AS), que mede a satisfação com as actividades sociais que realiza. A nota de cada uma das dimensões ou subescalas é obtida pelo somatório das notas atribuídas aos itens que as compõem, podendo variar entre 15 e 75, revelando esta última maior percepção de suporte social.

A consistência interna da escala total, medida pelo alfa de Cronbach, é de 0,85, com a variação nas subescalas: SA 0,83; IN 0,74; SF 0,74; AS 0,64 (Pais-Ribeiro, 1999b).

Esta escala permite aceder à satisfação dos indivíduos relativamente ao suporte social existente, pois a percepção do suporte social “*é fundamental nos processos cognitivos e emocionais ligados ao bem-estar e à qualidade de vida*” (Pais-Ribeiro, 1999b, p. 551).

3.1.8. Procedimento

A presente investigação foi objecto de aprovação pela *Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação do Porto* e posterior autorização pela *Direcção-Geral dos Serviços Prisionais* (DGSP). No entanto, em virtude de a amostra incidir não só sobre reclusos imputáveis, mas também em doentes mentais inimputáveis, a Direcção do estabelecimento prisional levantou questões acerca do consentimento informado aplicado a estes últimos. Por esse motivo, solicitamos parecer à *Comissão Nacional de Protecção de Dados* (CNPD) um parecer não só para o caso específico dos inimputáveis, mas para todo o projecto de investigação, tendo esta sido favorável. Este facto e a alteração de funções e do regime/vínculo contratual de trabalho da autora desta investigação fizeram com que a aplicação dos instrumentos de avaliação tivesse de ser adiada por duas vezes: *a)* numa primeira fase (de Janeiro a Maio de 2010), que implicou a espera na obtenção da resposta da CNPD; *b)* numa segunda fase (de Outubro a Dezembro de 2010), quando a investigadora foi colocada num outro serviço fora do referido EP, localizado numa região fora do distrito do Porto, foi-lhe solicitado que fizesse novo pedido de autorização à DGSP para se poder deslocar a esse EP no sentido de poder prosseguir com a aplicação dos instrumentos de avaliação à referida população da CPSM.

Há que que em consideração que embora a lotação do EP em 31 de Dezembro de 2010 fosse de 336 indivíduos, encontravam-se 404 nas instalações, segundo dados fornecidos pelo *site* da DGSP (2011). Destes, 293 indivíduos encontravam-se distribuídos pelas restantes valências da instituição (*Regime Comum, Unidade Livre de Droga e Casa de Acolhimento de Santo André*) e 111 estavam internados na CPSM.

Apesar de neste estudo se considerarem 195 sujeitos, 218 acederam ao chamamento (163 imputáveis e 55 inimputáveis). Porém, 23 desistiram pelos motivos abaixo indicados. Os participantes estavam instalados no EP em edifícios geograficamente separados: *a)* os imputáveis, em duas Alas, no *Regime Comum*, e na *Unidade Livre de Droga – ULD*; *b)* os inimputáveis, na *Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental de Santa Cruz do Bispo – CPSM*.

A selecção dos mesmos foi feita de acordo com os seguintes critérios.

Inicialmente, por trabalhar como clínica em Psicologia no EP há mais de uma década, a investigadora aplicou os instrumentos de avaliação inicial e preferencialmente aos indivíduos que estavam a ser acompanhados por si, individualmente ou em grupo, e que por isso já tinham uma relação de confiança estabelecida. Este critério foi definido à partida, quer por ser uma forma mais rápida de aceder a esses indivíduos, quer por estes

poderem constituir um veículo privilegiado de informação junto da restante população quanto à pesquisa em curso e poderem posicionar-se quanto à sua participação. De facto, alguns destes, tinham já sido alvo de avaliações anteriores e sabiam que as mesmas serviam apenas para o fim que lhes era dito. De entre estes, alguns tinham motivado outros indivíduos a colaborar em processos de avaliação para pesquisa, como aquando do estudo realizado para a dissertação de Mestrado da autora deste trabalho (Marques, 2007).

De seguida, recorremos a uma lista com os nomes dos reclusos e doentes mentais, com numeração aleatória atribuída a cada um, e iniciámos pelos reclusos do *Regime Comum*, seguindo a ordem numérica. Quando qualquer deles não vinha, e não sabíamos o motivo, procurámos chamar novamente cada qual. Nessa altura, e sem que lhes fosse solicitado, sentiam-se com necessidade de justificar a sua ausência, com argumentos dos seguintes teores: *a)* estarem a trabalhar; *b)* não terem ouvido chamar pelo seu número; *c)* estarem a falar com um técnico; *d)* encontrarem-se a realizar uma actividade desportiva; *e)* estarem envolvidos num programa da DGSP aplicado no EP; *f)* estarem no bar (a trabalhar ou não); *g)* terem ocorrido ao chamamento e, ao saberem que vinham falar com a investigadora ainda não terem tomado uma decisão, pedirem aos guardas para os chamarem novamente; *h)* não quererem participar na investigação por motivos diversos ($n=23$), como terem sérias dificuldades de compreensão da língua portuguesa por serem estrangeiros (3 imputáveis) ou receio de que a “urna” fosse violada e que de alguma forma alguém associasse a sua letra à sua pessoa, tivesse por essa via acesso aos seus dados e fizesse mau uso dos mesmos (11 imputáveis e 9 inimputáveis).

Antes da entrevista estruturada, cada sujeito teve de dar a sua autorização para participar nesta investigação, através do termo de *Consentimento Informado* (Anexo 2). Após a aquiescência de cada um procedemos à realização da *entrevista estruturada*, com vista à recolha de dados sociodemográficos, jurídico-penais, institucionais e relativos a comportamentos de risco para a saúde, para posterior análise estatística. Seguidamente, passámos à aplicação dos restantes instrumentos de avaliação, referidos no ponto anterior, pela ordem em que se encontram apresentados. Porém, antes da sua aplicação dos mesmos, procedemos a algumas adaptações pontuais aos mesmos (excepto no CAQ, Anexo 3), por se considerarem pertinentes para adequá-los ao contexto e à população a que se destinavam (Anexos 4 a 7 – folhas de resposta SF-8, EADS, *Brief COPE* e ESSS).

Os instrumentos de avaliação foram previamente agrafados, obedecendo sempre à mesma ordem, e aplicados numa sala grande (*Sala de Visitas* do EP), não havendo qualquer tipo de discriminação dos sujeitos, nomeadamente quanto ao nível de

escolaridade. A cada participante era primeiro aplicada a entrevista estruturada. Se revelasse ser capaz da realização dos restantes instrumentos sem apoio permanente era colocado num dos cantos da sala, sendo-lhe dito que poderia solicitar clarificação de alguma questão, sempre que tivesse dúvidas. No caso de terem dificuldades de leitura/entendimento ou serem analfabetos era-lhes aplicada toda a bateria pessoal e individualmente, após o consentimento informado realizado na presença de uma testemunha, que conjuntamente assinava o termo (estagiária, médico ou técnico de saúde).

De seguida, cada um dobrava e colocava a bateria de testes numa caixa grande, selada com fita adesiva e que dispunha de uma pequena ranhura em que apenas podia entrar o referido material. Essa caixa permaneceu no gabinete da Psicóloga (investigadora) até à data em que mudou de funções e teve de se deslocar para outra instituição prisional, tendo a caixa ficado no gabinete do Psiquiatra, Coordenador dos Serviços Clínicos.

Apurados os resultados, através do programa *Statistical Package for the Social Sciences 18* (SPSS-18), procedemos à análise dos mesmos, visando o seguinte: **1)** estabelecer relações entre a percepção do estado de saúde / características de personalidade / stresse / ansiedade / depressão / *coping* / satisfação com o suporte social percebido / ideação suicida e as variáveis sociodemográficas, jurídico-penais, institucionais e relativas a comportamentos de risco; **2)** comparar os dados com os de outros estudos.

3.2. Procedimentos estatísticos

Dos procedimentos estatísticos constam a apresentação, análise e discussão dos resultados, que passamos de seguida a desenvolver.

3.2.1. Apresentação e análise dos resultados

Para a apresentação e análise dos resultados partimos dos dados recolhidos na entrevista estruturada e nos instrumentos de avaliação utilizados, abaixo traduzidos em estatísticas descritivas e inferenciais.

3.2.1.1. Estatísticas descritivas

A caracterização da amostra incide nas variáveis sociodemográficas, jurídico-penais, institucionais e inerentes aos comportamentos de risco.

i) Variáveis sociodemográficas

Os quadros 7 a 13 apresentam as frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis que foram tidas em consideração.

Os Gráfico 1 e o Quadro 7, abaixo, referem-se às referidas frequências para a variável idade. Os participantes têm idades compreendidas entre os 20 e os 80 anos, situando-se a média de idades no total da amostra nos 38 anos ($M=37,99$), apesar de haver maior concentração de sujeitos com idades mais baixas.

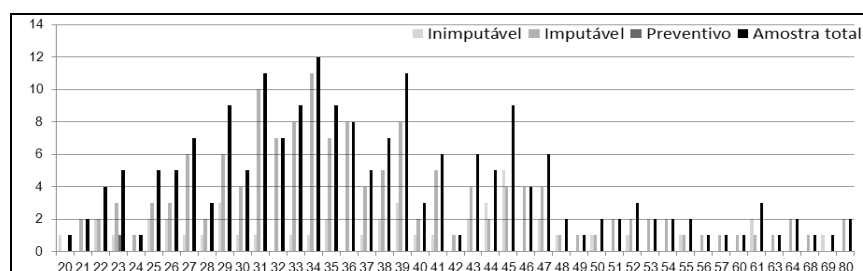


Gráfico 1 – Distribuição da amostra total por idade

Agrupamos os sujeitos por faixas etárias tendo por base o definido pela DGSP (2011c). Verificamos que 114 (58,2%) têm idades entre os 25-39 anos (92 imputáveis e 22 inimputáveis), 58 (29,6%) entre os 40 e os 59 anos (sendo 40 imputáveis), 12 (6,1%) dos 20 aos 24 anos (8 imputáveis) e 11 (5,6%) a partir dos 60 anos (8 imputáveis).

Quadro 7 – Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a variável faixas etárias

Faixas etárias	n	%
20-24 Anos	12	6,1
25-39 Anos	114	58,2
40-59 Anos	58	29,6
60 e mais anos	11	5,6

O Quadro 8 revela o seguinte: 102 participantes são solteiros (52,3%), destes 70 são imputáveis e 31 inimputáveis; 37 (19%) são divorciados ou separados (29 dos quais são imputáveis); 27 estão em união de facto (25 imputáveis); 26 (13,4%) são casados (22 imputáveis); 3 (1,5%) são viúvos (2 imputáveis).

Quadro 8 – Frequências absolutas (*n*) e relativas (%) para a variável estado civil

Estado civil	<i>n</i>	%
Solteiro	102	52,3
Casado	26	13,3
União de facto	27	13,8
Divorciado/Separado	37	19,0
Viúvo	3	1,5

Quanto à escolaridade (cf. [Quadro 9](#)) verifica-se que a grande concentração de sujeitos da amostra tem o 2.º Ciclo do Ensino Básico ($n=65$; 33,3%), dos quais 57 são imputáveis. De seguida, ainda no Ensino Básico temos 58 (6,2%) com o 1.º Ciclo (42 imputáveis) e 34 (17,4%) com o 3.º Ciclo (27 imputáveis). Tem alguma expressividade a quantidade de analfabetos ($n=12$; 6,2%), dos quais 7 são inimputáveis. Também temos 12 sujeitos (6,2%) com o Ensino Secundário distribuídos por igual quantidade entre (in)imputáveis. Os 5 sujeitos que estavam a frequentar o Ensino Superior antes da privação jurídica de liberdade estavam internados na CPSM, um deles como preventivo.

Quadro 9 – Frequências absolutas (*n*) e relativas (%) para a variável escolaridade

Escolaridade	<i>n</i>	%
Analfabeto	12	6,2
Sabe ler e escrever	9	4,6
1.º Ciclo do Ensino Básico	58	29,7
2.º Ciclo do Ensino Básico	65	33,3
3.º Ciclo do Ensino Básico	34	17,4
Ensino Secundário	12	6,2
Ensino Superior (frequência)	5	2,6

Verificamos que uma grande parte dos sujeitos é de nacionalidade portuguesa ($n=187$; 95,9%), dos quais 143 são imputáveis e 44 inimputáveis. Seguem-se 5 (2,6%) de nacionalidade francesa (3 imputáveis), 1 (0,5%) canadiano e 1 venezuelano (inimputáveis) e 1 ucraniano (inimputável).

A maioria da amostra residia no distrito do Porto, seguindo-se, com menor representatividade, em Braga e Aveiro (cf. [Gráfico 2](#)). De facto, 91 (46,7%) sujeitos

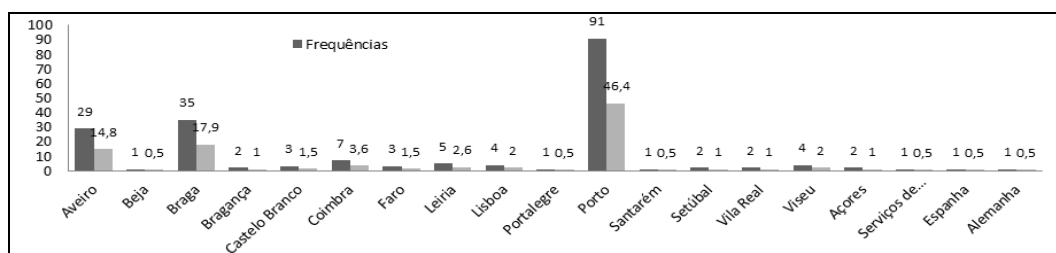


Gráfico 2 – Distribuição da amostra por distrito de residência

residem no Porto, 35 (17,9%) em Braga e 29 (14,9%) em Aveiro. Quando se analisa os dois grupos de sujeitos isoladamente, verificamos que há maior expressividade nos seguintes casos: *a*) imputáveis – 69 são provenientes do Porto, 33 de Braga, 25 de Aveiro e 7 de Coimbra; *b*) inimputáveis – 22 residiam no Porto, 5 em Leiria, 4 em Aveiro, 4 em Lisboa. Os restantes sujeitos de ambos os subgrupos estão dispersos por outros distritos.

Em relação às pessoas com quem residiam antes privação jurídica de liberdade, 56 (28,7%) viviam com a esposa/companheira e filhos (48 são imputáveis), 44 (22,6%) com os pais (29 imputáveis), 30 (15,4%) com um dos pais (20 imputáveis), 29 (14,9%) com a esposa/companheira (24 imputáveis) e 25 (12,8%) sozinhos (18 imputáveis). Uma minoria residia com tios, amigos, filhos, avós ou outros (cf. Quadro 10).

Quadro 10 – Frequências absolutas (*n*) e relativas (%) para a variável pessoas com quem vivia

Pessoas com quem vivia	<i>n</i>	%
Um dos progenitores	30	15,4
Pais	44	22,6
Esposa/companheira	29	14,9
Esposa/companheira e filhos	56	28,7
Tio(s)	1	0,5
Sozinho	25	12,8
Filho(s)	2	1,0
Amigo(s)	5	2,6
Outro	2	1,0
Avós	1	0,5

O Quadro 11 e o Gráfico3 referem-se à distribuição dos participantes por áreas em que desenvolviam trabalho e/ou actividade. Assim, verifica-se o seguinte: *a*) 70 (35,9%) sujeitos estavam, na sua grande maioria, inactivos (48 imputáveis); *b*) 58 (29,7%) realizavam actividades no sector secundário, como trolha, servente, electricista (e ajudante de), carpinteiro (e ajudante de), serralheiro, pintor, empresário têxtil, compositor gráfico, *designer* gráfico, armazenista de joalharia, entre outras, concentrando-se a maioria na área da construção civil (44 imputáveis); *c*) 54 (27,7%) estavam a trabalhar no sector terciário, por ordem decrescente de expressividade, na área da restauração e hotelaria (empregado de

Quadro 11 – Frequências absolutas (*n*) e relativas (%) para a variável áreas em que realizava trabalho/actividade, em liberdade

Áreas em que realizava trabalho/actividade	<i>n</i>	%
Nenhum trabalho/actividade	70	35,9
Sector primário	11	5,6
Sector secundário	58	29,7
Sector terciário	54	27,7
Outros	2	1

cozinha, de mesa, de copa, estafeta e segurança), comércio (empregado de armazém, retalhista, desmanchador de carne, distribuidor/delegado de propaganda médica), vendedor ambulante (feirante), automóveis (ajudante, chapeiro, lavagem, mecânico, pintor, comerciante), administração e angariação de serviços de segurança, entre outros (46 imputáveis); d) 11 (5,6%) estavam a trabalhar no sector primário como agricultor (de subsistência, trabalhos sazonais), pastor, pescador e operador de máquinas agrícolas (9 imputáveis); e) 2 (1%) eram estudantes (um inimputável e outro aguarda julgamento).

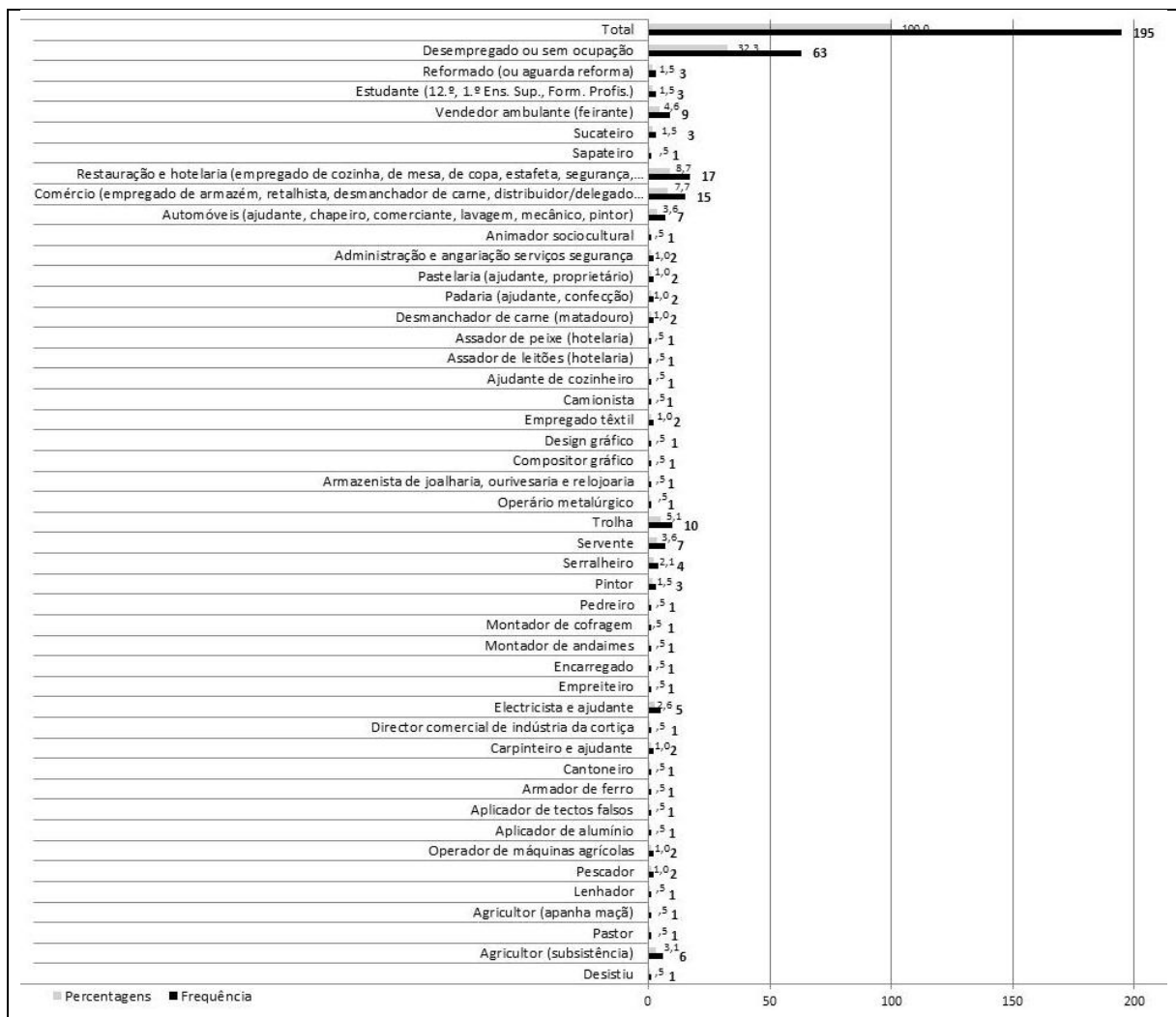


Gráfico 3 – Distribuição da amostra total por trabalho/atividade exercida em liberdade

ii) Variáveis jurídico-penais

O Quadro 12 refere-se às frequências absolutas (*n*) e relativas (%) para a variável situação jurídica. Conforme nele podemos verificar, dos 195 sujeitos que formam a

Quadro 12 – Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a variável situação jurídica

Situação jurídica	n	%
Imputável	148	75,9
Inimputável	46	23,6
Preventivo	1	0,5

amostra, 148 (75,9%) eram imputáveis e 46 inimputáveis (23,6%). Um dos sujeitos (inimputável) encontrava-se na situação de prisão preventiva.

O Quadro 13 foi extraído da página da DGSP (2011a). Através dele podemos constatar que do total de 7382 condenados masculinos no país, em 31-12-2010 o EP, onde foi feita a recolha de dados para este estudo, possuía 404 condenados, apesar de a lotação ser de 336 (DGSP, 2011b). De entre estes sujeitos, 257 estão em cumprimento de penas de prisão efectiva maioritariamente no *Regime Comum – RC* (porém, 11 estão em tratamento na *Unidade Livre de Droga*, 19 temporariamente internados na CPSM e 1 se encontra na *Casa de Acolhimento de Santo André – CASA*, por estar na situação de Regime Aberto para o Exterior), 53 estão em prisão por dias livres (na CASA), 1 em semi-detenção (no RC), 92 são inimputáveis (internados na CPSM) e 1 doente mental livre (na CPSM), que aguarda que uma instituição o acolha, por não ter qualquer retaguarda de apoio (dados fornecidos pelos *Serviços de Educação e Ensino* do EP, referentes a 31-12-2011). Assim, dos 349 residentes a tempo integral no EP (exceptuando os 53 em prisão por dias livres que estão no EP aos fins-de-semana e 2 em semi-detenção que pernoitam todos os dias no EP e permanecem a tempo inteiro aos fins-de-semana), 195 constituem a amostra (55,87%).

Quadro 13 – Reclusos existentes em 31-12-2010, segundo a situação penal, por sexo e nacionalidade

Situação penal	Homens		Mulheres	
	Portugueses	Estrangeiros	Portugueses	Estrangeiros
1	2	3	4	5
TOTAL	8.766	2.220	457	170
Preventivos	1.384	747	120	56
Condenados (a)	7.382	1.473	337	114

(a) Contabiliza os 237 inimputáveis, com medidas de segurança aplicadas, internados em clínicas psiquiátricas prisionais (92) e em clínicas e hospitais psiquiátricos não prisionais (145)

Com base em DGSP (2011a)

Ainda o Quadro 13 revela que da totalidade dos 7382 condenados masculinos a nível nacional, 237 são inimputáveis (distribuídos por instalações dentro e fora de espaços prisionais), e destes, 92 (38,82% do total de inimputáveis) estão internados em “clínicas

psiquiátricas prisionais” (ver nota do referido quadro), pelo que se deduz que se trata dos 100% dos inimputáveis que estão internados, em finais do ano de 2011, na *Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental*, onde foram recolhidos os elementos para este estudo (segundo informação dos *Serviços Clínicos* do EP). Quanto a estes últimos dados, são reveladores de que temos uma quantidade representativa de inimputáveis na nossa amostra ($n=46$; 50% do total dos internados em “*clínicas psiquiátricas prisionais*”). Porém, relativamente aos restantes 7290 condenados masculinos no país, que são imputáveis, apenas 148 sujeitos fizeram parte da amostra, o que representa 2,03% desse total nacional. No entanto, face aos 257 reclusos que se encontram diurna e diariamente no EP, os referidos 148 imputáveis que estão nas mesmas condições correspondem a 57,59% do total dos instalados nessa instituição, revelando-se aqui significativa a representatividade.

Quanto aos antecedentes criminais, 123 (63,1%) dos sujeitos são primários e 72 (36,9%) encontram-se na condição de reincidentes (cf. Quadro 14).

Quadro 14 – Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a variável antecedentes criminais

Antecedentes criminais	n	%
Primário	123	63,1
Reincidente	72	36,9

O Quadro 15 apresenta os tipos de crimes e os crimes praticados pela amostra, subdivididos de acordo com o *Código Penal* e outros diplomas complementares, associados à sua situação jurídica. Nele assume maior relevância a prática dos seguintes crimes, por ordem decrescente: tráfico de estupefacientes e outras actividades ilícitas ($n=28$; 14,4%), furto qualificado ($n=25$; 12,8%), homicídio ($n=18$; 9,2%), condução sem habilitação legal ($n=17$; 8,7%), roubo ($n=14$; 7,2%), roubo qualificado ($n=13$; 6,7%), ofensa à integridade física qualificada ($n=9$; 4,6%), furto ($n=9$), violência doméstica ($n=7$; 3,6%), coacção sexual ($n=7$), tráfico de menor quantidade ($n=5$; 2,6%), homicídio qualificado ($n=4$; 2,1%), sequestro ($n=4$), burla ($n=4$), incêndio ($n=4$), ofensa à integridade física ($n=3$; 1,5%), resistência e coacção a funcionário ($n=3$), violação de imposições, proibições ou interdições ($n=3$), violação ($n=2$; 1%), lenocínio ($n=2$), abuso sexual de crianças ($n=2$), falsificação ou contrafacção de documentos ($n=2$), condução perigosa de veículo ($n=2$), condução de veículo em estado de embriaguez ou sob a influência de estupefacientes ou substâncias psicotrópicas ($n=2$), detenção de arma proibida ($n=2$), dano ($n=1$; 0,5%), receptação ($n=1$) e violação da obrigação de alimentos ($n=1$).

Assim, a distribuição da amostra por tipos de crimes de acordo com o *Código Penal* é

Quadro 15 – Tipos de crimes e crimes praticados pela amostra versus situação jurídica

TIPOS DE CRIMES		CRIMES	TOTAL	IMPUTÁVEIS	INIMPUTÁVEIS	
Código Penal: Livro II, Título I – Dos crimes contra as pessoas						
CAPÍTULO I – Dos crimes contra a vida		Homicídio	18	4	14	
		Homicídio Qualificado	4	1	3	
CAPÍTULO III – Dos crimes contra a integridade física		Ofensa à Integridade Física	3	3	0	
		Ofensa à Integridade Física Qualificada	9	6	3	
		Violência Doméstica	7	3	4	
CAPÍTULO IV - Dos crimes contra a liberdade pessoal		Sequestro	4	4	0	
CAPÍTULO V – Dos crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual		SECÇÃO I – Crimes contra a liberdade sexual	Coacção Sexual	7	6	1
			Violação	2	1	1
			Lenocínio	2	2	0
		SECÇÃO II – Crimes contra a autodeterminação sexual	Abuso Sexual de Crianças	2	1	1
Código Penal: Livro II, Título II – Dos crimes contra o património						
CAPÍTULO II – Dos crimes contra a propriedade		Furto	9	8	1	
CAPÍTULO III – Dos crimes contra o património em geral		Furto Qualificado	25	25	0	
		Dano	1	1	0	
		Roubo	14	9	5	
		Roubo qualificado	13	10	3	
		Burla	4	4	0	
		Receptação	1	1	0	
Código Penal: Livro II, Título IV – Dos crimes contra a vida em sociedade						
CAPÍTULO I - Dos crimes contra a família, os sentimentos religiosos e o respeito devido aos mortos	SECÇÃO I - Dos crimes contra a família	Violação da obrigação de alimentos	1	1	0	
CAPÍTULO II - Dos crimes de falsificação	SECÇÃO II - Falsificação de documentos	Falsificação ou contrafacção de documento	2	1	1	
CAPÍTULO III - Dos crimes de perigo comum		Incêndio	4	0	4	
CAPÍTULO IV – Dos crimes contra a segurança das comunicações		Condução perigosa de veículo rodoviário	2	2	0	
		Condução de veículo em estado de embriaguez ou sob a influência de estupefacientes ou substâncias psicotrópicas	2	2	0	
Código Penal: Livro II, Título V – Dos crimes contra o Estado						
CAPÍTULO II – Dos crimes contra a autoridade pública	SECÇÃO I - Da resistência e desobediência à autoridade pública	Resistência e Coacção Sobre Funcionário	3	0	3	
	SECÇÃO II - Da tirada e evasão de presos e do não cumprimento de obrigações impostas por sentença criminal	Violação de imposições, proibições ou interdições	3	3	0	
Outros diplomas						
Tráfico de menor quantidade – Decreto-Lei n.º 15/93 – Art.º 25.º		Tráfico de menor quantidade	5	4	1	
Tráfico e outras actividades ilícitas – Decreto-Lei n.º 15/93 – Art.º 21.º		Tráfico e outras actividades ilícitas	28	27	1	
Condução de veículo sem habilitação legal – Decreto-Lei n.º 2/98 – Art.º 3.º, n.º 2		Condução sem habilitação legal	17	17	0	
Detenção de arma proibida – Lei 5/2006 – Art.º 86.º		Detenção de arma proibida – Lei 5/2006 – Art.º 86.º	2	2	0	
Outras situações						
Estrangeiro preventivo			1	0	1	
TOTAL DA AMOSTRA			195	148	47	
Estrangeiros			3	3		
Receio de consequências			20	11	9	
TOTAL GERAL			218			

a seguinte: 67 (34,4%) dos participantes afirmam ter cometido contra o património, 58 (29,7%) crimes contra as pessoas, 11 (5,6%) contra a vida em sociedade e 6 (3,1%) contra

o Estado (cf. Quadro 13). Os restantes 52 (26,7%) participantes referem ter praticado crimes ao abrigo de outros diplomas, complementares ao CPP.

Passamos agora à variável penas de prisão. Adoptamos intervalos de tempo que obedecem aos seguintes critérios:

– Para o mínimo de “até 1 ano”, adoptámos o estabelecido no n.º 1 do Art.º 21.º da Lei n.º 115/2009, de 12 de Outubro, que versa o seguinte:

“Sempre que a pena, soma das penas ou parte da pena não cumprida exceda um ano, o tratamento prisional tem por base um plano individual de readaptação, o qual é periodicamente avaliado e actualizado, nos termos previstos no Regulamento Geral.”

– Para a baliza dos 6 anos, porque o *Código Penal Português* coloca os 6 anos entre os critérios que envolvem a concessão de liberdade condicional:

“[...] o condenado a pena de prisão superior a 6 anos é colocado em liberdade condicional logo que houver cumprido cinco sextos da pena.” (n.º 4, do Art.º 61.º)

[...] “Se a soma das penas que devam ser cumpridas sucessivamente exceder 6 anos de prisão, o tribunal coloca o condenado em liberdade condicional, se dela não tiver antes aproveitado, logo que se encontrarem cumpridos cinco sextos da soma das penas” (n.º 3, do Art.º 62.º), excepto quando a execução da pena resulta de revogação de liberdade condicional (n.º 4, do mesmo Art.º).

– No caso da pena relativamente indeterminada, foi adoptado o tempo definido para o cumprimento de pena para o recluso em causa.

– Para o caso de “até 3 anos” nas medidas de segurança assumimos o consagrado no n.º 2 do Art.º 91.º do *Código Penal*:

“Quando ao facto praticado pelo inimputável corresponder a um crime contra as pessoas ou a crime de perigo comum puníveis com pena superior a 5 anos, o internamento tem a duração mínima de 3 anos, salvo se a libertação se revelar compatível com a defesa da ordem jurídica e da paz social.”

O Quadro 16 permite verificar que a maioria dos participantes ($n=71$; 36,4%) possuía penas de prisão de um ano e um dia até seis anos, 49 (25,1%) encontravam-se condenados a penas de prisão superiores à anterior, 27 (13,8%) até um ano, e apenas 1 (0,5%) tinha pena de prisão de dois anos e quatro meses até relativamente indeterminada. De referir que um dos imputáveis recorreu de um processo, não sabendo em quanto lhe ficaria a pena, à data da aplicação dos instrumentos de avaliação. Os restantes 46 (23,6%) participantes estão internados na CPSM na situação de inimputáveis e um como preventivo.

Quadro 16 – Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a variável penas de prisão

Penas de prisão	n	%
Até 1 ano	27	13,8
1ano e 1dia até 6anos	71	36,4
Mais de 6anos e 1dia	49	25,1
2anos e 4meses a relativamente indeterminada	1	0,5
Em recurso	1	0,5
Desistiu de participar	1	0,5
Restante amostra (inimputáveis e preventivo)	45	23,6

Quanto às medidas de segurança (apenas aplicadas aos inimputáveis, como vimos), há, antes de mais, necessidade de lembrar que do total da amostra ($n=195$), não são aqui considerados os condenados. Posto isto, e conforme o representado no Quadro 17, podemos inferir que dos 46 sujeitos que se encontravam internados na *Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental* localizada no EP, 29 (14,9%) estavam na situação de inimputáveis com um máximo de medida de segurança superior a seis anos e um dia, 13 (6,7%) com máximo situado entre três e seis anos. Os restantes, com um sujeito em cada situação, encontravam-se como preventivo (a aguardar perícia médico-legal), com medida de segurança indeterminada e outro desistiu de participar.

Quadro 17 – Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a variável medidas de segurança – máximo

Medidas de segurança – máximo	n	%
Até 3 anos	1	0,5
De 3 anos e 1 dia a 6 anos	13	6,7
Mais de 6 anos e 1 dia	29	14,9
Preventivo	1	0,5
Indeterminada	1	0,5
Desistiu de participar	1	0,5

No que diz respeito ao mínimo de cumprimento de medida de segurança atribuído, assume maior expressividade o caso dos participantes com um mínimo menor ou igual a 3 anos ($n=41$; 21%), seguido de superior a 3 anos ($n=3$; 1,5%) (cf. Quadro 18).

Quadro 18 – Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a variável medidas de segurança – mínimo

Medidas de segurança – mínimo	n	%
Menor ou igual a 3 anos	41	21,0
Mais de 3 anos	3	1,5
Preventivo	1	0,5
Desistiu de participar	1	0,5
Indeterminada	1	0,5
Desistiu de participar	1	0,5

Os sujeitos da amostra estão juridicamente privados de liberdade entre meados de 1987 (1 inimputável) e finais de 2010 (11 imputáveis e 1 inimputável), altura em que concluímos a recolha de dados (cf. Gráfico 4). Observamos que uma maioria cumpre penas de prisão ou medidas de segurança desde 2009 (41 imputáveis e 9 inimputáveis).

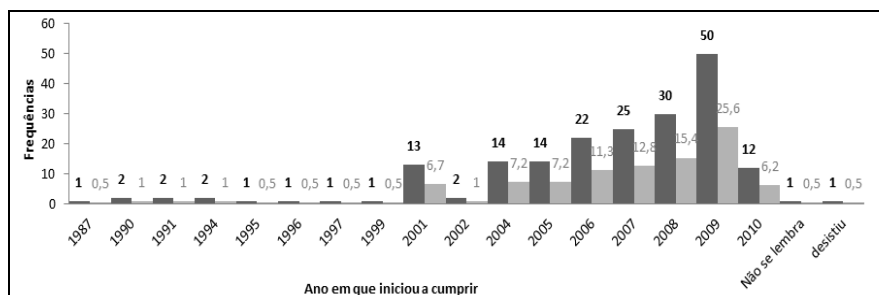


Gráfico 4 – Distribuição da amostra por ano em que iniciou o cumprimento de medida privativas de liberdade

O Gráfico 5 dá-nos conta do período de tempo do cumprimento de penas de prisão ou medidas de segurança por parte da amostra total. Por conseguinte, temos uma maioria de indivíduos que permanece de 1 a 3 anos ($n=105$; 53,8%). Seguem-se os que se encontram de 3 e 1 dia a 6 anos ($n=49$; 25,1%), de 6 e 1 dia a 10 anos ($n=15$; 7,7%), até 1 ano ($n=13$; 6,7%) e com mais de 10 anos ($n=11$; 5,6%). Dos restantes dois sujeitos, um refere não se lembrar há quanto tempo se encontra preso e o outro desistiu de participar.

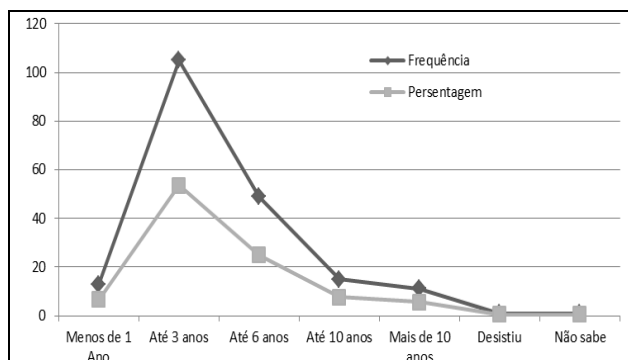


Gráfico 5 – Distribuição da amostra por tempo em que está em cumprimento de medida privativa de liberdade

Entre os inimputáveis, a maior parte está a cumprir medidas de segurança e de tratamento de 1 até 3 anos ($n=20$; 42,6%). De seguida, encontram-se os que estão de 3 e 1 dia até 6 anos ($n=13$; 27,7%), há mais de 10 anos ($n=6$; 12,8%), de 6 e 1 dia a 10 anos ($n=5$; 10,6%) e até 1 ano ($n=2$; 4,3%). Um dos sujeitos desistiu.

No subgrupo de imputáveis existem 85 (57,4%) sujeitos em cumprimento de pena de prisão de 1 até 3 anos, 36 (24,3%) desde 3 a 6 anos, 11 (7,4%) há menos de 1 ano e 10 (6,8%) de 6 a 10 anos, 5 (3,4%) há mais de 10 anos. Um dos sujeitos não se lembrava do ano em que começou a cumprir pena de prisão.

No que toca à variável “medidas de flexibilização” tivemos em conta três situações estabelecidas pela Lei 40/2010 de 3 de Setembro: a) as *licenças de saída jurisdicional* (LSJ), que “*visam a manutenção e promoção dos laços familiares e sociais e a preparação*

para a vida em liberdade” (Art.º 76.º) e não podem “ultrapassar o limite máximo de cinco ou sete dias seguidos, consoante na execução da pena decorra em regime comum ou aberto, a gozar de quatro em quatro meses” (Art.º 79 da mesma Lei); b) o regime aberto no interior (RAI), “que se caracteriza pelo desenvolvimento de actividades no perímetro do estabelecimento prisional ou imediações, com vigilância atenuada” (alínea a) do Art.º 12.º); c) o regime aberto no exterior (RAE), “que se caracteriza pelo desenvolvimento de actividades de ensino, formação profissional, trabalho ou programas em meio livre, sem vigilância directa” (alínea b) do Art.º 12.º).

O Quadro 19 mostra que 107 (54,9%) sujeitos não usufruem de qualquer medida de flexibilização, 56 (28,7%) têm de LSJ e RAI, 30 (15,4%) de LSJ e 1 (0,5%) de LSJ e RAE.

Quadro 19 – Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a variável medidas de flexibilização

Medidas de flexibilização	n	%
Não beneficia	107	54,9
LSJ	30	15,4
LSJ e RAI	56	28,7
LSJ e RAE	1	0,5
Desistiu de participar	1	0,5

De salientar que, de entre os 148 imputáveis, 89 (60%) não beneficiam de qualquer medida, e dos 46 inimputáveis 18 (39%) também não.

iii) Variáveis institucionais

Relativamente ao usufruto ou não de visitas, 152 participantes (77,9%) tinham visitas (destes, 120 são imputáveis) e 42 (21,5%) não tinham (28 são imputáveis) (cf. Quadro 20).

Quadro 20 – Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a variável usufruto ou não de visitas

Visitas	n	%
Não	42	21,4
Sim	152	77,6
Desistiu de participar	1	0,5

Quanto ao tipo de visitantes que os participantes recebem, assumem maior relevo os familiares directos (n=148; 75,9%) (cf. Quadro 21). Não é, no entanto, de menosprezar o facto de 42 (21,5%) sujeitos não usufruírem de visitas (28 imputáveis).

O Quadro 22 refere-se à periodicidade das visitas. Nele podemos ver que uma grande parte dos sujeitos tem visitas semanais (n=80; 41,0%; sendo 70 imputáveis). Uma

Quadro 21 – Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a variável tipo de visitantes

Tipo de visitantes	n	%
Familiares directos	148	75,9
Amigos	2	1,0
Visita ao cônjuge em outro estabelecimento prisional	2	1,0
Não tem visitas	42	21,5
Desistiu de participar	1	0,5

quantidade menor, embora significativa, tem visitas quinzenais ($n=31$; 15,9%; 25 são imputáveis). De referir, ainda, que 21 (10,8%) dos sujeitos têm visitas mensalmente (15 imputáveis), 12 (6,2%) esporádicas (igual quantidade entre imputáveis e inimputáveis) e 8 (4,1%) trimestrais (também igual quantidade nos dois subgrupos).

Quadro 22 – Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a variável periodicidade das visitas

Periodicidade das visitas	n	%
Não tem visitas	42	21,5
Semanal	80	41,0
Quinzenal	31	15,9
Mensal	21	10,8
Trimestral	8	4,1
Esporádica	12	6,2
Desistiu de participar	1	0,5

Quanto aos motivos apresentados pelos 45 participantes para o facto de não usufruírem de visitas, expressos no Quadro 23, temos a dizer o seguinte: a maioria refere a grande distância entre a área de residência e a instituição ($n=14$; 7,2%; simultaneamente os dois grupos), 8 (4,1%) apontam dificuldades económicas dos visitantes (6 imputáveis), 8 (4,1%) referem que não quer (2 inimputáveis), 6 (3,1%) dizem desconhecer (5 imputáveis), 5 (2,6%) mencionam problemas de saúde (3 imputáveis) e 4 (2,1%) atribuem o facto à situação de ruptura em que se encontram participantes/visitantes (3 imputáveis).

Quadro 23 – Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a variável motivo de ausência de visitas

Motivo da ausência das visitas	n	%
Desconhece	6	3,1
Problemas de saúde	5	2,6
Dificuldades económicas	8	4,1
Distância	14	7,2
Ruptura	4	2,1
Tem visitas	149	76,4
Não quer ter visitas	8	4,1
Desistiu de participar	1	0,5

Quanto à ocupação dentro do EP, 134 (68,7%) sujeitos desempenham actividade (98 são imputáveis). Os restantes 60 não realizam qualquer actividade (50 são imputáveis).

O Quadro 24 revela os principais motivos referidos pelos sujeitos para estarem a desenvolver uma actividade: a maioria refere que é para ocupar o tempo ($n=84$; 43,1%; destes, 62 são imputáveis); 23 (11,8%) precisam de dinheiro, ou porque não têm visitas ou porque a família não os visita (16 imputáveis); 11 (5,6%) por imposição, por terem aderido ao tratamento da toxicoddependência (todos imputáveis); 6 (3,1%) devido a algum técnico o ter indicado (3 imputáveis); 5 (2,6%) por considerarem que trabalhar ou estar ocupado os faz sentir/dormir melhor (3 imputáveis); 5 por julgarem que assim virão a beneficiar de medidas de flexibilização (3 imputáveis). Há ainda 17 (8,7%) que não querem trabalhar, mesmo que sejam solicitados para tal ou que possam pôr em causa a possibilidade de poderem vir a beneficiar de alguma medida de flexibilização (12 são imputáveis).

Quadro 24 – Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a variável principal motivo do trabalho/ocupação

	n	%
Não tem trabalho/ocupação	43	22,1
Usufruir de medidas de flexibilização da pena	5	2,6
Receber algum dinheiro	23	11,8
Ocupar o tempo	84	43,1
Alguém o indicou	6	3,1
Sentir-se melhor de saúde / dormir melhor	5	2,6
Tratamento à toxicoddependência	11	5,6
Não quer trabalhar	17	8,7
Desistiu de participar	1	0,5

iv) Variáveis referentes aos comportamentos de risco

O Quadro 25 refere-se aos comportamentos de risco contra si próprio ou contra os outros praticados dentro do EP, que foram alvo de inquérito e que culminaram ou não em medidas sancionatórias, mas que foram alvo de instauração de processo interno, e que decorreram ao longo do último ano antes da participação nesta investigação. A maioria dos sujeitos refere não ter incorrido na prática dos mesmos pelos seguintes motivos: *a*) receio de virem a ter problemas de saúde; *b*) receio de que lhes fossem retiradas as medidas de flexibilização de que já beneficiavam; *c*) caso não beneficiassem das mesmas, receio de não virem a usufruir ($n=150$; 76,9%; destes 114 são imputáveis). Assim, apenas 44 dos sujeitos da amostra referem ter tido comportamentos de risco. Desses, 13 (6,7%) destacam-se pela violência física (12 são imputáveis), seguidos de 7 (3,6%) por consumir, ter na sua posse e estar a traficar estupefacientes (5 inimputáveis), 5 (2,6%) pela auto-agressividade (3 imputáveis). Os restantes comportamentos tiveram baixa expressão com menções de um, dois ou três reclusos em cada um. Porém, devido à importância que atribuímos a estes,

Quadro 25 – Frequências absolutas (*n*) e relativas (%) para a variável comportamentos de risco com ou sem medidas sancionatórias

Comportamentos de risco com ou sem medidas sancionatórias	<i>n</i>	%
Nenhum	150	76,9
Violência física envolvendo companheiros e bens patrimoniais	13	6,7
Desrespeito a figuras de autoridade	3	1,5
Destruição bens patrimoniais	3	1,5
Consumo, posse ou tráfico de estupefacientes	7	3,6
Consumo de estupefacientes	1	0,5
Tentativa de suicídio	2	1,0
Auto-agressividade (bater cabeça. cortar-se...)	5	2,6
Violência física contra recluso e evasão	1	0,5
Posse de telemóvel	1	0,5
Saída do EP sem autorização	1	0,5
Roubo a companheiro	2	1,0
Incitar companheiros a pedir aos guardas para haver recreio	1	0,5
Roubo do bar e posse de haxixe	1	0,5
Fabrico de bebidas alcoólicas	1	0,5
Prática de crime durante LSJ	1	0,5
Violência física contra companheiro e automutilações	1	0,5
Desistiu de participar	1	0,5

mesmo que isolados, far-lhes-emos menção. Assim, 3 (1,5%) desrespeitaram figuras de autoridade (imputáveis), 3 destruíram bens patrimoniais (imputáveis), 2 tentaram o suicídio (1 de cada grupo), 2 roubaram os companheiros (imputáveis). Em cada um dos subgrupos ocorreu ainda a prática dos seguintes comportamentos de risco, embora de forma isolada: um inimputável por consumo de estupefacientes, e os restantes, imputáveis, por violência física contra companheiro e evasão, posse de telemóvel, saída do EP sem autorização, incitar companheiros a pedir insistentemente aos guardas prisionais para terem recreio, roubo praticado no bar de reclusos e posse de haxixe, fabrico de bebidas alcoólicas, prática de crime durante a LSJ, violência física contra companheiro e automutilações.

No Quadro 26 está espelhada a quantidade de comportamentos auto e hetero-agressivos que culminaram na procura de ajuda por parte dos sujeitos aos *Serviços Clínicos*. Entre os auto-agressivos contam-se principalmente as automutilações, ingestão de objectos (isqueiros, lâminas, esferográficas, pilhas...), bater com partes do corpo contra a parede, portas e vidros (essencialmente cabeça, mãos e pés) e tentativa de enforcamento. Entre os principais motivos que invocam para justificar esses comportamentos contam-se

Quadro 26 – Frequências absolutas (*n*) e relativas (%) para a variável comportamentos auto e hetero-agressivos que foram apenas alvo de intervenção clínica

Comportamentos auto e hetero-agressivos	Amostra total		Imputáveis		Inimputáveis	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Auto-agressivos	20	10,2	16	10,7	4	8,5
Hetero-agressivos	24	12,2	18	12,1	6	12,8

os seguintes, que funcionam ou de forma isolada ou em simultâneo: estar saturado de estar preso, baixas expectativas positivas face ao futuro, sentimento de que é rejeitado e/ou vítima de abusos físicos e psicológicos por parte de companheiros e de alguns intervenientes institucionais, nunca ter tido vivitas, não beneficiar de saídas ao exterior, ter sentimentos de culpa (nem sempre envolvendo a prática dos crimes cometidos).

Entre os comportamentos hetero-agressivos entre os quais verbalizaram as agressões e/ou ameaças físicas e verbais a companheiros e aos diferentes intervenientes institucionais (guardas, técnicos, profissionais externos e visitantes) alegadamente na sequência de falta de compreensão ou de desrespeito por parte dessas pessoas.

Quanto aos consumos de substâncias em meio livre que interferem com a saúde (cf. Quadro 27), verificamos que 64 (32,8%) dos 195 participantes elegiam o álcool cumulativamente com outras substâncias, 50 (25,6%) o haxixe, 49 (25,1%) a heroína, 43 (22,1%) cocaína, 36 (18,5%) tabaco. Uma percentagem residual consumia outras substâncias cumulativamente com as restantes ($n=3$; 1,5%). Um dos internados na CPSM que refere consumir álcool em liberdade, de um total de 19, é preventivo.

Quadro 27 – Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a variável consumos de substâncias em meio livre

Consumos de substâncias em meio livre	Amostra total		Imputáveis		Inimputáveis	
	n	%	n	%	n	%
Tabaco	36	18,5	29	19,6	7	15,2
Álcool	64	32,8	45	30,4	18	39,1
Haxixe	50	25,6	34	23,0	16	34,8
Heroína	49	25,1	45	30,4	4	8,7
Cocaína	43	22,1	39	26,4	4	8,7
Outras (cola, cogumelos, ácidos, diluente, drunfos...)	3	1,5	3	2,0	0	0,0

Quanto aos consumos durante a reclusão, verifica-se um aumento do consumo de tabaco entre os sujeitos ($n=96$; 49,2%), tendo alguns se iniciado nesta substância dentro da instituição ou já não a consumiam em meio livre e recaíram (cf. Quadro 28).

Quadro 28 – Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a variável consumos de substâncias em meio juridicamente privado de liberdade

Consumos de substâncias no EP	Amostra total		Imputáveis		Inimputáveis	
	n	%	n	%	n	%
Tabaco	96	49,2	77	52,0	19	41,3
Álcool	6	3,1	6	4,1	0	0,0
Haxixe	46	23,6	28	18,9	18	39,1
Heroína	15	7,7	11	7,4	4	8,7
Cocaína	5	2,6	3	2,0	2	4,3
Outras (cola, cogumelos, ácidos, diluente, drunfos...)	8	4,1	6	4,1	2	4,3

Na sequência dos consumos de substâncias dentro do EP, 30 (15,4%) necessitaram de cuidados de saúde (21 são imputáveis) (cf. Quadro 29).

Quadro 29 – Frequências absolutas (*n*) e relativas (%) para a variável necessidade de cuidados de saúde na sequência de consumos

Necessidade de cuidados de saúde na sequência de consumos		
	<i>n</i>	%
Não	164	84,1
Sim	30	15,4
Desistiu	1	,5

Alguns dos participantes portadores de doenças (infecto)contagiosas tiveram conhecimento das suas doenças ainda em meio livre, outros apenas souberam que as possuíam aquando da despistagem clínica feita quando ingressaram na prisão ou na clínica de psiquiatria em meio prisional. A este respeito, o Quadro 30 revela que 63 (32,3%) revelam ser portadores de hepatite C, 16 (8,2%) de HIV/SIDA, 11 (5,6%) de tuberculose, 8 (4,1%) de doenças venéreas. Verificamos ainda que 22 (11,3%) se assumiram como portadores de doenças não (infecto)contagiosas que requerem cuidados de saúde, e 6 (3,1%) possuem epilepsia.

Quadro 30 – Frequências absolutas (*n*) e relativas (%) para a variável doenças (infecto)contagiosas de que são portadores

Doenças (infecto)contagiosas	Amostra total		Imputáveis		Inimputáveis	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
HIV/SIDA	16	8,2	12	8,1	4	8,7
Tuberculose	11	5,6	9	6,1	2	4,3
Hepatite C	63	32,3	50	33,8	13	28,3
IST	8	4,1	5	3,4	3	6,5

A maioria dos sujeitos (*n*=114; 58,5%) estavam em tratamento em liberdade e 108 (55,4%) estão em tratamento no EP (cf. Quadros 31 e 32).

Quadro 31 – Frequências absolutas (*n*) e relativas (%) para a variável tratamento em meio livre

Em tratamento em meio livre	<i>n</i>	%
Não	80	41,0
Sim	114	58,5
Desistiu	1	,5

Quadro 32 – Frequências absolutas (*n*) e relativas (%) para a variável tratamento no EP

Em tratamento no EP	<i>n</i>	%
Não	86	44,1
Sim	108	55,4
Desistiu	1	,5

O Quadro 33 mostra que 142 (72,8%) sujeitos afirmam possuir familiares directos consumidores de substâncias e que 52 (26,7%) não têm familiares consumidores das mesmas.

Quadro 33 – Frequências absolutas (*n*) e relativas (%) para a variável familiares directos consumidores de substâncias

Familiares directos consumidores de substâncias	Amostra total		Imputáveis		Inimputáveis	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Não	52	26,7	46		6	
Sim	142	72,8	102		39	
Desistiu	1	0,5	0		0	

Nota: Um dos sujeitos que estava internado na clínica é preventivo e tem familiares consumidores de substâncias.

3.2.1.2. Estatísticas inferenciais

Passamos, de seguida, a proceder ao tratamento da informação com recurso às estatísticas inferenciais, isto é, “*decidir [sobre o] [...] nível de confiança a partir do qual se pode generalizar resultados obtidos à população geral*” (Pais-Ribeiro, 2007, p. 125).

Iremos começar pelas médias, isto é, pelo valor que representa o *score* típico na amostra e pelo valor que expressa a variabilidade em torno das mesmas. Partiremos também do pressuposto contrário ao levantado nas hipóteses iniciais, ou seja, de que nenhuma variável (como idade, nível de escolaridade...) irá afectar substancialmente os parâmetros da amostra (hipótese nula).

Usamos as seguintes medidas estatísticas: *a*) a *média* – permite saber a concentração dos dados na amostra e que será aqui representada pela letra *M*; *b*) o *desvio padrão* – mede a variabilidade dos valores em torno da média e que simbolizamos por *DP*; *c*) o *Teste t de Student* – teste de hipótese paramétrico para médias, que utiliza duas amostras independentes, permitindo rejeitar ou não uma hipótese nula (ou seja, quando a diferença das médias é zero, não há diferenças entre os grupos); *d*) os *graus de liberdade (GL)* relacionam-se com a quantidade de variáveis independentes que são utilizadas para o cálculo de uma estatística, traduzindo-se na perda de um grau de liberdade na estatística de *t-student*, *e*) o *Teste F* – relativo à estatística que permite inferir acerca da significância global dos modelos de regressão ANOVA (técnica estatística que visa medir a igualdade entre médias entre grupos, possibilitando testar se a variabilidade intra-grupos é maior que a existente inter-grupos); *f*) o teste de correlações *r* de Pearson – para a análise das relações entre variáveis e constructos de cada instrumento de avaliação, de forma bi-direccional para aferir das associações mútuas entre as variáveis *versus* constructos; *g*) o coeficiente α de Cronbach mede a consistência interna, baseando-se na média das intercorrelações entre todos os itens do instrumento de avaliação em causa (Pais-Ribeiro, 1999b), sendo que a

consistência interna deve exceder um α de 0,80, aceitando-se também valores na ordem dos 0,60 quando o instrumento tem poucos itens.

Para as estatísticas inferenciais o nível de confiança adoptado é o consensualmente aceite $p < 0,05$, ou seja, aquele cuja probabilidade do resultado encontrado na amostra é o representativo de toda a população. Assim, se por um lado, sempre que um teste tem um valor de 5% de significância ou menos a hipótese fica validada, por outro, quanto mais elevado se encontra o nível p , menos podemos acreditar que a relação entre as variáveis da amostra seja fiável relativamente ao da população total. Contudo, o nível p 0,05 envolve a probabilidade de erro razoável, o que quer dizer que o nível p 0,01 também é considerado como estatisticamente significativo. Resultados com o nível p 0,005 ou 0,001 são encarados como “altamente significantes”.

i) Análise dos resultados a partir da amostra total e dos subgrupos por situação jurídica

A apresentação e a análise dos resultados serão aqui realizadas tendo em conta os dados obtidos através da aplicação dos instrumentos de avaliação utilizados neste estudo e que foram atrás referidos: CAQ, SF-8, EADS, *Brief COPE* e ESSS. Como sabemos, cada um deles pode ser encarado sob um ponto de vista individual ou tendo em conta uma visão conjunta, sendo esta segunda perspectiva a que nos interessa para este trabalho. Pretendemos, desta forma, fazer uma análise dos dados gerais da amostra no sentido de procurar encontrar algumas regularidades e/ou particularidades transversais inerentes à mesma, quer no que respeita ao seu conjunto, quer relativamente aos subgrupos (imputáveis e inimputáveis).

–Comparação de resultados entre as escalas do CAQ e as principais variáveis

O Quadro 34 permite-nos comparar as médias obtidas nas escalas do CAQ em relação aos valores em decatipos fornecidos na aferição portuguesa (Rocha, 1995). Assim, tendo em consideração a situação jurídica, verificamos não existirem desvios extremos da média de decatipos (9 e 10), mas sim, desvios médios elevados de decatipos (7 e 8), isto é: *a)* no caso dos imputáveis, se arredondarmos para a unidade a escala Paranóia apresenta um valor de decatipo médio elevado ($M=7,49$), seguida das escalas Culpabilidade-Ressentimento ($M=7,43$), Depressão Suicida ($M=7,16$), Apatia-Retirada ($M=7,07$), Hipocondria ($M=7,05$), Psicastenia ($M=7,00$) e Esquizofrenia ($M=6,66$); *b)* no que respeita aos inimputáveis, também a Paranóia assume o valor médio de decatipo mais elevado

Quadro 34 – Médias (M), desvios padrão (DP), Teste-t e graus de liberdade (GL) para os decatipos das escalas do CAQ, por situação jurídica, no total da amostra

CAQ	Situação jurídica	n	M	DP	Teste-t (GL=192)
D1- Hipocondria	Imputável	148	7,05	2,276	0,286
	Inimputável	46	6,93	3,021	
D2- Depressão Suicida	Imputável	148	7,16	2,742	-0,135
	Inimputável	46	7,22	2,666	
D3- Agitação	Imputável	148	4,64	1,706	0,395
	Inimputável	46	4,76	2,024	
D4- Depressão Ansiosa	Imputável	148	5,64	2,353	1,995*
	Inimputável	46	4,85	2,375	
D5- Depressão Baixa Energia	Imputável	148	6,36	2,373	-0,589
	Inimputável	46	6,61	2,955	
D6- Culpabilidade-Ressentimento	Imputável	148	7,43	2,280	2,669**
	Inimputável	46	6,37	2,542	
D7-Apatia-Retirada	Imputável	148	7,07	2,093	-0,035
	Inimputável	46	7,09	2,374	
Pa- Paranóia	Imputável	148	7,49	2,314	0,190
	Inimputável	46	7,57	2,865	
Pp- Desvio Psicopático	Imputável	148	3,05	1,463	-1,394
	Inimputável	46	3,41	1,821	
Sc- Esquizofrenia	Imputável	148	6,66	2,631	-0,527
	Inimputável	46	6,89	2,718	
As- Psicastenia	Imputável	148	7,00	2,106	0,921
	Inimputável	46	6,65	2,618	
Ps- Desajuste Psicológico	Imputável	148	6,14	2,385	0,903
	Inimputável	46	5,76	2,846	

¹ Os valores entre 4-6 estão dentro da média, entre 3-4 e 7-8 são desvios médios e entre 1-2 e 9-10 são desvios extremos.
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

($M=7,57$), seguida da Depressão Suicida ($M=7,22$), Hipocondria ($M=6,93$), Esquizofrenia ($M=6,89$) e Psicastenia ($M=6,65$). Em ambos os subgrupos as escalas não referidas apresentam valores considerados por Rocha (1995) como estando dentro da média, excepto a Desvio Psicopático que apresenta um desvio abaixo da média ($M=3,41$).

Consideramos que os referidos dados se podem encontrar próximos da realidade, se tivermos em conta que todos os sujeitos da amostra transitaram da situação de cidadãos livres para cidadãos juridicamente privados de liberdade e que em virtude desse facto passaram a estar sujeitos a várias limitações nas diferentes áreas da sua vida.

Passaremos a uma breve análise destes dados tendo em conta o constante no Quadro 5 e o que a praxis da investigadora tem vindo a corroborar.

Assim, o facto dos imputáveis terem notas mais elevadas na Paranóia, poderá estar directamente ligado com as frequentes queixas relativas aos receios relacionados com os mais diversos motivos, envolvendo companheiros, guardas e outros profissionais, com as lamentações decorrentes da sensação de injustiça e de perseguição e com as críticas que fazem sobre a natureza humana, próprio daqueles que, segundo Rocha (1995), apresentam problemas comportamentais e esquizofrenia. No que diz respeito à Culpabilidade-

-Ressentimento (escala associada à Depressão), provavelmente estará associada à sensação de inutilidade e impotência por terem cometido algo imperdoável, o que nem sempre se traduz em sentimentos de culpa, mas que pode perturbar o sono (por pensarem no que deveriam ter feito ou no que futuramente pode vir a acontecer em virtude dos seus actos), o que para Rocha (1995) é típico dos alcoólicos, abusadores de substâncias ou pessoas com problemas condutais. No que se refere à Depressão Suicida, relaciona-se com pensamentos auto-destrutivos, ocorrendo, segundo o mesmo autor, em pessoas depressivas, esquizofrénicas, com perturbação da personalidade agressivo-passiva e anti-social. Embora para o mesmo autor as pontuações altas nesta escala não sejam preditoras de suicídio, o facto de se associarem a valores baixos na escala Agitação ou de apresentarem valores altos simultaneamente em ambas (D2 e D3) poderá ser indicador de aumento do risco de suicídio, o que não se verifica neste estudo, se tivermos em conta que os resultados do Quadro 34 que foram calculados em termos de média. No entanto, consideramos que haverá sujeitos que se enquadrarão nesta situação de risco, caso fosse possível fazer uma análise individual, mas tal, como já referimos, não cabe no âmbito deste trabalho. Relativamente à escala Apatia-Retirada, valores elevados poderão estar associados a sentimentos de que a vida é de tal modo absurda e sem sentido que não é merecedora de preocupação com a mesma, e tendência ao evitamento de contactos com os outros e ao isolamento, o que, como afirma Rocha (1995), é característico dos esquizofrénicos e, quando menos elevados, em abusadores de substâncias. No que concerne à escala Hipocondria (vinculada à Depressão como factor secundário), remete para as preocupações com as funções corporais, que, para Rocha (1995) tende a ocorrer nos depressivos. Quanto à escala Psicastenia, valores elevados são indicadores de conduta obsessiva sem grande auto-controlo, ocorrendo em neuróticos obsessivo-compulsivos ou dependentes de substâncias. No que concerne à Esquizofrenia apresentar desvio médio elevado, o facto pode relacionar-se a maiores dificuldades de expressão das ideias, apresentação de *“impulsos estranhos”*, crença de *“que os outros não o[s] compreendem e que o[s] ‘evitam por motivos que desconhece[m]’”*, às *“perdas de memória, sentimentos de irrealidade e alucinações”* (Rocha, 1995, p. 11). No entanto, como as pontuações são moderadamente elevadas nesta escala, segundo o mesmo autor, poderá ser indicador de tendência para ocorrer em neuróticos dependentes de substâncias.

Junto dos inimputáveis a escala que apresenta decatipo mais elevado é a também a Paranóia, cuja interpretação se assemelha à mencionada para os imputáveis. Segue-se, por ordem decrescente de valores, Paranóia, Depressão Suicida, Apatia-Retirada, Hipocondria,

Esquizofrenia, Psicastenia e Depressão Baixa-Energia, cujas sintomatologias e respectivas interpretações atrás referidas se aplicam aqui, excepto no que se refere à última escala que ainda não foi mencionada. Assim, na Depressão Baixa-Energia (em que a fadiga é um sintoma secundário), valores elevados são indicadores de tristeza, melancolia, mau-humor, falta de energia para começar o dia, dificuldades em dormir profundamente, frequentes sentimentos de que a vida é vazia e solitária e de que a pessoa se sente esgotada e em baixo, o que, segundo Rocha (1995) é característica dos alcoólicos, dependentes de substâncias, esquizofrénicos e depressivos.

O referido Quadro 34 permite também comparar as médias entre subgrupos por situação jurídica, através do Teste-*t* de Student. A escala Culpabilidade-Ressentimento tem um valor $t=2,669$, com 192 graus de liberdade e uma significância $p<0,01$ ($p=0,008$). Também a escala Depressão Ansiosa exhibe valores com diferenças significativas, isto é, apresenta uma estatística $t=1,995$ com 192 graus de liberdade e um valor $p=0,048$ (cf. Quadro A8-1 da Anexo 8).

Ao analisarmos a amostra quanto aos antecedentes criminais verificamos quer tendo em conta a amostra, quer os subgrupos não há valores dentro dos desvios extremos às médias de decatipos (cf. Quadro 35).

Quanto aos imputáveis sobressai a escala Paranóia. Nos primários, apresentam desvios médios superiores nas escalas Pa ($M=7,29; \cong 7$), D6 ($M=7,04; \cong 7$), D2 ($M=6,86; \cong 7$), D1 ($M=6,83; \cong 7$), D7 ($M=6,78; \cong 7$) e As ($M=6,76; \cong 7$). Nos reincidentes, e se arredondarmos os valores para a unidade, encontramos indicadores altos de desvios da média de decatipos na Pa ($M=7,89; \cong 8$), D2 ($M=7,74; \cong 8$), D7 ($M=7,61; \cong 8$), D6 ($M=7,43; \cong 7$), D1 ($M=7,38; \cong 7$), Sc ($M=7,35; \cong 7$), As ($M=7,22; \cong 7$), D5 ($M=6,69; \cong 7$) e Ps ($M=6,54; \cong 7$). Relativamente à escala Desvio Psicopático apresenta valores abaixo do desvio médio tanto nos primários, como nos reincidentes.

Nos inimputáveis primários todos os valores das escalas se encontram dentro da média, encontrando-se os desvios mais elevados relativos à média nas escalas D6 ($M=7,38$), Pa ($M=7,28$), D1 ($M=6,83$), D2 ($M=6,82$), As ($M=6,92$) e D7 ($M=6,75$). No caso dos inimputáveis reincidentes a maioria das escalas têm desvios médios elevados: Pa ($M=7,79$), D2 ($M=7,64$), D7 ($M=7,54$), D6 ($M=7,49$), D1 ($M=7,33$), Sc ($M=7,18$), As ($M=7,11$) e Ps ($M=6,54$). A escala que apresenta valores de desvio mais baixos relativamente à média é a Pp, no caso dos primários. No entanto, quanto aos reincidentes encontram-se dentro dos valores médios.

Quadro 35 – Médias (M), desvios padrão (DP), Teste-t e graus de liberdade (GL) para os decatipos das escalas do CAQ, por antecedentes criminais¹

CAQ	Situação jurídica	Antecedentes criminais	
		Primário	Reincidente
		M±DP	M±DP
D1- Hipocondria	Amostra	6,83±2,465	7,38±2,429
	Imputável	6,83±2,465	7,33±2,234
	Inimputável	6,75±2,862	7,64±3,443
D2- Depressão Suicida	Amostra	6,86±2,765	7,74±2,562
	Imputável	6,82±2,764	7,64±2,659
	Inimputável	6,97±2,803	8,27±1,954
D3- Agitação	Amostra	4,61±1,871	4,76±1,614
	Imputável	4,67±1,821	4,67±1,821
	Inimputável	4,47±2,007	5,64±1,804
D4- Depressão Ansiosa	Amostra	5,24±2,403	5,88±2,337
	Imputável	5,36±2,267	6,05±2,243
	Inimputável	4,97±2,720	4,91±1,446
D5- Depressão Baixa Energia	Amostra	6,27±2,483	6,69±2,560
	Imputável	6,18±2,259	6,61±2,525
	Inimputável	6,47±2,981	7,18±2,822
D6- Culpabilidade-Ressentimento	Amostra	7,04±2,447	7,43±2,251
	Imputável	7,38±2,294	7,49±2,278
	Inimputável	6,22±2,642	7,09±2,166
D7-Apatia-Retirada	Amostra	6,78±2,256	7,61±1,873
	Imputável	6,75±2,206	7,54±1,840
	Inimputável	6,86±2,404	8,00±2,098
Pa- Paranoia	Amostra	7,29±2,663	7,89±1,976
	Imputável	7,28±2,527	7,79±1,950
	Inimputável	7,33±3,005	8,45±2,115
Pp- Desvio Psicopático	Amostra	3,07±1,650	3,21±1,404
	Imputável	3,01±1,498	3,10±1,498
	Inimputável	3,22±1,987	3,82±1,168
Sc- Esquizofrenia	Amostra	6,36±2,755	7,35±2,333
	Imputável	6,29±2,766	7,18±2,349
	Inimputável	6,53±2,762	8,27±2,102
As- Psicastenia	Amostra	6,76±2,379	7,22±1,944
	Imputável	6,92±2,222	7,11±1,942
	Inimputável	6,36±2,717	7,82±1,940
Ps- Desajuste Psicológico	Amostra	5,80±2,627	6,54±2,233
	Imputável	5,86±2,436	6,54±2,270
	Inimputável	5,64±3,072	6,55±2,115

¹ Os valores entre 4-6 estão dentro da média, entre 3-4 e 7-8 são desvios médios e entre 1-2 e 9-10 são desvios extremos.

Aplicamos o Teste-t de Student para sabermos se os subgrupos variam quanto aos antecedentes criminais. Relativamente à amostra total observamos diferenças significativas entre primários e reincidentes nas escalas Depressão Suicida ($t=-2,189$; $p=0,030$), Apatia-Retirada ($t=-2,636$; $p=0,009$), Esquizofrenia ($t=-2,557$; $p=0,011$) e Desajuste Psicológico ($t=-2,017$; $p=0,045$) (cf. Quadro A8-2 da Anexo 8). Quando analisamos cada um dos subgrupos em separado verificamos que entre os imputáveis primários e reincidentes ocorrem diferenças significativas nas escalas Apatia-Retirada, com uma estatística $t=2,304$ associada a um $p=0,023$, e Esquizofrenia, que apresenta uma estatística $t=-2,055$ ligada a

um valor $p=0,042$ (cf. Quadro A8-3 da Anexo 8). O mesmo não acontece nos inimputáveis, em que nenhuma das escalas exibe diferenças significativas.

Procuramos saber se os resultados obtidos nas escalas do CAQ variavam mediante o tempo de cumprimento de prisão ou de medidas de segurança decorrido desde a detenção, junto da amostra, composta por 105 (53,8%) indivíduos que se encontram reclusos entre 1 a 3 anos, 49 (25,1%) de 3 a 6 anos, 15 (7,7%) de 6 a 10 anos, 13 (6,7%) menos de 1 ano e 11 (5,6%) mais de 10 anos. No caso dos imputáveis temos 85 (57,4%) presos por um período de 1 a 3 anos, 36 (24,3%) entre 3 e 6 anos, 11 (7,4%) há menos de 1 ano, 10 (6,8%) entre 6 e 10 anos, 5 (3,4%) há mais de 10 anos e 1 (0,7%) referiu não se recordar. Relativamente aos inimputáveis, 20 (42,6%) estão sujeitos a privação jurídica de liberdade até 3 anos, 13 (27,7%) entre 3 e 6 anos, 6 (12,8%) há mais de 10 anos, 5 (10,6%) de 6 a 10 anos, 2 (4,3%) há menos de 1 ano e 1 (2,1%) desistiu.

Pelo que nos é dado a conhecer no Quadro 36 relativamente às médias dos decatipos das escalas do CAQ por período de tempo de cumprimento de pena ou medida de segurança até ao término da recolha de dados, na amostra total, as notas assumem desvios médios altos de decatipos (7 e 8) em todos os períodos nas escalas D1, D2, D6, D7, Pa e Sc. Existem outras escalas que apresentam desvios altos relativamente à média de 7 valores, como: a Psicastenia em todos os períodos, excepto para o superior a 10 anos; a Depressão Baixa-Energia apresenta esse valor para o período de 6 a 10 e superior a 10 anos; e a Depressão Ansiosa e a Desajuste Psicológico no período de 6 a 10 anos.

No que se refere aos imputáveis as escalas com desvios médios altos em todos os períodos são a D1, D6, D7, Pa e As. Outras escalas apresentam igualmente desvios altos à média, mas não em todos os períodos, como a D2 e Sc (em todos os períodos, excepto no inferior a 1 ano), D5 (somente no período superior a 10 anos).

Quanto aos inimputáveis temos desvios extremos relativamente à média no período até 1 ano, nas escalas D1, D5 e Sc ($M=10$) e D2, D7 e Pa ($M=9$). Nas restantes, algumas possuem valores altos desviantes da média (7 e 8) em diferentes períodos: na D1, D5 e Pa, nos períodos 1 a 3, 6 a 10 e superior a 10 anos; na D2 e Sc, em todos, excepto no até 1 ano; na D4, no de 6 a 10 anos; na D6, em todas excepto nos períodos de 3 a 6 e superior a 10 anos; na D7, em todos os períodos, excepto no que decorre até 1 ano; na As, em todos, exclusive no superior a 10 anos; na Ps, apenas na período até 1 anos e no de 6 a 10 anos.

Mais uma vez de entre as escalas do CAQ destacamos a Pp quando a comparamos com o período de tempo de cumprimento, pois apesar de entre os imputáveis apresentar

Quadro 36 – Médias (M) e desvios padrão (DP) para os decatipos das escalas do CAQ por período de tempo de privação jurídica de liberdade desde a detenção até ao fim da recolha de dados junto da amostra¹

CAQ	Situação jurídica	Tempo decorrido desde a detenção até ao fim da recolha de dados				
		Até 1 Ano	De 1 até 3 anos	De 3 até 6 anos	De 6 até 10 anos	Mais de 10 anos
		M±DP	M±DP	M±DP	M±DP	M±DP
D1- Hipocondria	Amostra total	7,38±1,66	6,97±2,432	7,04±2,56	7,13±2,45	7,27±2,80
	Imputáveis	6,91±1,30	6,92±2,382	7,36±2,00	6,70±2,45	7,60±3,78
	Inimputáveis	10,00±0,00	7,20±2,69	6,15±3,67	8,00±2,45	7,00±2,00
D2- Depressão Suicida	Amostra total	6,54±3,36	7,25±2,71	7,37±2,39	7,07±3,06	7,09±2,84
	Imputáveis	6,09±3,45	7,13±2,78	7,67±2,04	6,70±3,47	6,80±3,70
	Inimputáveis	9,00±1,41	7,75±2,36	6,54±3,13	7,80±2,17	7,33±2,25
D3- Agitação	Amostra total	4,62±1,66	4,56±1,692	4,76±1,89	5,53±1,25	4,64±2,46
	Imputáveis	4,82±1,72	4,66±1,722	4,47±1,76	5,30±1,25	4,20±2,05
	Inimputáveis	3,50±0,71	4,15±1,53	5,54±2,07	6,00±1,22	5,00±2,90
D4- Depressão Ansiosa	Amostra total	5,46±2,76	5,44±2,40	5,45±2,20	6,53±2,47	5,09±2,47
	Imputáveis	5,45±3,01	5,58±2,38	5,83±2,14	6,20±2,66	5,00±2,91
	Inimputáveis	5,50±0,70	4,85±2,68	4,38±2,06	7,20±2,17	5,17±2,32
D5- Depressão Baixa Energia	Amostra total	6,00±2,41	6,46±2,576	6,43±2,48	6,73±2,05	6,82±2,71
	Imputáveis	5,27±1,79	6,45±2,47	6,44±2,61	6,30±2,00	7,00±3,54
	Inimputáveis	10,00±0,00	6,50±3,052	6,38±3,12	7,60±2,07	6,67±2,16
D6- Culpabilidade- Ressentimento	Amostra total	7,69±2,25	7,34±2,04	6,94±2,73	7,40±2,41	6,18±3,12
	Imputáveis	7,64±2,46	7,45±2,04	7,42±2,50	7,00±2,79	7,00±3,67
	Inimputáveis	8,00±0,00	6,90±2,00	5,62±3,01	8,20±1,30	5,50±2,74
D7- Apatia- Retirada	Amostra total	6,92±2,43	7,17±1,939	6,96±2,37	7,00±1,65	7,55±2,94
	Imputáveis	6,64±2,461	7,09±1,931	7,06±2,22	6,90±1,85	7,80±3,84
	Inimputáveis	8,50±2,12	7,50±1,99	6,69±2,84	7,20±1,30	7,33±2,34
Pa- Paranóia	Amostra total	8,00±2,77	7,48±2,317	7,41±2,508	8,00±1,927	7,73±3,228
	Imputáveis	7,82±2,96	7,29±2,246	7,75±2,247	7,90±2,025	7,40±3,65
	Inimputáveis	9,00±1,41	8,25±2,51	6,46±3,02	8,20±1,92	8,00±3,16
Pp- Desvio Psicopático	Amostra total	3,08±1,188	3,33±1,51	2,86±1,54	3,67±2,09	2,00±0,894
	Imputáveis	3,18±1,25	3,29±1,49	2,67±1,54	3,00±1,25	1,80±0,84
	Inimputáveis	2,50±0,70	3,50±1,638	3,38±1,71	5,00±2,91	2,17±0,983
Sc- Esquizofrenia	Amostra total	6,85±2,48	6,70±2,63	6,76±2,55	6,73±3,19	7,09±2,74
	Imputáveis	6,36±2,38	6,65±2,64	6,81±2,44	6,40±3,47	6,80±3,70
	Inimputáveis	9,50±0,71	6,95±2,62	6,62±2,93	7,40±2,80	7,33±1,97
As- Psicastenia	Amostra total	6,69±2,39	7,10±2,04	6,80±2,37	7,20±1,52	6,18±3,43
	Imputáveis	6,64±2,45	7,08±2,06	6,86±2,24	7,20±1,03	6,80±3,70
	Inimputáveis	7,00±4,24	7,19±1,99	6,62±2,78	7,20±2,39	5,67±3,44
Ps- Desajuste Psicológico	Amostra total	6,00±2,04	6,20±2,42	5,80±2,84	6,60±2,10	5,82±2,79
	Imputáveis	5,64±1,96	6,22±2,30	6,11±2,75	6,10±2,23	6,00±3,08
	Inimputáveis	8,00±1,41	6,10±2,94	4,92±2,98	7,60±1,52	5,67±2,80

¹ Os valores entre 4-6 estão dentro da média, entre 3-4 e 7-8 são desvios médios e entre 1-2 e 9-10 são desvios extremos.

valores desviantes da média abaixo da mesma em todos os períodos, excepto no período superior a 10 anos em que apresenta desvios extremos abaixo da média.

Aplicamos o teste One-way ANOVA para ver se havia diferenças significativas entre as escalas do CAQ e os períodos de privação jurídica de liberdade. Quanto à amostra total, os valores de significância associados à estatística *F* apresentam variabilidades internas diferentes (cf. [Quadro A8-4 do Anexo 8](#)) na escala Desvio Psicopático, em que a estatística *F* tem um valor de 2,539 com 6 graus de liberdade, associado a um nível de significância $p=0,022$. Porém, quando analisamos apenas para o caso dos imputáveis, não verificamos

variabilidade interna em qualquer das escalas. No caso dos inimputáveis verifica-se variabilidade interna na escala Culpabilidade-Ressentimento ($F=2,444$; $GL=5$; $p=0,050$) (cf. Quadro A8-5 do Anexo 8).

Passamos à comparação entre as médias de decatipos das escalas do CAQ e as medidas de flexibilização. No entanto, relembramos que do total da amostra, 107 (54,9%) dos sujeitos não têm qualquer medida de flexibilização, 56 (28,7%) têm cumulativamente de LSJ e RAI e 30 (15,4%) de LSJ. Dos restantes 2 (1,0%) sujeitos, um beneficia de LSJ e RAE e o outro desistiu de participar, os quais não serão tidos em conta nesta análise.

O Quadro 37 permite afirmar que na amostra total as médias de decatipos nas escalas do CAQ são, regra geral, mais elevadas entre os que não beneficiam de qualquer medida de flexibilização. No entanto, nenhuma delas ultrapassa os desvios médios mais elevados. Porém, as escalas D1, D2, D6, D7, Pa e As possuem desvios altos relativamente à média quer entre os que não beneficiam, quer nos que têm LSJ ou LSJ/RAI. Também ocorrem valores dentro desses parâmetros entre os que não beneficiam dessas medidas nas escalas D5 e Sc, sendo que ainda na D5 se verifica um desvio médio alto nos que possuem LSJ.

Quanto à análise dos resultados para o caso dos imputáveis, salientamos que apresentam desvios médios altos as escalas D1, D2, D6, D7, Pa e As em todas as situações (entre os que não beneficiam, os que têm LSJ e os que possuem LSJ/RAI); na D5 ocorre somente nos que possuem LSJ; e na Sc apenas entre os que não beneficiam.

Relativamente aos inimputáveis verificamos que ocorrem desvios extremos acima da média na escala Pa naqueles que não beneficiam de medidas de flexibilização, sendo que os que usufruem de LSJ ou conjuntamente de LSJ/RAI os valores situam-se dentro dos desvios médios altos. Nas escalas D2 e As os desvios altos à média verificam-se para qualquer das situações, enquanto na D1, D5, D7 e Sc ocorrem entre os que não beneficiam e nos que têm LSJ/RAI, assim como na D6 e Ps acontece apenas entre os que não beneficiam de qualquer medida de flexibilização.

O teste One-way ANOVA permite-nos afirmar que nas medidas de flexibilização, para o total da amostra, os valores de significância associados à estatística F mostram variabilidades internas diferentes nas escalas Culpabilidade-Ressentimento ($F=4,921$; $GL=4$; $p=0,001$), Apatia-Retirada ($F=2,733$; $GL=4$; $p=0,030$), Paranóia ($F=2,756$; $GL=4$; $p=0,29$), Esquizofrenia ($F=2,947$; $GL=4$; $p=0,022$) e Desajuste Psicológico ($F=2,419$; $GL=4$; $p=0,050$) (cf. Quadro A8-6 do Anexo 8). A aplicação do mesmo teste junto dos imputáveis apenas aponta para variabilidade interna diferente na escala Culpabilidade-

Quadro 37 – Médias (M) e desvios padrão (DP) para os decatipos das escalas do CAQ por medida de flexibilização¹

CAQ	Situação jurídica	Medidas de flexibilização		
		Não beneficia	LSJ	LSJ e RAI
		M±DP	M±DP	M±DP
D1- Hipocondria	Amostra	7,22±2,26	6,73±3,08	6,93±2,39
	Imputáveis	7,08±2,52	7,32±2,40	6,87±2,34
	Inimputáveis	7,94±2,21	5,73±3,93	7,06±2,56
D2- Depressão Suicida	Amostra	7,46±2,63	7,20±2,67	6,79±2,81
	Imputáveis	7,26±2,71	7,37±2,56	6,85±2,97
	Inimputáveis	8,44±2,01	6,91±2,95	6,65±2,50
D3- Agitação	Amostra	4,72±1,76	4,50±1,76	4,66±1,75
	Imputáveis	4,76±1,74	4,37±1,50	4,41±1,67
	Inimputáveis	4,50±1,92	4,73±2,19	5,24±1,85
D4- Depressão Ansiosa	Amostra	5,67±2,46	5,50±2,60	5,18±2,10
	Imputáveis	5,71±2,39	6,21±2,42	5,23±2,25
	Inimputáveis	5,50±2,87	4,27±2,53	5,06±1,75
D5- Depressão Baixa Energia	Amostra	6,61±2,52	6,60±2,94	6,13±2,15
	Imputáveis	6,51±2,47	6,89±2,49	5,82±2,01
	Inimputáveis	7,11±2,784	6,09±3,67	6,82±2,35
D6- Culpabilidade-Ressentimento	Amostra	7,53±2,18	7,27±2,65	6,70±2,29
	Imputáveis	7,66±2,08	7,95±2,30	6,79±2,41
	Inimputáveis	6,89±2,56	6,09±2,91	6,47±2,03
D7-Apatia-Retirada	Amostra	7,27±2,05	6,60±2,49	7,13±2,04
	Imputáveis	7,12±2,07	7,21±2,23	6,92±2,16
	Inimputáveis	8,00±1,85	5,55±2,66	7,59±1,70
Pa- Paranóia	Amostra	7,75±2,43	7,27±2,61	7,38±2,21
	Imputáveis	7,60±2,46	7,68±2,03	7,23±2,08
	Inimputáveis	8,50±2,23	6,55±3,39	7,71±2,52
Pp- Desvio Psicopático	Amostra	3,20±1,59	2,77±1,65	3,20±1,44
	Imputáveis	3,16±1,56	2,58±1,30	3,00±1,30
	Inimputáveis	3,39±1,79	3,09±2,17	3,65±1,69
Sc- Esquizofrenia	Amostra	7,17±2,54	6,30±2,95	6,25±2,49
	Imputáveis	7,03±2,60	6,32±2,71	6,03±2,58
	Inimputáveis	7,83±2,15	6,27±3,47	6,76±2,28
As- Psicastenia	Amostra	7,12±2,24	6,80±2,34	6,77±2,06
	Imputáveis	7,18±2,10	6,95±2,15	6,67±2,12
	Inimputáveis	6,83±2,89	6,55±2,73	7,00±1,97
Ps- Desajuste Psicológico	Amostra	6,37±2,41	5,67±2,95	5,88±2,31
	Imputáveis	6,26±2,34	6,05±2,55	6,03±2,39
	Inimputáveis	6,94±2,71	5,00±3,58	5,53±2,15

¹ Os valores entre 4-6 estão dentro da média, entre 3-4 e 7-8 são desvios médios e entre 1-2 e 9-10 são desvios extremos.

-Ressentimento ($F=4,612$; $p=0,004$), enquanto que entre os inimputáveis se verifica esse tipo de variabilidades nas escalas Hipocondria, ($F=2,972$; $p=0,044$), Depressão Suicida ($F=4,053$; $p=0,013$), Apatia-Retirada ($F=6,754$; $p=0,001$) e Paranóia ($F=3,363$; $p=0,027$) (cf. Quadros A8-7 e A8-8 do Anexo 8).

No que diz respeito ao trabalho/ocupação, observamos no Quadro 38 que existe um caso de desvio extremo à média na escala Pa no caso dos inimputáveis que não têm trabalho, o que vai ao encontro dos dados obtidos anteriormente para as medidas de flexibilização. Observamos ainda na escala Pa desvios médios altos, quer quando

Quadro 38 – Médias (M), desvios padrão (DP), Teste-t e graus de liberdade (GL) para os decatipos das escalas do CAQ por trabalho/ocupação no EP¹

CAQ	Trabalho	Amostra			Imputáveis			Inimputáveis		
		M	DP	Teste-t (GL=192)	M	DP	Teste-t (GL=146)	M	DP	Teste-t (GL=44)
D1- Hipocondria	Não	7,68	2,167	2,416*	7,66	1,986	2,349*	7,80	3,048	0,880
	Sim	6,78	2,493		6,74	2,361		6,89	2,856	
D2- Depressão Suicida	Não	7,77	2,638	1,921	7,68	2,856	1,672	8,20	2,821	1,117
	Sim	6,97	2,684		6,89	2,776		7,19	2,436	
D3- Agitação	Não	4,68	1,935	-0,012	4,68	1,845	0,193	4,70	2,452	-0,229
	Sim	4,69	1,688		4,62	1,640		4,86	1,823	
D4- Depressão Ansiosa	Não	6,12	2,373	2,449*	6,24	2,317	2,239*	5,50	2,677	0,670
	Sim	5,22	2,335		5,34	2,324		4,92	2,371	
D5- Depressão Baixa Energia	Não	6,98	2,652	1,999*	6,98	2,495	2,310*	7,00	3,496	0,298
	Sim	6,22	2,385		6,04	2,256		6,69	2,681	
D6- Culpabilidade-Ressentimento	Não	7,62	2,443	1,599	7,94	2,189	1,980*	6,00	3,091	-
	Sim	7,04	2,282		7,16	2,292		6,69	2,253	
D7-Apatia-Retirada	Não	7,27	2,170	0,651	7,28	2,071	0,853	7,20	2,741	-0,098
	Sim	7,05	2,097		6,97	2,108		7,28	2,079	
Pa- Paranóia	Não	7,97	2,463	1,636	7,84	2,368	1,331	8,60	2,951	1,146
	Sim	7,36	2,363		7,31	2,277		7,50	2,613	
Pp- Desvio Psicopático	Não	3,17	1,617	0,195	3,18	1,650	0,787	3,10	1,524	-0,610
	Sim	3,12	1,537		2,98	1,362		3,50	1,905	
Sc- Esquizofrenia	Não	7,27	2,371	1,841	7,14	2,286	1,609	7,90	2,807	1,159
	Sim	6,52	2,700		6,41	2,769		6,83	2,513	
As- Psicastenia	Não	6,92	2,346	-0,178	6,94	2,198	-0,247	6,80	3,120	-0,037
	Sim	6,98	2,140		7,03	2,068		6,83	2,348	
Ps- Desajuste Psicológico	Não	6,73	2,313	2,409*	6,74	2,266	2,208*	6,70	2,669	0,941
	Sim	5,81	2,520		5,84	2,397		5,75	2,862	

¹ Os valores entre 4-6 estão dentro da média, entre 3-4 e 7-8 são desvios médios e entre 1-2 e 9-10 são desvios extremos.
* $p < 0,05$

consideramos os imputáveis, quer a amostra. Verificamos desvios médios altos na amostra total e nos subgrupos nas seguintes situações: nas escalas D1, D2, D6, D7 e As, tanto entre os que realizam ou não uma actividade; na D5, Sc e Ps para os que não têm trabalho/ocupação. Concluimos também que nos inimputáveis que trabalham ocorre um desvio médio alto nas escalas D6 e Sc. Apuramos ainda que tendo em conta a amostra total há um desvio médio elevado entre os que trabalham na escala Sc.

O Teste-t de Student administrado à amostra total revela diferenças significativas nas escalas do CAQ relativamente aos sujeitos que têm ou não trabalho, tendo-se verificado na D4 ($t=2,449$; $p=0,015$), D1 ($t=2,416$; $p=0,017$), Ps ($t=2,409$; $p=0,017$) e D5 ($t=1,999$; $p=0,047$) (cf. Quadro A8-9 do Anexo 8). Junto dos imputáveis ocorrem diferenças significativas nas escalas Hipocondria, a qual assume uma estatística $t=2,349$ com 146 graus de liberdade, associada a uma significância de $p=0,020$, Depressão Ansiosa, com uma estatística $t=2,239$ associada a um valor $p=0,027$, Depressão Baixa-Energia, uma estatística $t=2,310$ com uma significância $p=0,022$, Culpabilidade-Ressentimento, valores de $t=1,980$ e de $p=0,050$ e Desajuste Psicológico, com uma estatística $t=2,208$ e $p=0,029$

(cf. [Quadro A8-10](#) do [Anexo 8](#)). Quanto aos imputáveis, não foram encontradas diferenças significativas, parecendo que não há variação entre ter ou não trabalho e qualquer das escalas do CAQ.

Relativamente à variável visitas e a sua relação com as escalas do CAQ observemos o [Quadro 39](#). Concluimos que salvo pontuais exceções as médias de decatipos são mais elevadas entre os que não têm visitas quando comparadas com os que têm visitas, independentemente de considerarmos o total da amostra ou os subgrupos em particular. Verificamos que em todos estes grupos ocorrem nas escalas D1, D2, D6, D7, Pa, Sc e As desvios médios elevados quer entre os que possuem ou não visitas. Nas escalas D5 e Ps temos desvios altos relativamente à média entre os (in)imputáveis e ao total da amostra.

Quadro 39 – Médias (M), desvios padrão (DP), Teste-t e graus de liberdade (GL) para os decatipos das escalas do CAQ por visitas dentro do EP, tendo em conta a situação jurídica¹

CAQ	Visitas	Amostra			Imputáveis			Inimputáveis		
		M	DP	Teste-t (GL=192)	M	DP	Teste-t (GL=146)	M	DP	Teste-t (GL=44)
D1- Hipocondria	Sim	6,88	2,495	1,983*	6,97	2,297	-0,967	6,56	3,151	2,381*
	Não	7,71	2,063		7,43	2,185		8,29	1,729	
D2- Depressão Suicida	Sim	6,98	2,751	2,536*	6,97	2,828	-2,037*	7,03	2,482	1,575
	Não	8,07	2,278		7,96	2,202		8,29	2,494	
D3- Agitação	Sim	4,68	1,784	0,020	4,69	1,724	0,733	4,66	2,026	0,892
	Não	4,69	1,703		4,43	1,643		5,21	1,762	
D4- Depressão Ansiosa	Sim	5,43	2,462	0,732	5,68	2,436	0,353	4,53	2,383	2,266*
	Não	5,74	2,049		5,50	1,991		6,21	2,155	
D5- Depressão Baixa Energia	Sim	6,26	2,472	2,116*	6,28	2,390	-0,881	6,19	2,799	2,154*
	Não	7,17	2,449		6,71	2,307		8,07	2,556	
D6- Culpabilidade-Ressentimento	Sim	7,18	2,291	0,364	7,43	2,248	-0,007	6,28	2,261	1,106
	Não	7,33	2,544		7,43	2,456		7,14	2,797	
D7-Apatia-Retirada	Sim	6,96	2,210	1,994*	6,94	2,170	-1,605	7,03	2,389	1,069
	Não	7,69	1,630		7,64	1,638		7,79	1,672	
Pa- Paranóia	Sim	7,36	2,467	2,125*	7,32	2,341	-1,864	7,50	2,929	0,908
	Não	8,24	2,046		8,21	2,079		8,29	2,054	
Pp- Desvio Psicopático	Sim	3,16	1,592	-0,517	3,07	1,477	0,332	3,53	1,951	-0,662
	Não	3,02	1,440		2,96	1,427		3,14	1,512	
Sc- Esquizofrenia	Sim	6,52	2,689	2,384*	6,51	2,682	-1413	6,56	2,758	2,466*
	Não	7,60	2,176		7,29	2,339		8,21	1,718	
As- Psicastenia	Sim	6,86	2,218	1,249	6,91	2,177	-1097	6,66	2,391	0,693
	Não	7,33	2,115		7,39	1,750		7,21	2,778	
Ps- Desajuste Psicológico	Sim	5,98	2,595	1,255	6,05	2,456	-0,970	5,72	3,092	0,862
	Não	6,52	2,027		6,54	2,045		6,50	2,066	

¹ Os valores entre 4-6 estão dentro da média, entre 3-4 e 7-8 são desvios médios e entre 1-2 e 9-10 são desvios extremos.

* $p < 0,05$

Através do Teste-t observamos que junto da amostra total, e para o caso da variável visitas, surgem diferenças significativas nas escalas D2 ($t=2,621$; $p=0,011$), Sc ($t=2,384$; $p=0,018$), Pa ($t=2,125$; $p=0,035$), D5 ($t=2,116$; $p=0,036$), D7 ($t=1,994$; $p=0,048$) e D1 ($t=1,983$; $p=0,049$) (cf. [Quadro A8-11](#) do [Anexo 8](#)). Ocorrem também nos imputáveis

diferenças significativas na escala D2 com uma estatística $t=-2,037$ associada a um valor $p=0,47$ e nos inimputáveis nas escalas D1 com $t=2,381$ e $p=0,022$, D4 com $t=2,266$ e $p=0,28$, D5 com $t=2,2,154$ e $p=0,037$ e Sc com $t=2,466$ e $p=0,018$ (cf. Quadros A8-12 e A8-13 do Anexo 8).

No que se refere ao consumo de tabaco dentro do EP, verificamos para o caso da amostra total e dos imputáveis desvios à média altos nas escalas D1 (respectivamente $M=7,15$; $M=7,11$), D2 ($M=7,40$; $M=7,38$), D6 ($M=7,36$; $M=7,58$), D7 ($M=7,39$; $M=7,25$), Pa ($M=7,49$; $M=7,42$), Sc ($M=6,89$; $M=6,76$) e As ($M=7,13$; $M=7,27$), assim como para os que não fumam na D5 ($M=6,70$; $M=6,61$) (cf. Quadros A8-14 e A8-15 do Anexo 8). Quanto aos inimputáveis observa-se uma tendência semelhante, excepto no caso da escala D6 em que se aplica apenas aos que não consomem tabaco ($M=6,78$) (cf. Quadro A8-16 do Anexo 8). Apesar disso, aplicamos o Teste- t de Student e concluímos que não se verificam diferenças significativas entre os que consomem ou não tabaco, quer na amostra total, quer entre os (in)imputáveis.

Relativamente aos consumos de estupefacientes dentro do EP, verificamos um aumento das médias dos decatipos na generalidade das escalas entre os que consomem comparando com os que não consomem. Assistimos na amostra total e nos imputáveis a desvios médios de decatipos na maioria das escalas, quer nos que consomem e nos que não consomem: D1, D2, D6, D7, Pa, Sc e As (cf. Quadros A8-17 e A8-18 do Anexo 8). Também acontecem os mesmos tipos de desvios nas escalas D5 e Ps entre os que consomem (cf. Quadros A8-17 e A8-18 do Anexo 8). Os inimputáveis também apresentam entre os que consomem ou não estupefacientes desvios médios altos nas escalas D1, D2, D7, Pa e As, bem como na D5 e Sc entre apenas os que consomem (cf. Quadro A8-19 do Anexo 8). O Teste- t revela diferenças significativas nos seguintes casos: *a*) na amostra total, nas escalas D5 ($t=2,934$; $p=0,004$), D7 ($t=2,046$; $p=0,042$), Pa ($t=2,320$; $p=0,021$) e Sc ($t=2,273$; $p=0,024$); *b*) nos imputáveis, nas escalas D5 ($t=2,482$; $p=0,014$) e Pa ($t=1,996$; $p=0,049$); *c*) nos inimputáveis, na escala Sc ($t=2,395$; $p=0,022$) (cf. Quadros A8-20 a A8-22 do Anexo 8).

No que concerne à comparação das médias entre as escalas do CAQ e os comportamentos auto ou hetero-agressivos (CAA e CHA) verificamos o que se segue: *a*) na amostra total para os CAA e os CHA, desvios médios altos nas escalas D1, D2, D5, D6, D7, Pa, Sc e As, assim como possui o mesmo tipo de desvios na escala Ps para os CHA (cf. Quadro A8-23 do Anexo 8); *b*) nos imputáveis verificamos desvios extremos entre os CHA na escala D2 e desvio médio elevado para o CAA; este último tipo de desvio

também se verifica para ambas as situações CAA e CHA nas escalas D1, D5, D6, D7, Pa, Sc e As; este tipo de desvio também ocorre na Ps para os CHA (cf. Quadro A8-24 do Anexo 8); c) nos inimputáveis os desvios altos médios ocorrem para os CAA na D1, Pa e Ps, assim como comumente CAA e CHA na D7 (cf. Quadro A8-25 do Anexo 8). Utilizado o Teste-*t* de Student, verificamos que este não revela diferenças significativas entre os que apresentam comportamentos auto ou hetero-agressivos no que se refere à amostra total e aos subgrupos.

–Comparação de resultados entre os componentes do SF-8 e as principais variáveis

Procedemos à comparação entre as dimensões do SF-8 por situação jurídica, tendo em consideração a amostra total (cf. Quadro 40). Concluimos que a escala que tem valores mais baixos entre todas as restantes é a Dor Corporal, quer nos imputáveis ($M=0,96$; $DP=1,056$), quer nos inimputáveis ($M=1,05$; $DP=1,341$). Também têm valores baixos, mas gradativamente aproximando-se de valores médios, as dimensões Funcionamento Físico, Desempenho Emocional e Funcionamento Social, independentemente da situação jurídica em que os sujeitos se encontram. Podemos aventar a possibilidade de tais resultados serem indicadores de que os sujeitos têm, de uma forma global, queixas relativas a dores intensas ou limitativas. Seguindo este raciocínio, e por observarmos valores mais altos, mas iguais,

Quadro 40 – Médias (M), desvios padrão (DP), Teste-*t* e graus de liberdade (GL) para as dimensões do SF-8 por situação jurídica, tendo em conta a amostra total

SF-8	Situação jurídica	M	DP	Teste- <i>t</i> (GL=178)
FF – Funcionamento Físico	Imputável	1,48	0,766	1,481
	Inimputável	1,27	0,895	
DF – Desempenho Físico	Imputável	3,50	1,451	0,680
	Inimputável	3,32	1,709	
DC – Dor Corporal	Imputável	0,96	1,056	-0,424
	Inimputável	1,05	1,341	
SG – Saúde Geral	Imputável	3,50	1,451	0,680
	Inimputável	3,32	1,709	
V – Vitalidade	Imputável	3,50	1,451	0,680
	Inimputável	3,32	1,709	
FS- Funcionamento Social	Imputável	2,74	1,246	-0,495
	Inimputável	2,85	1,476	
DE – Desempenho Emocional	Imputável	1,92	1,296	-1,303
	Inimputável	2,22	1,275	
SM – Saúde Mental	Imputável	3,06	1,513	-0,839
	Inimputável	3,29	1,764	
CF – COMPONENTE FÍSICO	Imputável	45,35	24,144	0,925
	Inimputável	41,26	27,192	
CM – COMPONENTE MENTAL	Imputável	48,12	22,808	-0,743
	Inimputável	51,22	25,709	

nas escalas DF, SG e V para os imputáveis ($M=3,50$; $DP=1,451$) e inimputáveis ($M=3,32$; $DP=1,709$), podemos aventar que, apesar disso, a realização de tarefas decorre sem grandes problemas devidos à saúde física e geral. Quanto aos resultados relativos aos Componentes Físico e Mental verificamos que a percepção do estado de saúde nos (in)imputáveis apresenta valores dentro da média, parecendo que essa percepção por parte dos sujeitos é boa. Contudo, o Teste-*t* de Student revela que não existem diferenças significativas entre a situação jurídica em nenhuma das dimensões e componentes.

Passamos à comparação das médias entre os antecedentes criminais e as dimensões do SF-8. Tendo em conta os dados do Quadro 41, concluímos que na dimensão DC todos os primários da amostra ($M=0,87$; $DP=1,110$) e reincidentes ($M=1,16$; $DP=1,125$) têm os valores mais baixos, assim como os imputáveis primários ($M=0,80$; $DP=1,042$) e reincidentes ($M=1,19$; $DP=1,042$) e, ainda, os inimputáveis primários a $M=1,06$ ($DP=1,263$) e reincidentes $M=1,00$ ($DP=1,549$). Segue-se, numa sequência progressiva decrescente de valores um pouco mais acentuados e próximos da média, as escalas FF e DE, também com ligeiras variações na amostra e nos (in)imputáveis. Estes dados parecem igualmente sugerir que se encontra em maior destaque a dor embora parecendo não ser limitativa. Relativamente aos valores mais altos das médias observa-se que ocorrem nas

Quadro 41 – Médias (M), desvios padrão (DP), Teste-*t* e graus de liberdade (GL) para as dimensões do SF-8 por antecedentes criminais (AC), tendo em conta a amostra total

SF-8	AC	Amostra		Teste- <i>t</i> (GL=178)	Imputáveis		Teste- <i>t</i> (GL=146)	Inimputáveis		Teste- <i>t</i> (GL=44)
		M	DP		M	DP		M	DP	
FF	Primário	1,46	0,786	-0,637	1,49	0,766	0,272	1,39	0,844	1,246
	Reincidente	1,38	0,822		1,46	0,773		1,00	1,000	
DF	Primário	3,53	1,500	-0,737	3,63	1,416	1,248	3,26	1,699	-0,479
	Reincidente	3,36	1,523		3,32	1,491		3,54	1,753	
DC	Primário	0,87	1,110	1,668	0,80	1,042	-2,169*	1,06	1,263	0,137
	Reincidente	1,16	1,125		1,19	1,041		1,00	1,549	
SG	Primário	3,53	1,500	-0,737	3,63	1,416	1,248	3,26	1,692	-0,479
	Reincidente	3,36	1,523		3,32	1,491		3,54	1,753	
V	Primário	3,52	1,500	-0,737	3,63	1,416	1,248	3,26	1,692	-0,479
	Reincidente	3,36	1,523		3,32	1,491		3,54	1,753	
FS	Primário	2,93	1,269	-2,301*	2,94	1,202	2,185*	2,90	1,446	0,836
	Reincidente	2,47	1,337		2,47	1,264		2,45	1,753	
DE	Primário	1,87	1,264	0,1444	1,72	1,260	2,111*	2,26	1,210	0,573
	Reincidente	2,16	1,326		2,19	1,306		2,00	1,483	
SM	Primário	3,04	1,628	-0,581	3,02	1,560	-0,292	3,10	1,814	-0,862
	Reincidente	3,18	1,497		3,10	1,458		3,64	1,689	
CF	Primário	44,92	25,817	-0,293	46,31	25,026	0,538	41,40	27,846	-0,107
	Reincidente	43,81	23,299		44,07	23,059		42,42	25,672	
CM	Primário	49,15	25,007	-0,372	48,78	24,262	0,392	50,11	27,209	-0,087
	Reincidente	47,81	21,203		47,23	20,873		50,91	23,715	

* $p < 0,05$

escalas DF, SG e V também, na amostra e nos (in)imputáveis, aparentando o que atrás referimos para estas dimensões quando tivemos em conta a situação jurídica. Tivemos, ainda, em consideração o total da amostra e verificamos esta mesma tendência, envolvendo as mesmas escalas e subgrupos por antecedentes criminais. Quando analisamos os Componentes Mental e Físico, observamos que os valores se encontram dentro da média.

Usamos o Teste-*t* entre primários e reincidentes e concluímos o seguinte: *a*) na amostra a escala FS apresenta diferenças significativas entre primários e reincidentes, com uma estatística $t=-2,301$ associada a um valor $p=0,023$ (cf. Quadro A8-26 do Anexo 8); *b*) os imputáveis revelam diferenças significativas na escala DC com uma estatística $t=2,169$ associada a um valor $p=0,032$, FS, $t=-2,185$ e $p=0,031$ e na DE, $t=2,111$ e $p=0,37$ (cf. Quadro A8-27 do Anexo 8); *b*) os inimputáveis não exibem diferenças significativas em qualquer das escalas. Igualmente, os Componentes Físico e Mental não apresentam diferenças significativas.

Passamos à comparação das médias entre as dimensões do SF-8 e os períodos de tempo decorrido desde que os sujeitos estão reclusos até ao término da recolha de dados para a consecução deste trabalho. Através do Quadro 42 apuramos, mais uma vez, que na amostra e entre os imputáveis e inimputáveis é a dimensão DC que de forma geral assume médias mais baixas, seguida da FF e DE. As médias mais elevadas verificam-se nas DF, SG e V. Assim, também neste caso parece aplicar-se a mesma leitura feita anteriormente.

A análise por Componentes Físico e Mental, tendo em conta os períodos de cumprimento das penas de prisão ou medida de segurança, mostra-nos que os valores apresentados na amostra e nos imputáveis encontram-se dentro de níveis médios para todos os períodos, o mesmo não ocorrendo com os inimputáveis. Assim, perante o total da amostra verificamos o seguinte: *a*) os valores mais elevados no CF ocorrem no período de privação jurídica de liberdade inferior a 1 ano ($M=50,76$) e de 6 até 10 anos ($M=49,40$) e no CF no de 6 a 10 anos ($M=50,00$) e de 3 a 6 ($M=49,54$); *b*) os valores mais baixos, que também se encontram dentro da média, assumem médias de 42,33 no período de 1 a 3 anos para o CF e de 45,45 no período inferior a 1 ano no CM.

Quando estamos perante os imputáveis verificamos valores mais elevados no CF nos períodos inferior a 1 ano ($M=54,63$) e de 3 a 6 anos ($M=46,72$), bem como valores mais baixos no período superior a 10 anos ($M=31,25$) e de 6 a 10 ($M=41,67$); enquanto que no CM os mais elevados situam-se nos períodos até 1 ano ($M=49,63$) e de 1 a 3 anos ($M=49,35$) e os mais baixos no superior a 10 anos ($M=31,67$) e de 6 a 10 anos ($M=42,96$).

Quadro 42 – Médias (M) e desvios padrão (DP) para as dimensões do SF-8 por períodos de tempo em que os (in)imputáveis se encontram juridicamente privados de liberdade

SF-8	Períodos de cumprimento	Amostra		Imputáveis		Inimputáveis	
		M	DP	M	DP	M	DP
FF – Funcionamento Físico	Até 1 Ano	1,45	0,820	1,67	0,707	0,50	0,707
	De 1 até 3 anos	1,37	0,833	1,43	0,786	1,10	0,994
	De 3 até 6 anos	1,61	0,689	1,61	0,704	1,64	0,674
	De 6 até 10 anos	1,43	0,852	1,44	0,882	1,40	0,894
	Mais de 10 anos	1,44	0,726	1,50	0,577	1,40	0,894
DF – Desempenho Físico	Até 1 Ano	3,73	0,904	4,00	0,707	2,50	0,707
	De 1 até 3 anos	3,43	1,565	3,55	1,467	2,95	1,899
	De 3 até 6 anos	3,36	1,526	3,39	1,435	3,27	1,849
	De 6 até 10 anos	3,50	1,557	3,11	1,764	4,20	0,837
	Mais de 10 anos	3,67	1,500	2,75	1,893	4,40	0,548
DC – Dor Corporal	Até 1 Ano	1,18	1,079	0,89	0,928	2,50	0,707
	De 1 até 3 anos	0,84	1,093	0,82	1,055	0,95	1,268
	De 3 até 6 anos	1,11	1,166	1,21	1,083	0,82	1,401
	De 6 até 10 anos	1,50	1,225	1,33	1,000	1,80	1,643
	Mais de 10 anos	0,67	0,707	0,75	0,500	0,60	0,894
SG – Saúde Geral	Até 1 Ano	3,73	0,904	4,00	0,707	2,50	0,707
	De 1 até 3 anos	3,43	1,565	3,55	1,467	2,95	1,899
	De 3 até 6 anos	3,36	1,526	3,39	1,435	3,27	1,849
	De 6 até 10 anos	3,50	1,557	3,11	1,764	4,20	0,837
	Mais de 10 anos	3,67	1,500	2,75	1,893	4,40	0,548
V – Vitalidade	Até 1 Ano	3,73	0,904	4,00	0,707	2,50	0,707
	De 1 até 3 anos	3,43	1,565	3,55	1,467	2,95	1,899
	De 3 até 6 anos	3,36	1,526	3,39	1,435	3,27	1,849
	De 6 até 10 anos	3,50	1,557	3,11	1,764	4,20	0,837
	Mais de 10 anos	3,67	1,500	2,75	1,893	4,40	0,548
FS – Funcionamento Social	Até 1 Ano	2,82	1,328	3,00	1,000	2,00	2,828
	De 1 até 3 anos	2,81	1,270	2,85	1,208	2,63	1,535
	De 3 até 6 anos	2,70	1,357	2,61	1,273	3,00	1,612
	De 6 até 10 anos	2,28	1,637	2,11	1,691	2,60	1,673
	Mais de 10 anos	3,00	1,118	2,50	1,291	3,40	0,894
V – Desempenho Emocional	Até 1 Ano	1,91	1,446	1,55	1,333	3,50	0,707
	De 1 até 3 anos	1,91	1,289	1,91	1,249	1,89	1,487
	De 3 até 6 anos	2,27	1,169	2,21	1,244	2,45	0,934
	De 6 até 10 anos	1,86	1,562	1,78	1,787	2,00	1,225
	Mais de 10 anos	1,78	1,394	1,00	1,414	2,40	1,140
SM – Saúde Mental	Até 1 Ano	2,36	1,748	2,89	1,453	0,00	0,000
	De 1 até 3 anos	3,08	1,585	3,08	1,541	3,05	1,810
	De 3 até 6 anos	3,09	1,507	2,94	1,499	3,54	1,507
	De 6 até 10 anos	3,86	1,512	3,44	1,740	4,60	0,548
	Mais de 10 anos	2,89	1,453	2,50	0,577	3,20	1,923
CF – COMPONENTE FÍSICO	Até 1 Ano	50,76	16,855	54,63	15,652	33,33	11,785
	De 1 até 3 anos	42,33	24,712	44,51	23,469	32,89	28,256
	De 3 até 6 anos	45,45	25,635	46,72	23,930	41,67	31,180
	De 6 até 10 anos	49,40	28,582	41,67	33,333	63,33	7,453
	Mais de 10 anos	45,37	25,383	31,25	33,593	56,67	9,129
CM – COMPONENTE MENTAL	Até 1 Ano	45,45	18,813	49,63	17,033	26,67	18,856
	De 1 até 3 anos	48,25	23,441	49,35	22,731	43,51	26,422
	De 3 até 6 anos	49,54	24,204	47,68	22,554	55,15	29,073
	De 6 até 10 anos	50,00	28,011	42,96	29,648	62,67	21,909
	Mais de 10 anos	48,89	25,166	31,67	26,874	62,67	13,824

A tendência de valores mais acentuados nos primeiros períodos parece ir-se esbatendo, de uma forma geral, há medida que o tempo passa.

Inversamente os inimputáveis tendem a apresentar médias mais baixas nos primeiros períodos e a aumentarem os valores com o decorrer do tempo de cumprimento da medida de segurança, em ambos os componentes. Deste modo, no CF observam-se níveis baixos nos períodos inferior a 1 ano ($M=33,33$) e de 1 a 3 anos ($M=32,89$), e atinge um pico no período entre 6 e 10 anos ($M=63,33$), seguido do superior a 10 anos ($M=56,67$). O CM segue a mesma tendência, embora no período inferior a 1 ano a média seja mais baixa do que a anterior ($M=26,67$). Neste componente os valores mais elevados situam-se nos períodos de 6 a 10 e de 10 anos (ambos com $M=62,67$).

Utilizamos o teste One-way ANOVA para procurar saber se havia valores de significância associados à estatística F . Não se verificaram variabilidades internas entre os períodos decorridos desde que se encontram privados de liberdade até à conclusão da recolha de dados quando analisamos os imputáveis, assim como o total da amostra. Porém, o mesmo não ocorreu com os inimputáveis, pois na escala DE apresenta uma estatística $F=3,025$ com 4 graus de liberdade associada a um valor $p=0,030$ (cf. Quadro A8-28 do Anexo 8). Quando aplicamos o mesmo teste aos Componentes Físico e Mental também não se verificaram variabilidades internas.

Compararmos as médias entre as dimensões do SF-8 tendo em consideração as medidas de flexibilização e concluímos que se mantém a tendência verificada atrás na amostra total e nos (in)imputáveis, isto é, em que a dimensão Dor Corporal é a que apresenta os valores mais baixos e que as restantes escalas também possuem médias mais próximas de níveis medianos (cf. Quadro 43). Quanto aos componentes, observamos médias mais elevadas em ambos nos sujeitos que possuem cumulativamente LSJ e RAI, sendo essa propensão se verifica tanto na amostra total, como nos (in)imputáveis. Porém, as médias são ligeiramente mais acentuadas no Componente Mental.

Os resultados apresentados no Teste One-Way ANOVA verificamos que estamos perante a inexistência de valores de significância associados à estatística F , pelo que não se observam variabilidades internas entre as medidas de flexibilização quer entre os imputáveis/inimputáveis, quer na amostra total. Também não se verificam variabilidades internas quando estão em jogo os Componentes Físico e Mental.

O representado no Quadro 44 permite-nos afirmar que no que respeita a ter ou não trabalho/ocupação verifica-se a mesma tendência anteriormente mencionada quanto às variáveis analisadas, isto é, a dimensão Dor Corporal assume valores mais baixos, seguida das FF, DE e FS, e as dimensões DF, SG e V os valores mais elevados, tendo em conta, de

Quadro 43 – Médias (M) e desvios padrão (DP) para as dimensões do SF-8 por medidas de flexibilização

SF-8	Medidas de flexibilização	Amostra		Imputáveis		Inimputáveis	
		M	DP	M	DP	M	DP
FF – Funcionamento Físico	Não beneficia	1,39	0,812	1,46	0,752	1,00	1,000
	LSJ	1,37	0,838	1,33	0,907	1,44	0,726
	LSJ e RAI	1,59	0,726	1,63	0,690	1,50	0,816
DF – Desempenho Físico	Não beneficia	3,40	1,524	3,37	1,479	3,52	1,772
	LSJ	3,22	1,649	3,39	1,577	2,89	1,833
	LSJ e RAI	3,69	1,393	3,83	1,294	3,37	1,586
DC – Dor Corporal	Não beneficia	0,97	1,118	0,96	1,080	1,00	1,323
	LSJ	1,18	1,302	1,11	1,132	1,33	1,658
	LSJ e RAI	0,86	1,000	0,83	0,923	0,94	1,181
SG – Saúde Geral	Não beneficia	3,40	1,524	3,37	1,479	3,53	1,772
	LSJ	3,22	1,649	3,39	1,577	2,89	1,833
	LSJ e RAI	3,69	1,393	3,83	1,294	3,37	1,586
V – Vitalidade	Não beneficia	3,40	1,524	3,37	1,479	3,53	1,772
	LSJ	3,22	1,649	3,39	1,577	2,89	1,833
	LSJ e RAI	3,69	1,393	3,83	1,294	3,37	1,586
FS – Funcionamento Social	Não beneficia	2,63	1,324	2,73	1,226	2,18	1,704
	LSJ	2,52	1,477	2,33	1,328	2,89	1,764
	LSJ e RAI	3,08	1,146	2,94	1,235	3,37	0,885
V – Desempenho Emocional	Não beneficia	1,94	1,302	1,90	1,286	2,12	1,409
	LSJ	2,18	1,178	2,17	1,200	2,22	1,202
	LSJ e RAI	1,94	1,348	1,80	1,389	2,25	1,238
SM – Saúde Mental	Não beneficia	3,01	1,565	2,90	1,494	3,53	1,841
	LSJ	2,78	1,826	2,78	1,629	2,78	2,279
	LSJ e RAI	3,41	1,417	3,51	1,422	3,19	1,424
CF – COMPONENTE FÍSICO	Não beneficia	42,90	24,843	43,05	24,436	42,16	27,555
	LSJ	41,67	30,575	43,52	28,376	37,96	36,111
	LSJ e RAI	48,53	20,930	50,95	20,389	43,23	21,777
CM – COMPONENTE MENTAL	Não beneficia	46,53	22,978	46,03	21,698	49,02	29,149
	LSJ	44,69	28,989	44,44	28,192	45,18	32,280
	LSJ e RAI	54,12	20,381	53,90	21,290	54,58	18,890

Quadro 44 – Médias (M), desvios padrão (DP), Teste-t e graus de liberdade (GL) para as dimensões do SF-8 por ter ou não trabalho/ocupação (TO) no EP

SF-8	TO	Amostra		Teste-t (GL=178)	Imputáveis		Teste-t (GL=136)	Inimputáveis		Teste-t (GL=40)
		M	DP		M	DP		M	DP	
FF	Sim	1,45	0,741	0,236	1,50	0,777	0,470	1,21	0,927	-1,025
	Não	1,42	0,826		1,43	0,750		1,55	0,726	
DF	Sim	2,94	1,758	-2,801**	3,80	1,233	3,289**	3,36	1,537	0,220
	Não	3,69	1,328		2,89	1,663		3,22	2,279	
DC	Sim	1,16	1,302	1,436	0,85	0,948	-1840	1,06	1,223	0,120
	Não	0,90	1,027		1,19	1,222		1,00	1,732	
SG	Sim	2,94	1,757	-2,801**	3,80	1,233	3,289**	3,36	1,537	0,220
	Não	3,69	1,328		2,89	1,663		3,22	2,279	
V	Sim	2,94	1,758	-2,801**	3,80	1,233	3,289**	3,36	1,537	0,220
	Não	3,69	1,328		2,89	1,663		3,22	2,279	
FS	Sim	2,54	1,438	-1392	2,86	1,154	1,604	2,79	1,495	0,017
	Não	2,84	1,247		2,50	1,394		2,78	1,716	
DE	Sim	2,27	1,224	2,010*	1,79	1,305	-1,635	2,03	1,311	-1,590
	Não	1,86	1,306		2,17	1,253		2,78	0,971	
SM	Sim	2,76	1,575	-1,914	3,23	1,491	1,887	3,30	1,759	0,449
	Não	3,25	1,559		2,72	1,515		3,00	1,936	
CF	Sim	47,53	21,767	2,236*	49,64	20,297	2,712**	41,67	24,826	0,000
	Não	37,58	29,696		36,77	28,791		41,67	35,600	
CM	Sim	50,88	23,040	0,497	51,23	22,296	2,305*	49,90	25,338	-0,197
	Não	43,51	24,100		41,88	22,778		51,85	30,144	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

um modo geral, os subgrupos. Na amostra também ocorrem médias mais baixas na DC. Quanto aos Componentes Físico e Mental, verificamos um aumento nas médias nos sujeitos que têm trabalho/ocupação.

Relativamente à aplicação do Teste-*t* de Student, observamos que algumas dimensões apresentam estatísticas significativamente diferentes, ou seja, quanto às DF, SG e V, as estatísticas em todas elas assumem valor $t=3,289$ associado a um $p=0,002$, para o caso dos imputáveis (cf. Quadro A8-29 do Anexo 8), sugerindo que neste subgrupo o desempenho no trabalho/atividade decorre sem grandes problemas decorrentes da saúde física/geral e com vigor. Quanto aos inimputáveis não se verificam diferenças significativas. No entanto, se tivermos em conta o total da amostra, encontramos diferenças significativas nas dimensões DF, SG e V, que apresentam comumente uma estatística $t=-2,801$ associada a um valor $p=0,006$, bem como na dimensão DE com uma estatística $t=2,010$ ligada a um valor $p=0,046$ (cf. Quadro A8-30 do Anexo 8). Aparentemente estes dados revelam que, na globalidade, a amostra também desempenha as tarefas sem grandes problemas de saúde física/geral e com energia e sem grandes dificuldades emocionais. O Teste-*t* aplicado aos componentes do SF-8, tendo em conta o trabalho/ocupação, revela o seguinte: *a*) na amostra total temos no Componente Físico uma estatística $t=2,236$ associada a um valor $p=0,028$; *b*) nos imputáveis observamos no Componente Físico uma estatística $t=2,712$ associada a um valor $p=0,008$ e no Componente Mental uma estatística $t=2,305$ ligada a um valor $p=0,023$ (cf. Quadros A8-29 e A-30 do Anexo8).

Quanto ao Quadro 45, concluímos que o mesmo padrão volta a se repetir para o caso da variável visitas, ou seja, a dimensão DC tem o valor mais baixo, seguida das dimensões FF, DE e FS que acompanham a mesma tendência de valores mais baixos, mas que gradativamente se aproximam dos próximos à média, enquanto as DF, SG e V assumem, também em simultâneo, valores mais elevados em ambos os grupos, para os que têm visitas. As médias dos Componentes Físico e Mental do SF-8 na amostra e nos imputáveis são ligeiramente mais altas nos que têm visitas. Nos inimputáveis observamos o contrário.

Quanto ao Teste-*t* de Student os resultados apontam para a existência de diferenças significativas, apenas quando aplicado à amostra total, na escala DC, que apresenta uma estatística $t=2,044$ associada a um valor $p=0,042$, parecendo que neste caso a Dor Corporal varia em função de ter ou não visita (cf. Quadro A8-31 do Anexo 8). Quanto aos Componentes Físico e Mental também não se encontram diferenças significativas para o

Quadro 45 – Médias (M), desvios padrão (DP), Teste-t e GL para as dimensões do SF-8 por ter ou não visitas

SF-8	Visita	Amostra			Imputáveis			Inimputáveis		
		M	DP	Teste-t (GL=178)	M	DP	Teste-t (GL=136)	M	DP	Teste-t (GL=40)
FF – Funcionamento Físico	Sim	1,47	0,781	1,199	1,50	0,761	0,815	1,34	0,857	0,637
	Não	1,30	0,853		1,37	0,792		1,15	0,987	
DF – Desempenho Físico	Sim	3,50	1,432	0,646	3,57	1,366	1,110	3,24	1,662	-0,521
	Não	3,32	1,760		3,22	1,761		3,54	1,808	
DC – Dor Corporal	Sim	0,90	1,097	2,044*	0,89	1,065	1,631	0,90	1,235	1,107
	Não	1,30	1,159		1,25	0,984		1,38	1,502	
SG – Saúde Geral	Sim	3,50	1,432	0,646	3,57	1,366	1,110	3,24	1,662	-0,521
	Não	3,32	1,760		3,22	1,761		3,53	1,808	
V – Vitalidade	Sim	3,50	1,432	0,646	3,57	1,366	1,110	3,24	1,662	-0,521
	Não	3,32	1,760		3,22	1,761		3,54	1,808	
FS – Funcionamento Social	Sim	2,81	1,302	1,094	2,81	1,232	1,375	2,79	1,567	0,046
	Não	2,55	1,339		2,44	1,281		2,77	1,481	
DE – Desempenho Emocional	Sim	2,01	1,289	0,461	1,98	1,293	1,135	2,10	1,291	-0,657
	Não	1,90	1,316		1,67	1,301		2,38	1,261	
SM – Saúde Mental	Sim	3,01	1,589	-1,484	2,98	1,537	-1,198	3,10	1,800	-0,729
	Não	3,42	1,500		3,37	1,391		3,54	1,761	
CF- COMPONENTE FÍSICO	Sim	44,70	23,490	0,214	46,10	22,214	0,735	39,37	27,629	-0,821
	Não	43,75	29,281		42,28	31,174		46,79	25,806	
CM-COMPONENTE MENTAL	Sim	48,81	23,345	0,191	48,95	22,625	0,869	48,27	26,347	-0,754
	Não	48,00	24,539		44,69	23,665		54,87	25,842	

* $p < 0,05$

facto de terem ou não visitas. O Teste-t também não apresenta diferenças significativas nos Componentes Físico e Mental, tanto quando consideramos a amostra como os subgrupos.

Quanto ao consumo de tabaco (cf. Quadro 46), concluímos que se mantêm as

Quadro 46 – Médias (M), desvios padrão (DP), Teste-t e graus de liberdade (GL) para as dimensões do SF-8 por consumo de tabaco (CT)

SF-8	CT	Amostra			Imputáveis			Inimputáveis		
		M	DP	Teste-t (GL=178)	M	DP	Teste-t (GL=136)	M	DP	Teste-t (GL=40)
FF	Sim	1,41	0,823	-0,292	1,49	0,772	0,231	1,11	0,963	-1,102
	Não	1,45	0,778		1,46	0,765		1,42	0,830	
DF	Sim	3,32	1,579	-1,192	3,45	1,471	-0,410	2,83	1,917	-1,696
	Não	3,59	1,430		3,55	1,438		3,71	1,429	
DC	Sim	0,92	1,110	-0,733	0,91	1,052	-0,551	0,94	1,349	-0,433
	Não	1,04	1,134		1,01	1,066		1,12	1,329	
SG	Sim	3,32	1,579	-1,192	3,45	1,471	-0,410	2,83	1,917	-0,1696
	Não	3,59	1,430		3,55	1,438		3,71	1,429	
V	Sim	3,32	1,579	-1,192	3,45	1,471	-0,410	2,83	1,917	-0,1696
	Não	3,59	1,430		3,55	1,438		3,71	1,429	
FS	Sim	2,77	1,303	0,255	2,77	1,278	0,344	2,78	1,437	-0,029
	Não	2,72	1,325		2,70	1,219		2,79	1,614	
DE	Sim	1,91	1,370	-0,751	1,82	1,355	-0,964	2,28	1,406	0,381
	Não	2,05	1,214		2,03	1,230		2,12	1,191	
SM	Sim	3,10	1,552	0,009	3,15	1,489	0,774	2,89	1,811	-1,105
	Não	3,10	1,606		2,95	1,542		3,50	1,744	
CF	Sim	41,57	25,853	-1,567	44,25	23,721	-0,550	31,02	31,546	-2,192*
	Não	47,34	23,533		46,52	24,710		49,65	20,186	
CM	Sim	47,41	24,545	-0,683	47,98	23,166	-0,071	45,18	30,037	-1,108
	Não	49,82	22,604		48,26	22,595		54,17	22,527	

* $p < 0,05$

tendências anteriormente verificadas quanto à distribuição das mesmas. Observamos ainda que as médias nos Componentes Físico e Mental são ligeiramente mais elevadas entre os que consomem tabaco, em qualquer dos subgrupos e da amostra. Quanto ao Teste-*t* não se registam diferenças significativas entre qualquer dessas dimensões e o consumo de tabaco nos imputáveis, inimputáveis e amostra total. Quanto aos componentes, há registo de diferenças significativas apenas no CF entre os inimputáveis: $t=-2,192$; $p=0,037$ (cf. Quadro A8-32 do Anexo 8).

O Quadro 47 é revelador de que se mantém a mesma propensão na distribuição das médias das dimensões face ao consumo de estupefacientes, mantendo-se a mais baixa na Dor Corporal. Também que na amostra e nos imputáveis as médias são ligeiramente mais altas nos que consomem relativamente aos que não consomem, enquanto nos inimputáveis a tendência é inversa. No que respeita ao Teste-*t* não temos diferenças significativas entre as dimensões e o consumo de estupefacientes nos imputáveis, inimputáveis e amostra total. O mesmo se verifica para os Componentes Físico e Mental nos diferentes agrupamentos.

Quadro 47 – Médias (M), desvios padrão (DP), Teste-*t* e graus de liberdade (GL) para as dimensões do SF-8 por consumo de estupefacientes (CE)

SF-8	CE	Amostra			Imputáveis			Inimputáveis		
		M	DP	Teste- <i>t</i> (GL=178)	M	DP	Teste- <i>t</i> (GL=136)	M	DP	Teste- <i>t</i> (GL=40)
FF	Sim	1,51	0,755	0,972	1,60	0,718	1,202	1,35	0,813	0,441
	Não	1,39	0,819		1,43	0,782		1,23	0,972	
DF	Sim	3,50	1,314	0,238	3,37	1,282	-0,655	3,75	1,372	1,548
	Não	3,44	1,596		3,55	1,513		2,95	1,889	
DC	Sim	0,96	1,139	-0,147	0,97	1,026	0,068	0,95	1,356	-0,451
	Não	0,99	1,117		0,96	1,072		1,14	1,320	
SG	Sim	3,50	1,314	0,238	3,37	1,282	-0,655	3,75	1,372	1,548
	Não	3,44	1,596		3,55	1,513		2,95	1,889	
V	Sim	3,50	1,314	0,238	3,37	1,282	-0,655	3,75	1,372	1,548
	Não	3,44	1,596		3,55	1,513		2,95	1,889	
FS	Sim	2,60	1,350	-1,034	2,50	1,268	-1,395	2,80	1,508	0,057
	Não	2,82	1,292		2,83	1,231		2,77	1,571	
DE	Sim	2,05	1,262	0,489	1,84	1,263	-0,436	2,45	1,191	1,269
	Não	1,95	1,310		1,95	1,313		1,95	1,326	
SM	Sim	3,05	1,538	-0,283	2,87	1,455	-0,907	3,40	1,667	0,558
	Não	3,12	1,598		3,13	1,535		3,09	1,900	
CF	Sim	45,69	21,811	0,446	44,30	22,099	-0,314	48,33	21,562	1,552
	Não	43,92	26,178		45,75	24,972		35,61	30,340	
CM	Sim	48,05	21,836	-0,229	43,86	22,548	-1,356	56,00	18,404	1,361
	Não	48,91	24,403		49,73	22,809		45,15	30,993	

No que concerne aos comportamentos auto e hetero-agressivos, de acordo com o Quadro 48 podemos afirmar, *grosso modo*, que as dimensões do SF-8 apresentam a mesma

Quadro 48 – Médias (M), desvios padrão (DP), Teste-t e graus de liberdade (GL) para as dimensões do SF-8 por comportamentos auto e hetero-agressivos (CAA e CHA)

SF-8	CAA e CHA	M	DP	Teste-t (GL=136)	Imputáveis		Inimputáveis		Teste-t (GL=40)	
					M	DP	M	DP		
FF	CAA	1,53	0,717	0,303	1,43	0,756	-0,058	2,00	0,000	0,845
	CHA	1,45	0,800		1,44	0,784		1,50	1,000	
DF	CAA	3,53	1,067	0,774	3,36	1,008	0,953	4,33	1,155	-0,255
	CHA	3,18	1,593		2,89	1,604		4,50	0,577	
DC	CAA	1,18	1,131	0,836	1,36	1,151	1,240	0,33	0,577	-0,448
	CHA	0,91	0,868		0,94	0,725		0,75	1,500	
SG	CAA	3,53	1,067	0,774	3,36	1,008	0,953	4,33	1,155	-0,255
	CHA	3,18	1,593		2,89	1,605		4,50	0,577	
V	CAA	3,53	1,067	0,774	3,36	1,008	0,953	4,33	1,155	-0,255
	CHA	3,18	1,593		2,89	1,605		4,50	0,577	
FS	CAA	2,12	1,111	-0,702	1,93	1,072	-0,823	3,00	1,000	0,000
	CHA	2,41	1,403		2,28	1,274		3,00	2,000	
DE	CAA	1,94	1,298	0,594	2,07	1,328	0,952	1,33	1,155	-0,598
	CHA	1,68	1,393		1,61	1,378		2,00	1,633	
SM	CAA	2,76	1,251	-0,211	2,57	1,284	0,031	3,67	0,577	-0,924
	CHA	2,86	1,582		2,55	1,542		4,25	0,957	
CF	CAA	48,04	15,459	1,161	45,83	15,244	1,328	58,33	14,434	-0,247
	CHA	39,39	27,480		34,72	28,187		60,42	7,978	
CM	CAA	42,35	19,992	0,180	39,52	18,576	0,479	55,55	25,239	-0,484
	CHA	40,91	28,081		35,55	26,271		65,00	25,748	

inclinação manifestada anteriormente. Apesar de nos imputáveis com CHA se verificar uma diminuição da média na escala Dor Corporal, essa descida é mais acentuada nos inimputáveis, especialmente nos que têm CAA. Também observamos que as médias dos Componente Físico e Mental junto da amostra são mais elevadas nos sujeitos com comportamentos auto-agressivos do que nos hetero-agressivos. Esta tendência é seguida significativas entre as dimensões do SF-8 e os comportamentos auto e hetero-agressivos, pelos imputáveis. Contudo os inimputáveis apresentam ligeira subida entre as médias nos CHA quando comparadas com as dos CAA. Procurarmos saber se havia diferenças através do Teste-t de Student, não se tendo encontrado em qualquer das dimensões, quer para os (in)imputáveis, quer se tivermos em linha de conta a amostra total. O mesmo o correu para os Componentes Físico e Mental, tanto na amostra como nos subgrupos.

–Comparação de resultados entre as dimensões do EADS e as variáveis envolvidas nas hipóteses levantadas

No que se refere à comparação entre a situação jurídica e as dimensões do EADS, o Quadro 49 mostra que os imputáveis apresentam médias ligeiramente mais altas em todas as dimensões relativamente aos inimputáveis, isto é, na Depressão tem M=0,87 (DP=0,724), na Ansiedade M=0,74 (DP=0,716) e no Stresse M=1,00 (DP=0,727). Nos

Quadro 49 – Médias (M), desvios padrão (DP), Teste-t e graus de liberdade (GL) para a comparação entre imputáveis e inimputáveis no que toca às dimensões das EADS

EADS	Situação jurídica	M	DP	Teste-t (GL=176)
Depressão	Imputável	0,87	0,724	0,625
	Inimputável	0,78	0,796	
Ansiedade	Imputável	0,74	0,716	0,942
	Inimputável	0,62	0,631	
Stresse	Imputável	1,00	0,727	1,557
	Inimputável	0,80	0,659	

inimputáveis verificamos na Depressão $M=0,78$ ($DP=0,796$), Ansiedade ($M=0,62$; $DP=0,631$) e no Stresse ($M=0,80$; $DP=0,659$). De referir que não foram encontradas diferenças significativas entre as dimensões do EADS e amostra e os (in)imputáveis.

O Quadro 50 revela que os imputáveis têm médias ligeiramente mais elevadas do que os inimputáveis em todas as dimensões, embora em níveis baixos. Os imputáveis reincidentes têm médias mais elevadas relativamente aos primários. Assim, apresentam na dimensão Stresse $M=1,14$ ($DP=0,646$), na Depressão $M=0,97$ ($DP=0,721$) e na Ansiedade ($M=0,0,83$; $DP=0,606$). Os inimputáveis têm médias mais altas entre os primários nas dimensões Depressão ($M=0,92$; $DP=0,913$) e Stresse ($M=0,90$; $DP=0,739$) quando comparada à dos reincidentes. Porém, quer os inimputáveis primários, quer os reincidentes têm médias iguais na Ansiedade ($M=0,64$; respectivamente, $DP=0,646$ e $DP=0,656$).

Quadro 50 – Médias e desvios padrão ($M\pm DP$) para a comparação entre primários e reincidentes no que toca às dimensões das EADS

EADS		Antecedentes criminais	
		Primário	Reincidente
		$M\pm DP$	$M\pm DP$
Depressão	Amostra	0,83±0,778	0,91±0,703
	Imputável	0,79±0,722	0,97±0,721
	Inimputável	0,92±0,913	0,56±0,488
Ansiedade	Amostra	0,66±0,733	0,80±0,636
	Imputável	0,67±0,768	0,83±0,633
	Inimputável	0,64±0,646	0,64±0,656
Stresse	Amostra	0,90±0,76	1,06±0,659
	Imputável	0,89±0,768	1,14±0,646
	Inimputável	0,90±0,739	0,67±0,606

O Teste-t revela que nos imputáveis primários e reincidentes na dimensão Stresse existe diferenças significativas ($t=-1,946$; $p=0,045$) (cf. Quadro A8-33 do Anexo 8), não acontecendo o mesmo com os inimputáveis e com a amostra.

O Quadro 51 mostra que relativamente ao tempo decorrido entre a detenção até à conclusão da recolha de dados, de um modo geral, a amostra, assim como os subgrupos,

Quadro 51 – Médias e desvios padrão ($M \pm DP$) para a comparação entre os diferentes períodos em que se encontram em privação jurídica de liberdade, no que respeita às dimensões das EADS

EADS		Período decorrido de privação jurídica de liberdade				
		Menos de 1 A	De 1 a 3 A	De 3 a 6 A	De 6 a 10 A	Mais de 10 A
		$M \pm DP$	$M \pm DP$	$M \pm DP$	$M \pm DP$	$M \pm DP$
Depressão	Amostra	0,88±0,595	0,90±0,806	0,74±0,678	0,95±0,727	0,75±0,721
	Imputável	0,82±0,646	0,86±0,752	0,85±0,702	1,06±0,878	0,89±0,357
	Inimputável	1,14±0,202	1,10±1,004	0,41±0,500	0,74±0,310	0,63±0,951
Ansiedade	Amostra	0,74±0,578	0,71±0,698	0,70±0,753	0,82±0,757	0,73±0,632
	Imputável	0,63±0,535	0,70±0,708	0,80±0,788	0,79±0,883	1,07±0,340
	Inimputável	1,21±0,707	0,73±0,673	0,38±0,547	0,86±0,544	0,46±0,710
Stresse	Amostra	1,03±0,627	0,96±0,760	0,87±0,633	1,22±0,757	1,00±0,839
	Imputável	0,98±0,650	0,94±0,739	0,96±0,655	1,41±0,825	1,68±0,732
	Inimputável	1,21±0,707	1,03±0,859	0,60±0,494	0,88±0,529	0,46±0,421

apresentam valores abaixo da média em todas as escalas para todos os períodos, excepto no que decorre acima dos 10 anos na dimensão Stresse ($M=1,68, \cong 2$).

De referir que, apesar do referido, a comparação entre dimensões do EADS e os períodos de tempo decorrido, realizada através do Teste One-Way ANOVA, aponta para que não haja diferenças significativas entre esses períodos na amostra e nos (in)imputáveis.

Quanto às medidas de flexibilização (MF) o Quadro 52 revela valores baixos em todas as dimensões, tanto para os que não beneficiam, como para os que usufruem. Apesar disso, podemos afirmar que na Depressão a amostra tem média ligeiramente mais alta nos que não beneficiam de MF, assim como nos inimputáveis (embora estes tenham-na um pouco mais elevada). Já os imputáveis têm a mais alta entre os que beneficiam de LSJ. Quanto à Ansiedade, a amostra e os imputáveis têm as mais altas quando possuem LSJ, embora também não expressivas, enquanto nos inimputáveis ocorre entre os que não beneficiam. Relativamente à Stresse a amostra e os inimputáveis têm valores mais altos entre os que não beneficiam, conquanto nos imputáveis ocorrem nos que têm LSJ.

Quadro 52 – Médias e desvios padrão ($M \pm DP$) para as dimensões do EADS por medidas de flexibilização

EADS		Medidas de flexibilização		
		Não beneficia	LSJ	LSJ e RAI
		$M \pm DP$	$M \pm DP$	$M \pm DP$
Depressão	Amostra	0,97±0,766	0,90±0,854	0,62±0,608
	Imputável	0,71±0,078	0,97±0,228	0,56±0,095
	Inimputável	1,13±0,989	0,70±0,551	0,57±0,711
Ansiedade	Amostra	0,73±0,713	0,96±0,793	0,56±0,582
	Imputável	0,71±0,705	1,09±0,863	0,64±0,621
	Inimputável	0,85±0,758	0,70±0,587	0,39±0,456
Stresse	Amostra	1,05±0,801	0,93±0,761	0,81±0,506
	Imputável	1,02±0,784	1,09±0,817	0,89±0,533
	Inimputável	1,16±0,896	0,60±0,533	0,64±0,407

A aplicação do Teste One-Way ANOVA denota que não existem diferenças significativas entre as dimensões do EADS e as medidas de flexibilização nos imputáveis e nos inimputáveis. No entanto, na amostra total a dimensão Depressão apresenta uma estatística $F=2,693$ associada a uma significância $p=0,048$ (cf. Quadro A8-34 do Anexo 8).

O Quadro 53 apresenta as médias das dimensões do EADS para os sujeitos que têm ou não um trabalho/ocupação (TT ou NT) dentro da instituição. Concluímos que de uma forma geral todas as escalas têm médias mais baixas nos que possuem TT, excepto Ansiedade para os inimputáveis, que apresentam um valor ligeiramente mais elevado.

O Teste- t revela diferenças significativas entre ter ou não trabalho nas dimensões Depressão ($t=-2,019$; $p=0,045$) e Ansiedade ($t=-2,447$; $p=0,016$) nos imputáveis (cf. Quadro A8-35 do Anexo 8). Enquanto que na amostra total a Depressão tem uma estatística $t=-2,057$ associada a um valor $p=0,041$ e a Ansiedade tem $t=-2,165$ ligada a um valor $p=0,032$ (cf. Quadro A8-36 do Anexo 8). O mesmo não se verifica nos inimputáveis.

Quadro 53 – Médias e desvios padrão (M±DP) para as dimensões do EADS por trabalho/ocupação no EP

EADS		Trabalho e/ou ocupação	
		Sim	Não
		M±DP	M±DP
Depressão	Amostra	0,78±0,756	1,03±0,711
	Imputável	0,78±0,739	1,04±0,670
	Inimputável	0,79±0,813	0,97±0,942
Ansiedade	Amostra	0,64±0,676	0,88±0,725
	Imputável	0,63±0,698	0,94±0,727
	Inimputável	0,66±0,642	0,57±0,670
Stresse	Amostra	0,91±0,715	1,08±0,735
	Imputável	0,94±0,712	1,12±0,751
	Inimputável	0,83±0,726	0,90±0,666

Através do Quadro 54 podemos inferir que nos imputáveis as médias são mais baixas para os que têm visitas (TV) em todas as dimensões. O inverso ocorre nos inimputáveis,

Quadro 54 – Médias e desvios padrão (M±DP) para as dimensões do EADS por ter ou não visitas

EADS		Visitas	
		Sim	Não
		M±DP	M±DP
Depressão	Amostra	0,86±0,779	0,85±0,639
	Imputável	0,86±0,745	0,89±0,644
	Inimputável	0,85±0,914	0,78±0,648
Ansiedade	Amostra	0,70±0,712	0,78±0,653
	Imputável	0,73±0,732	0,77±0,655
	Inimputável	0,58±0,626	0,79±0,674
Stresse	Amostra	0,95±0,751	1,01±0,615
	Imputável	0,98±0,757	1,06±0,583
	Inimputável	0,81±0,724	0,92±0,689

afectando a média na amostra total. Em qualquer dos casos os valores são abaixo dos médios. Apesar disto, o Teste-*t* Student não revela diferenças significativas entre ter ou não visitas nas escalas do EADS para os (in)imputáveis, bem como para a amostra total.

O Quadro 55 mostra que a amostra e os imputáveis que consomem tabaco têm médias baixas em todas as dimensões do EADS. Os inimputáveis que também consomem tabaco possuem médias ligeiramente mais altas na Depressão e na Stresse. O Teste-*t* não revela diferenças significativas entre o facto de se fumar ou não tabaco e as dimensões do EADS, no total da amostra e nos (in)imputáveis.

Quadro 55 – Médias e desvios padrão ($M \pm DP$) para as dimensões do EADS por consumo de tabaco

EADS		Consumo de tabaco	
		Sim	Não
		$M \pm DP$	$M \pm DP$
Depressão	Amostra	0,84±0,772	0,87±0,730
	Imputável	0,83±0,706	0,91±0,746
	Inimputável	0,92±1,012	0,76±0,685
Ansiedade	Amostra	0,68±0,670	0,74±0,728
	Imputável	0,70±0,674	0,78±0,763
	Inimputável	0,63±0,670	0,65±0,632
Stresse	Amostra	0,94±0,711	0,98±0,739
	Imputável	0,95±0,686	1,04±0,770
	Inimputável	0,90±0,820	0,80±0,623

No que respeita ao Quadro 56, temos valores mais elevados, mas abaixo da média, em todas as dimensões do EADS entre os consumidores de estupefacientes da amostra e os imputáveis. Contrariamente, inimputáveis que consomem têm as médias ligeiramente mais

Quadro 56 – Médias e desvios padrão ($M \pm DP$) para as dimensões do EADS por consumo de estupefacientes

EADS		Consumo de estupefacientes	
		Sim	Não
		$M \pm DP$	$M \pm DP$
Depressão	Amostra	0,84±0,772	0,87±0,730
	Imputável	0,83±0,706	0,91±0,746
	Inimputável	0,92±1,012	0,76±0,685
Ansiedade	Amostra	0,68±0,670	0,74±0,728
	Imputável	0,70±0,674	0,78±0,763
	Inimputável	0,63±0,670	0,65±0,632
Stresse	Amostra	0,94±0,711	0,98±0,739
	Imputável	0,95±0,686	1,04±0,770
	Inimputável	0,90±0,820	0,80±0,623

baixas relativamente aos que não consomem. O Teste-*t* revela que nos imputáveis se verificam diferenças significativas entre os que consomem ou não estupefacientes na dimensão Stresse, assumindo $t=2,538$ associado a um valor $p=0,12$ (cf. Quadros A8-37 do Anexo 8). Os inimputáveis, tal como a amostra total, não apresentam diferenças

significativas em qualquer das dimensões do EADS para consumos ou não de estupefacientes.

Partindo do Quadro 57 chegamos à conclusão de que para os CAA e CHA todas as dimensões do EADS apresentam valores abaixo da média na amostra e nos (in)imputáveis. O Teste-*t* de Student não apresenta diferenças significativas entre os CAA e os CHA para os (in)imputáveis e para a amostra total.

Quadro 57 – Médias e desvios padrão (M±DP) para as dimensões do EADS por comportamentos auto e hetero-agressivos

EADS		Comportamentos agressivos	
		Auto-agressivos	Hetero-agressivos
		M±DP	M±DP
Depressão	Amostra	0,87±0,714	0,85±0,768
	Imputável	1,11±0,825	1,08±0,901
	Inimputável	0,62±0,218	0,21±0,247
Ansiedade	Amostra	0,74±0,656	0,70±0,721
	Imputável	0,87±0,711	0,90±0,954
	Inimputável	0,14±0,143	0,39±0,786
Stresse	Amostra	1,06±0,704	0,91±0,730
	Imputável	1,33±0,539	1,42±0,815
	Inimputável	0,62±0,359	0,61±0,750

–Comparação de resultados entre as escalas do *Brief COPE* e as variáveis envolvidas nas hipóteses levantadas

Tendo em conta os dados constantes do Quadro 58 observamos que os imputáveis obtiveram médias superiores aos inimputáveis na maioria das escalas. Assim, entre os

Quadro 58 – Médias e desvios padrão (M±DP), Teste-*t* e graus de liberdade (GL) para a comparação entre imputáveis e inimputáveis no respeito às escalas do *Brief COPE*

<i>Brief COPE</i>	Imputáveis	Inimputáveis	Teste- <i>t</i>	GL
	M±DP	M±DP		
1. <i>Coping</i> Activo	1,83±0,87	1,65±0,84	1,230	176
2. Planear	1,74±0,83	1,52±0,90	1,458	176
3. Utilizar Suporte Instrumental	1,63±0,92	1,28±0,91	2,138*	176
4. Utilizar Suporte Social Emocional	1,64±0,89	1,73±0,93	-0,582	176
5. Religião	1,65±0,90	1,44±0,87	1,350	176
6. Reinterpretação Positiva	1,83±1,65	1,57±0,98	0,953	176
7. Auto-Culpabilização	1,81±1,22	1,36±0,77	2,193*	176
8. Aceitação	1,55±0,90	1,67±1,11	-0,684	176
9. Expressão de Sentimentos	1,34±0,88	1,42±0,93	-0,526	176
10. Negação	1,23±0,94	1,20±0,98	0,133	176
11. Auto-Distracção	1,46±0,87	1,57±0,90	-0,726	176
12. Desinvestimento Comportamental	0,73±0,83	0,71±0,88	0,045	176
13. Uso de Substâncias (medicamentos/álcool)	0,46±0,82	0,30±0,69	1,099	176
14. Humor	0,94±0,87	1,21±0,97	-1,692	175

**p*<0,05

imputáveis, as que têm valores mais altos são, por ordem decrescente, a *Coping* Activo e a Reinterpretação Positiva, ambas com $M=1,83$ e desvios padrão respectivamente iguais a 0,87 e 1,65, seguida da Auto-Culpabilização ($M=1,81$; $DP=1,22$), Planear ($M=1,74$; $DP=0,83$), Religião ($M=1,65$; $DP=0,90$), Utilizar Suporte Social Emocional ($M=1,64$; $DP=0,89$), Utilizar Suporte Instrumental ($M=1,63$; $DP=0,92$) e Aceitação ($M=1,55$; $DP=0,90$) sendo revelador de que neste subgrupo estas são as estratégias de *coping* mais utilizadas. As que apresentaram médias mais baixas são a Uso de Substâncias ($M=0,46$; $DP=0,82$), Desinvestimento Comportamental ($M=0,73$; $DP=0,83$) e Humor ($M=0,94$; $DP=0,87$), sugerindo que estas são as estratégias de *coping* menos usadas.

Os inimputáveis parecem recorrer com maior frequência às estratégias de *coping* relacionadas com as escalas Utilizar Suporte Social Emocional ($M=1,73$; $DP=0,93$), Aceitação ($M=1,67$; $DP=1,11$) e *Coping* Activo ($M=1,65$; $DP=0,84$). Este subgrupo aparenta usar menos estratégias de *coping* envolvidas nas escalas Uso de Substâncias ($M=0,30$; $DP=0,69$) e Desinvestimento Comportamental ($M=0,71$; $DP=0,88$).

O Teste-*t* revela que duas das escalas apresentam diferenças significativas entre imputáveis e inimputáveis relativamente às escalas Utilizar Suporte Instrumental com uma estatística $t=2,138$ associada a um valor $p=0,034$ e Auto-Culpabilização com uma estatística $t=2,193$ e um $p=0,030$ (ver também Quadro A8-38 do Anexo 8).

No Quadro 59 podemos observar que, à semelhança do que atrás foi dito para a situação jurídica, verifica-se que, independentemente se serem primários ou reincidentes, também se encontram envolvidas nos imputáveis as oito escalas iniciais. Todas elas têm médias mais elevadas, que se reflectem na amostra total. Também observamos que as três últimas possuem médias mais baixas. Assim, estes resultados parecem corroborar que as primeiras estratégias são as mais utilizadas e as segundas as menos usadas, pese embora os valores sejam diferentes, e se acentuem em algumas delas especialmente nos reincidentes. Desta forma, nos imputáveis reincidentes o valor mais elevado ocorre na escala Auto-Culpabilização ($M=2,00$), seguido na Reinterpretação Positiva ($M=1,97$), *Coping* Activo ($M=1,95$), Planear ($M=1,87$), Religião ($M=1,65$), Utilizar Suporte Instrumental ($M=1,62$), Utilizar Suporte Social Emocional ($M=1,60$) e Aceitação ($M=1,55$). Quanto aos valores mais baixos entre os imputáveis, as escalas atrás referidas também nestas condições seguem igualmente a mesma ordem e tendência, embora tenham valores diferentes.

Nos inimputáveis observamos que nos primários as médias mais altas se situam na Auto-Distracção ($M=2,00$), Utilizar Suporte Social Emocional ($M=1,74$), Aceitação

Quadro 59 – Médias e desvios padrão (M±DP) para a comparação entre primários e reincidentes no que respeita às escalas do *Brief COPE*

<i>Brief COPE</i>		Antecedentes criminais	
		Primário	Reincidente
		M±DP	M±DP
1-Coping Activo	Amostra	1,72±0,877	1,93±0,846
	Imputável	1,75±0,877	1,95±0,862
	Inimputável	1,63±0,885	1,82±0,783
2-Planear	Amostra	1,61±0,900	1,82±0,747
	Imputável	1,65±0,896	1,87±0,723
	Inimputável	1,52±0,917	1,55±0,850
3-Utilizar Suporte Instrumental	Amostra	1,54±0,926	1,59±0,955
	Imputável	1,64±0,923	1,62±0,933
	Inimputável	1,29±0,902	1,41±1,091
4-Utilizar Suporte Social Emocional	Amostra	1,69±0,928	1,64±0,857
	Imputável	1,66±0,926	1,60±0,842
	Inimputável	1,74±0,948	1,82±0,956
5-Religião	Amostra	1,62±0,919	1,59±0,867
	Imputável	1,66±0,911	1,65±0,888
	Inimputável	1,53±0,948	1,32±0,717
6-Reinterpretação Positiva	Amostra	1,70±0,944	1,86±2,161
	Imputável	1,73±0,936	1,97±2,301
	Inimputável	1,63±0,974	1,27±1,057
7-Auto-Culpabilização	Amostra	1,59±0,885	1,91±1,460
	Imputável	1,67±0,887	2,00±1,562
	Inimputável	1,37±0,856	1,45±0,568
8-Aceitação	Amostra	1,59±0,959	1,56±0,939
	Imputável	1,56±0,923	1,55±0,877
	Inimputável	1,69±1,054	1,64±1,267
9-Expressão de Sentimentos	Amostra	1,30±0,868	1,48±0,929
	Imputável	1,25±0,831	1,47±0,938
	Inimputável	1,44±0,955	1,50±0,922
10-Negação	Amostra	1,22±0,952	1,25±0,972
	Imputável	1,14±0,934	1,34±0,956
	Inimputável	1,42±0,984	0,77±0,958
11-Auto-Distracção	Amostra	1,44±0,838	1,58±0,933
	Imputável	1,43±0,846	1,50±0,908
	Inimputável	1,45±0,830	2,00±1,000
12-Desinvestimento Comportamental	Amostra	0,70±0,865	0,78±0,825
	Imputável	0,69±0,833	0,77±0,844
	Inimputável	0,73±0,956	0,82±0,751
13-Uso de Substâncias (medicamentos/álcool)	Amostra	0,37±0,716	0,51±0,897
	Imputável	0,40±0,747	0,53±0,912
	Inimputável	0,27±0,630	0,36±0,839
14-Humor	Amostra	1,00±0,919	1,00±0,870
	Imputável	0,89±0,884	1,01±0,858
	Inimputável	1,29±0,955	1,00±0,975

(M=1,69), *Coping* Activo e Reinterpretação Positiva (ambas com M=1,63). Nos reincidentes, as mais altas ocorrem nas *Coping* Activo e Utilizar Suporte Social Emocional (ambas com M=1,82), e na Aceitação (com M=1,64). As médias mais baixas nos inimputáveis primários e reincidentes situam-se na Uso de Substâncias (respectivamente, M=0,27; M=0,36) e Desinvestimento Comportamental (M=0,73; M=0,82).

Quanto ao total da amostra a escala que tem valor mais elevado é a *Coping* Activo tanto nos primários (M=1,72), como nos reincidentes (M=1,93). A que apresenta valores mais baixos em ambas as situações é a Uso de Substâncias, que nos primários assume o valor M=0,37 e nos reincidentes M=0,51. O Teste-*t* revela que nenhuma das escalas apresenta diferenças significativas entre primários e reincidentes, tanto para os imputáveis, como para os inimputáveis ou tendo em conta a amostra total.

No Quadro 60 podemos observar a comparação entre os períodos de tempo em que

Quadro 60 – Médias (M) e desvios padrão (DP) para a comparação entre os diferentes períodos em que se encontram em privação jurídica de liberdade, quanto às escalas do *Brief COPE*

<i>Brief COPE</i>		Período decorrido de privação jurídica de liberdade									
		Inferior 1 ano		De 1 a 3 A		De 3 a 6 A		De 6 a 10 A		Mais 10 A	
		M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
1- <i>Coping</i> Activo	Amostra	1,95	0,610	1,78	0,874	1,73	0,924	1,89	0,964	2,05	0,768
	Imputável	2,06	0,635	1,81	0,853	1,70	0,927	2,06	1,130	2,50	0,577
	Inimputável	1,50	0,000	1,63	0,970	1,82	0,956	1,60	0,548	1,70	0,758
2-Planear	Amostra	2,00	0,742	1,74	0,839	1,45	0,848	1,71	0,777	1,72	1,034
	Imputável	2,00	0,791	1,80	0,801	1,39	0,836	1,94	0,808	2,25	0,866
	Inimputável	1,53	0,979	1,64	0,897	1,30	0,570	1,30	1,037	1,52	0,890
3-Utilizar Sup. Instrumental	Amostra	1,95	1,059	1,70	0,910	1,20	0,816	1,61	1,041	1,05	0,982
	Imputável	1,94	1,074	1,73	0,912	1,27	0,867	1,61	1,054	1,75	0,646
	Inimputável	1,00	0,632	1,60	1,140	0,50	0,866	1,32	0,942	1,75	1,061
4-Utilizar Sup. Social Emoci. ^{al}	Amostra	1,91	0,839	1,67	0,946	1,56	0,871	1,78	0,935	1,72	0,905
	Imputável	1,94	0,527	1,63	0,918	1,52	0,879	1,72	1,121	1,88	0,629
	Inimputável	1,90	0,548	1,60	1,140	1,76	0,939	1,75	0,354	1,39	0,774
5-Religião	Amostra	1,77	0,343	1,64	0,865	1,43	1,020	1,61	0,902	1,78	1,034
	Imputável	1,78	0,363	1,70	0,880	1,33	0,974	1,67	0,901	2,63	0,479
	Inimputável	1,10	0,822	1,48	0,890	1,00	0,000	1,50	1,067	1,95	0,961
6-Reinterpretação Positiva	Amostra	1,73	0,874	1,91	1,851	1,49	0,955	1,64	0,989	1,50	1,061
	Imputável	1,89	0,858	2,01	1,984	1,33	0,916	1,78	1,121	2,00	0,817
	Inimputável	1,54	0,996	1,75	0,354	1,39	0,826	1,41	0,769	1,70	0,758
7-Auto-Culpabilização	Amostra	1,86	0,552	1,79	1,343	1,57	0,839	1,64	0,842	1,55	1,130
	Imputável	1,89	0,601	1,89	1,425	1,62	0,866	1,61	0,928	2,38	0,946
	Inimputável	2,50	0,000	1,61	1,100	1,55	1,193	2,00	1,173	1,60	1,194
8-Aceitação	Amostra	2,00	0,592	1,59	0,936	1,36	0,911	1,96	1,100	1,39	1,193
	Imputável	1,89	0,601	1,59	0,901	1,30	0,810	1,94	1,130	1,13	1,315
	Inimputável	1,63	0,984	1,41	0,970	1,40	0,652	0,60	0,652	1,45	0,936
9-Expressão de Sentimentos	Amostra	1,68	0,814	1,31	0,920	1,465	0,879	1,39	0,881	1,00	0,790
	Imputável	1,56	0,846	1,24	0,895	1,48	0,861	1,39	1,024	1,50	0,707
	Inimputável	1,09	0,801	1,40	0,652	0,80	0,908	1,25	1,008	2,00	1,414
10-Negação	Amostra	0,95	0,907	1,31	0,997	1,17	0,958	1,18	0,846	1,11	0,858
	Imputável	1,11	0,928	1,26	0,949	1,20	1,015	1,06	0,950	1,50	0,707
	Inimputável	1,80	0,758	2,10	1,025	1,60	0,899	0,50	0,000	0,92	1,004
11-Auto Distracção	Amostra	1,77	0,754	1,40	0,866	1,40	0,880	1,78	0,955	2,11	0,782
	Imputável	1,72	0,667	1,38	0,856	1,41	0,914	1,78	1,093	2,13	0,479
	Inimputável	0,80	1,095	0,75	0,899	0,00	0,000	0,24	0,653	0,27	0,607
12-Desinvesti. ^{lo} Comport. ^{al}	Amostra	0,82	0,560	0,76	0,875	0,68	0,836	0,50	0,855	0,94	1,014
	Imputável	0,89	0,601	0,72	0,844	0,71	0,839	0,50	1,000	1,13	1,031
	Inimputável	0,30	0,681	0,50	0,707	1,26	1,085	1,18	0,929	1,40	1,084
13-Uso de Substâncias	Amostra	0,41	0,735	0,37	0,747	0,44	0,749	0,61	1,112	0,61	1,083
	Imputável	0,50	0,791	0,41	0,767	0,50	0,791	0,67	1,323	0,75	1,190
	Inimputável	1,50	0,000	1,63	0,970	1,82	0,956	1,60	0,548	1,70	0,758
14-Humor	Amostra	0,90	0,775	1,03	0,893	0,90	0,919	1,36	1,082	0,89	0,651
	Imputável	1,00	0,802	0,98	0,840	0,80	0,909	1,33	1,146	0,50	0,577
	Inimputável	1,53	0,979	1,64	0,897	1,30	0,570	1,30	1,037	1,52	0,890

os sujeitos se encontram juridicamente privados de liberdade até à conclusão da recolha de dados. A sua análise revela que as médias mais altas na amostra ocorrem, de um modo geral, no período até 1 ano a escala Planear é a mais utilizada (M=2,00), seguida da *Coping* Activo e Utilizar Suporte Instrumental (ambas com M=1,95) e Utilizar Suporte Social Emocional (M=1,91), embora no período de 1 a 3 anos se verifique na Religião também um valor elevado (M=1,91).

A estratégia *Coping* Activo é a mais utilizada pelos imputáveis em qualquer dos períodos, embora nem sempre seja a que registe o valor mais elevado, enquanto nos inimputáveis a que se mantém em todos os períodos, excepto no superior a 10 anos, seja a Utilizar Suporte Social Emocional. A estratégia menos utilizada entre os imputáveis nos diversos períodos é a Uso de Substâncias, embora oscile o valor da média e que nem sempre se situe entre a menos usada; mas, nos inimputáveis é a Auto-Distracção que está presente em todos os períodos. Para visualizar de forma mais rápida resumimos estes elementos no Quadro 61, resumimos as estratégias de *coping* mais ou menos utilizadas por cada subgrupo relativamente aos antecedentes criminais.

Aplicamos o teste One-way ANOVA para procurar saber se havia valores de significância associados à estatística *F*, tendo-se verificado variabilidades internas entre os períodos decorridos desde que se encontram privados de liberdade até à conclusão da

Quadro 61 – Estratégias de *coping* utilizadas com maior ou menor frequência (oscilando entre M=2,63 até M=1,60 e inferiores à M≤1) entre os (in)imputáveis, nos diferentes períodos de cumprimento de pena ou medida de segurança

		Estratégias mais utilizadas	Estratégias menos utilizadas
Inferior a 1 ano	Imputável	<i>Coping</i> Activo (M=2,06) Planear (M=2,00) Utilizar Suporte Instrumental e Utilizar Suporte Social Emocional (ambas com M=1,94) Reinterpretação Positiva, Auto-Culpabilização e Aceitação (as três com M=1,89) Religião (M=1,78) Auto-Distracção (M=1,72)	Uso de Substâncias (M=0,50) Desinvestimento Comportamental (M=0,89)
	Inimputável	Auto-Culpabilização (M=2,50) Utilizar Suporte Social Emocional (M=1,90) Negação (M=1,80) Aceitação (M=1,63)	Desinvestimento Comportamental (M=0,30) Auto-Distracção (M=0,80)
De 1 a 3 anos	Imputável	Reinterpretação Positiva (M=2,01) Auto-Culpabilização (M=1,89) <i>Coping</i> Activo (M=1,81) Planear (M=1,80) Utilizar Suporte Instrumental (M=1,73) Religião (M=1,70) Utilizar Suporte Social Emocional (M=1,63)	Uso de Substâncias (M=0,41) Desinvestimento Comportamental (M=0,72) Humor (M=0,98)
	Inimputável	Negação (M=2,10) Reinterpretação Positiva (M=1,75) Planear (M=1,64) <i>Coping</i> Activo e Uso de Substâncias (M=1,63) Auto-Culpabilização (M=1,61) Utilizar Suporte Instrumental e Utilizar Suporte Social Emocional (ambas com M=1,60)	Desinvestimento Comportamental (M=0,50) Auto-Distracção (M=0,75)

(Continua)

(Continuação)

		Estratégias mais utilizadas	Estratégias menos utilizadas
De 3 e 6 anos	Imputável	<i>Coping Activo</i> (M=1,70) Auto-Culpabilização (M=1,62) Planear e Aceitação (ambas com M=1,94) Reinterpretação Positiva e Auto-Distração (M=1,78) Utilizar Suporte Social Emocional (M=1,72) Religião (M=1,67) Utilizar Suporte Instrumental e Auto-Culpabilização (ambas com M=1,61)	Uso de Substâncias (M=0,50) Desinvestimento Comportamental (M=0,71) Humor (M=0,80)
	Inimputável	<i>Coping Activo</i> e Uso de Substâncias (ambas com M=1,82) Utilizar Suporte Social Emocional (M=1,76) Negação (M=1,60)	Auto-Distração (M=0,00) Utilizar Suporte Instrumental (M=0,50) Expressão de Sentimentos (M=0,80)
De 6 e 10 anos	Imputável	<i>Coping Activo</i> (M=2,06) Planear e Aceitação (ambas com M=1,94) Reinterpretação Positiva e Auto-Distração (M=1,78) Utilizar Suporte Social Emocional (M=1,72) Religião (M=1,67) Utilizar Suporte Instrumental e Auto-Culpabilização (ambas com M=1,61)	Desinvestimento Comportamental (M=0,50) Uso de Substâncias (M=0,67)
	Inimputável	Auto-Culpabilização (M=2,00) Utilizar Suporte Social Emocional (M=1,75) <i>Coping Activo</i> (M=1,60)	Auto-Distração (M=0,24) Negação (M=0,50) Aceitação (M=0,60)
Superior a 10 anos	Imputável	Religião (M=2,63) <i>Coping Activo</i> (M=2,50) Auto-Culpabilização (M=2,38) Planear (M=2,25) Auto-Distração (M=2,13) Reinterpretação Positiva (M=2,00) Utilizar Suporte Social Emocional (M=1,88) Utilizar Suporte Instrumental (M=1,75)	Humor (M=0,50) Uso de Substâncias (M=0,75)
	Inimputável	Expressão de Sentimentos (M=2,00) Religião (M=1,95) Utilizar Suporte Instrumental (M=1,75) <i>Coping Activo</i> , Reinterpretação Positiva e Uso de Substâncias (M=1,70) Auto-Culpabilização (M=1,60)	Auto-Distração (M=0,27) Negação (M=0,92)

recolha de dados junto dos imputáveis nas escalas Planear com uma estatística $F=2,375$ com 5 graus de liberdade e um valor $p=0,042$ e Religião com $F=2,429$ e $p=0,038$ (cf. Quadro A8-39 do Anexo 8). Os inimputáveis não apresentam variabilidades internas quanto aos períodos de internamento. Tendo em conta a amostra total, verificamos variabilidades internas na escala Utilizar Suporte Instrumental com uma estatística $F=2,862$ e $p=0,016$ (cf. Quadro A8-40 do Anexo 8).

A partir do Quadro 62 podemos concluir que relativamente às medidas de flexibilização os valores mais elevados são os seguintes: a) na amostra ocorrem nas escalas *Coping Activo* quer nos que beneficiam (LSJ/RAI: M=1,90; LSJ: M=1,89) ou não (M=1,71) de medidas de flexibilização; na Planear (LSJ/RAI: M=1,77; LSJ: M=1,67; não usufrui: M=1,65); Utilizar Suporte Social Emocional (LSJ/RAI: M=1,62; LSJ: M=1,96; não usufrui: M=1,60); Religião (LSJ: M=1,67; não usufrui: M=1,60); Reinterpretação Positiva (LSJ/RAI: M=2,03; LSJ: M=1,76; não usufrui: M=1,62); Auto-Culpabilização (LSJ: M=1,70; não usufrui: M=1,80); e Aceitação (LSJ: M=1,72); b) nos imputáveis verifica-se na *Coping Activo* (LSJ/RAI: M=1,78; LSJ: M=2,03; não usufrui: M=1,84); (LSJ/RAI: M=1,77; LSJ: M=1,67; não usufrui: M=1,65); Planear (LSJ/RAI: M=1,69; LSJ: M=1,80; não usufrui: M=1,81); Utilizar Suporte Instrumental (LSJ: M=1,86; não usufrui:

Quadro 62 – Médias (M) e desvios padrão (DP) para as escalas do *Brief COPE* por medidas de flexibilização

<i>Brief COPE</i>	Medidas de flexibilização	Amostra		Imputáveis		Inimputáveis	
		M	DP	M	DP	M	DP
1-Coping Activo	Não beneficia	1,71	0,838	1,78	0,842	1,38	0,761
	LSJ	1,89	0,934	2,03	0,899	1,61	0,993
	LSJ e RAI	1,90	0,883	1,84	0,930	2,03	0,785
2-Planear	Não beneficia	1,65	0,796	1,69	0,784	1,44	0,846
	LSJ	1,67	0,980	1,80	1,002	1,39	0,928
	LSJ e RAI	1,77	0,885	1,81	0,867	1,69	0,946
3-Utilizar Suporte Instrumental	Não beneficia	1,58	0,873	1,60	0,876	1,50	0,884
	LSJ	1,59	1,110	1,86	1,082	1,05	1,014
	LSJ e RAI	1,48	0,974	1,57	0,971	1,28	0,983
4-Utilizar Suporte Social Emocional	Não beneficia	1,60	0,885	1,62	0,857	1,50	1,031
	LSJ	1,96	0,843	1,97	0,899	1,94	0,768
	LSJ e RAI	1,62	0,930	1,47	0,915	1,94	0,910
5-Religião	Não beneficia	1,60	0,894	1,67	0,874	1,26	0,937
	LSJ	1,67	0,888	1,72	0,958	1,55	0,768
	LSJ e RAI	1,59	0,931	1,56	0,953	1,66	0,908
6-Reinterpretação Positiva	Não beneficia	1,62	0,891	1,67	0,857	1,35	1,027
	LSJ	1,76	0,944	1,94	0,873	1,39	1,024
	LSJ e RAI	2,03	2,481	2,13	2,936	1,81	0,946
7-Auto-Culpabilização	Não beneficia	1,80	1,341	1,88	1,406	1,41	0,888
	LSJ	1,70	0,963	2,00	0,874	1,11	0,894
	LSJ e ERA	1,56	0,766	1,57	0,841	1,53	0,591
8-Aceitação	Não beneficia	1,57	0,903	1,63	0,876	1,32	1,015
	LSJ	1,72	0,993	1,64	0,920	1,89	1,167
	LSJ e RAI	1,54	1,029	1,36	0,951	1,94	1,109
9-Expressão de Sentimentos	Não beneficia	1,34	0,915	1,26	0,878	1,73	1,017
	LSJ	1,42	0,906	1,42	0,974	1,44	0,808
	LSJ e RAI	1,36	0,855	1,46	0,843	1,16	0,870
10-Negação	Não beneficia	1,29	0,993	1,26	0,964	1,44	1,144
	LSJ	1,28	0,923	1,55	0,968	0,72	0,507
	LSJ e RAI	1,10	0,917	0,98	0,862	1,34	1,012
11-Auto Distracção	Não beneficia	1,48	0,873	1,48	0,857	1,47	0,976
	LSJ	1,41	0,866	1,33	0,923	1,55	0,768
	LSJ e RAI	1,53	0,885	1,43	0,867	1,75	0,913
12-Desinvestimento Comportamental	Não beneficia	0,79	0,868	0,75	0,842	1,03	0,976
	LSJ	0,78	0,870	0,89	0,884	0,55	0,846
	LSJ e RAI	0,57	0,794	0,57	0,796	0,56	0,814
13-Uso de Substâncias (medicamentos/álcool)	Não beneficia	0,46	0,848	0,51	0,873	0,23	0,687
	LSJ	0,57	0,840	0,78	0,911	0,17	0,500
	LSJ e RAI	0,26	0,627	0,18	0,543	0,44	0,772
14-Humor	Não beneficia	0,97	0,913	0,95	0,880	1,09	1,079
	LSJ	1,22	0,913	1,19	0,972	1,28	0,833
	LSJ e RAI	0,96	0,859	0,80	0,788	1,31	0,929

M=1,60); Utilizar Suporte Social Emocional (LSJ: M=1,97; não usufrui: M=1,62); Religião (LSJ: M=1,72; não usufrui: M=1,67); Reinterpretação Positiva (LSJ/RAI: M=2,13; LSJ: M=1,94; não usufrui: M=1,67); Auto-Culpabilização (LSJ: M=2,00; não usufrui: M=1,88); Aceitação (LSJ: M=1,64; não usufrui: M=1,63); c) nos inimputáveis acontece na *Coping* Activo (LSJ/RAI: M=2,03; LSJ: M=1,61); Planear (LSJ/RAI: M=1,69); Utilizar Suporte Social Emocional (LSJ/RAI: M=1,94; LSJ: M=1,94); Religião (LSJ/RAI: M=1,66); Reinterpretação Positiva (LSJ/RAI: M=1,81); Aceitação (LSJ/RAI:

M=1,94; LSJ: M=1,89); Expressão de Sentimentos (não beneficiam: M=1,73); Auto-Distracção (LSJ/RAI: M=1,75).

Através do teste One-way ANOVA verificamos que não há valores de significância associados à estatística *F* nas medidas de flexibilização, quer para os (in)imputáveis, quer para a amostra total.

Tendo em consideração o Quadro 63 podemos afirmar que as estratégias mais utilizadas entre os imputáveis que trabalham ou têm ocupação dentro do EP, por ordem decrescente, são as que se seguem: *a*) as mais utilizadas são a Reinterpretação Positiva (M=2,02), *Coping* Activo (M=1,98), Auto-Culpabilização (M=1,94), Planear (M=1,93), Religião (M=1,71), Utilizar Suporte Instrumental (M=1,69) e Utilizar Suporte Social Emocional (M=1,68); *b*) as menos utilizadas são Uso de Substâncias (M=0,32), Desinvestimento Comportamental (M=0,71) e Humor (M=0,90). Quanto aos inimputáveis que têm trabalho, possuem médias mais elevadas nas escalas *Coping* Activo (M=1,88), Utilizar Suporte Social Emocional (M=1,86), Aceitação (1,77), Reinterpretação Positiva

Quadro 63 – Médias (M) e desvios padrão (DP) para as escalas do *Brief COPE* por trabalho/ocupação no EP

<i>Brief COPE</i>	TO	Amostra		Imputáveis		Inimputáveis	
		M	DP	M	DP	M	DP
1- <i>Coping</i> Activo	Não	1,44	0,901	1,54	0,918	0,94	0,635
	Sim	1,95	0,809	1,98	0,815	1,88	0,801
2-Planear	Não	1,38	0,793	1,37	0,749	1,44	1,044
	Sim	1,83	0,838	1,93	0,810	1,55	0,860
3-Utilizar Suporte Instrumental	Não	1,39	1,012	1,52	1,016	0,72	0,712
	Sim	1,63	0,893	1,69	0,874	1,48	0,939
4-Utilizar Suporte Social Emocional	Não	1,53	0,884	1,55	0,864	1,39	1,024
	Sim	1,73	0,902	1,68	0,902	1,86	0,904
5-Religião	Não	1,44	0,946	1,54	0,930	0,94	0,917
	Sim	1,68	0,868	1,71	0,882	1,62	0,839
6-Reinterpretação Positiva	Não	1,38	0,947	1,47	0,909	0,94	1,074
	Sim	1,93	1,700	2,02	1,902	1,70	0,927
7-Auto-Culpabilização	Não	1,51	0,836	1,55	0,818	1,28	0,939
	Sim	1,80	1,255	1,94	1,372	1,42	0,751
8-Aceitação	Não	1,54	0,992	1,59	0,962	1,33	1,173
	Sim	1,60	0,933	1,54	0,873	1,77	1,076
9-Expressão de Sentimentos	Não	1,35	0,980	1,29	0,946	1,67	1,146
	Sim	1,37	0,857	1,37	0,853	1,39	0,882
10-Negação	Não	1,28	0,932	1,37	0,945	0,83	0,750
	Sim	1,21	0,971	1,16	0,942	1,36	1,048
11-Auto-Distracção	Não	1,44	0,864	1,49	0,846	1,22	0,972
	Sim	1,51	0,884	1,45	0,886	1,70	0,865
12-Desinvestimento Comportamental	Não	0,79	0,880	0,75	0,835	1,00	1,118
	Sim	0,70	0,836	0,71	0,840	0,68	0,837
13-Uso de Substâncias (medicamentos/álcool)	Não	0,63	0,964	0,73	1,009	0,17	0,500
	Sim	0,33	0,684	0,32	0,672	0,33	0,725
14-Humor	Não	1,01	0,944	1,01	0,901	1,00	1,199
	Sim	1,00	0,881	0,90	0,860	1,27	0,893

(M=1,70) e Religião (M=1,62), assim como têm médias mais baixas nas escalas Uso de Substâncias (M=0,33) e Desinvestimento Comportamental (M=0,68); c) na amostra evidenciam-se entre os que trabalham as escalas *Coping Activo* (M=1,95) e Reinterpretação Positiva (M=1,93), Planear (M=1,83), Auto-Culpabilização (M=1,80), Utilizar Suporte Social Emocional (M=1,73), Religião (M=1,68), Utilizar Suporte Instrumental (M=1,63) e Aceitação M=1,60), enquanto as com valores mais baixos são entre os que trabalham nas escalas Uso de Substâncias (M=0,33) e Desinvestimento Comportamental (M=0,70). De um modo geral as pontuações entre os que não trabalham são mais baixas em todas as escalas, considerando qualquer grupo de sujeitos.

O Teste-*t* de Student revela há diferenças significativas entre os imputáveis que têm ou não trabalho na escala *Coping Activo*, com uma estatística $t=-2,860$ ($GL=135$), associada a um valor $p=0,005$, Planear uma estatística $t=-3,948$ ligada a um $p=0,000$ e na Uso de Substância com $t=2,454$ e $p=0,017$ (cf. Quadro A8-41 do Anexo 8). Também entre os inimputáveis encontramos diferenças significativas nos que têm ou não trabalho, com a escala *Coping Activo* a apresentar uma estatística $t=3,225$ e um $p=0,003$, Utilizar Suporte Instrumental com $t=-2,257$ e $p=0,30$, Religião com $t=-2,105$ e $p=0,042$, Reinterpretação Positiva com $t=-2,089$ e $p=0,043$ (todas com $GL=1$) (cf. Quadro A8-42 do Anexo 8). Se tivermos em conta o total da amostra observamos igualmente variabilidades internas entre os grupos que têm e que não têm trabalho nas escalas *Coping Activo* ($t=-3757$; $p=0,000$), Planear ($t=-3359$; $p=0,001$), Uso de Substâncias ($t=2,154$; $p=0,034$) e Reinterpretação Positiva ($t=-2,245$; $p=0,026$) (cf. Quadro A8-43 do Anexo 8).

Relativamente ao apresentado no Quadro 64 temos as médias mais elevadas nos imputáveis que têm visitas para a Reinterpretação Positiva com M=1,89, Auto-Culpabilização M=1,87, *Coping Activo* M=1,83, Planear M=1,76, Utilizar Suporte Social Emocional M=1,67, Religião M=1,65 e Aceitação M=1,60. Entre os imputáveis que não têm visitas verificamos na *Coping Activo* e Utilizar Suporte Instrumental (ambas com M=1,85), Planear e Religião (ambas com M=1,67) e Reinterpretação Positiva (M=1,60).

Os inimputáveis que não têm visitas apresentam médias mais altas, por ordem decrescente, na Auto-Distracção (M=1,77), *Coping Activo* (M=1,73) e Utilizar Suporte Social Emocional (M=1,69), enquanto os que têm visitas possuem médias mais elevadas na Aceitação (M=1,91), Utilizar Suporte Social Emocional (M=1,79), *Coping Activo* (M=1,66), Planear (M=1,62) e Religião (M=1,60).

Quadro 64 – Médias (M) e desvios padrão (DP) para as escalas do *Brief COPE* por ter ou não visitas

<i>Brief COPE</i>	Visitas	Amostra		Imputáveis		Inimputáveis	
		M	DP	M	DP	M	DP
1- <i>Coping</i> Activo	Não	1,81	0,840	1,85	0,925	1,73	0,665
	Sim	1,80	0,879	1,83	0,864	1,66	0,936
2-Planejar	Não	1,55	0,825	1,67	0,761	1,31	0,925
	Sim	1,73	0,853	1,76	0,850	1,62	0,873
3-Utilizar Suporte Instrumental	Não	1,68	0,956	1,85	0,869	1,35	1,068
	Sim	1,52	0,930	1,58	0,933	1,31	0,901
4-Utilizar Suporte Social Emocional	Não	1,58	0,855	1,52	0,781	1,69	1,011
	Sim	1,69	0,913	1,67	0,913	1,79	0,921
5-Religião	Não	1,51	0,928	1,67	0,927	1,19	0,879
	Sim	1,64	0,890	1,65	0,896	1,60	0,880
6-Reinterpretação Positiva	Não	1,56	0,875	1,60	0,872	1,50	0,913
	Sim	1,82	1,663	1,89	1,787	1,55	1,047
7-Auto-Culpabilização	Não	1,50	0,795	1,56	0,852	1,38	0,682
	Sim	1,77	1,225	1,87	1,293	1,40	0,839
8-Aceitação	Não	1,29	0,965	1,37	0,933	1,15	1,049
	Sim	1,66	0,932	1,60	0,891	1,91	1,053
9-Expressão de Sentimentos	Não	1,45	0,902	1,38	0,909	1,58	0,909
	Sim	1,35	0,893	1,33	0,880	1,40	0,958
10-Negação	Não	1,27	0,865	1,29	0,839	1,23	0,949
	Sim	1,22	0,984	1,22	0,971	1,26	1,049
11-Auto-Distracção	Não	1,61	0,914	1,54	0,916	1,77	0,927
	Sim	1,46	0,866	1,44	0,863	1,52	0,891
12-Desinvestimento Comportamental	Não	0,76	0,895	0,75	0,897	0,77	0,927
	Sim	0,72	0,838	0,72	0,825	0,74	0,903
13-Uso de Substâncias (medicamentos/álcool)	Não	0,52	0,850	0,54	0,799	0,50	0,979
	Sim	0,39	0,774	0,44	0,828	0,21	0,491
14-Humor	Não	1,13	0,913	1,04	0,865	1,31	1,011
	Sim	0,97	0,894	0,91	0,876	1,17	0,948

As médias da amostra são, de uma forma global, afectadas pelas dos inimputáveis, assumindo assim valores ligeiramente mais baixos do que as dos imputáveis. Assim, destacamos entre os que TV médias mais elevadas na Reinterpretação Positiva (M=1,82) *Coping* Activo (M=1,80), Auto-Culpabilização (M=1,77), Planejar (M=1,73), Utilizar Suporte Social Emocional (M=1,69), Aceitação (M=1,66) e Religião (M=1,64), bem como médias mais baixas na Uso de Substâncias (M=0,39) e Desinvestimento Comportamental (M=0,72). Os que NTV apresentam as médias mais altas a *Coping* Activo (M=1,81) e a Utilizar Suporte Instrumental (M=1,68) e Auto-Distracção (M=1,61) e as mais baixas também na Uso de Substâncias (M=0,52) e Desinvestimento Comportamental (M=0,76).

O Teste-*t* de Student revela que entre os imputáveis não existem diferenças significativas em todas as escalas para os sujeitos que têm ou não visitas. No caso dos inimputáveis encontramos diferenças significativas na escala Aceitação com uma estatística $t=-2,165$ com 40 graus de liberdade, associada a um valor $p=0,036$. Tendo em consideração o total da amostra verificamos que também na mesma escala se observam diferenças significativas ($t=-2,173$; $p=0,031$).

Tendo em conta os dados constantes do Quadro 65 concluímos que os imputáveis fumadores de tabaco têm médias mais elevadas nas escalas Reinterpretação Positiva (M=1,94), *Coping* Activo (M=1,87), Planear (M=1,73), Utilizar Suporte Instrumental (M=1,72), Auto-Culpabilização (M=1,71) e Utilizar Suporte Social Emocional (M=1,70). Os que não fumam possuem as médias mais altas nas *Coping* Activo (M=1,80), Planear (M=1,76), Religião (M=1,73) e Reinterpretação Positiva (M=1,71). Relativamente aos inimputáveis que consomem tabaco têm as médias mais elevadas nas escalas Utilizar Suporte Social Emocional (M=2,11), Expressão de Sentimentos (M=1,78), *Coping* Activo e Reinterpretação Positiva (ambas com M=1,72), Auto-Distracção (M=1,64) e Planear, Aceitação e Negação (as três com M=1,61). Os inimputáveis que não consomem possuem médias mais altas nas escalas Aceitação (M=1,73) e *Coping* Activo (M=1,65). Os valores na amostra são maioritariamente influenciados pela elevação entre as médias nas escalas entre os imputáveis, atingindo as mais elevadas entre os que consomem tabaco nas Reinterpretação Positiva (M=1,90), *Coping* Activo (M=1,84), Utilizar Suporte Social

Quadro 65 – Médias (M) e desvios padrão (DP) para as escalas do *Brief COPE* por consumo de tabaco

<i>Brief COPE</i>	Consumo de tabaco	Amostra		Imputáveis		Inimputáveis	
		M	DP	M	DP	M	DP
1-Coping Activo	Não	1,76	0,852	1,80	0,872	1,65	0,801
	Sim	1,84	0,888	1,87	0,878	1,72	0,943
2-Planear	Não	1,68	0,819	1,76	0,800	1,46	0,846
	Sim	1,71	0,882	1,73	0,865	1,61	0,963
3-Utilizar Suporte Instrumental	Não	1,47	0,923	1,54	0,925	1,27	0,909
	Sim	1,65	0,943	1,72	0,921	1,39	1,008
4-Utilizar Suporte Social Emocional	Não	1,55	0,910	1,58	0,929	1,50	0,872
	Sim	1,78	0,879	1,70	0,851	2,11	0,932
5-Religião	Não	1,65	0,943	1,73	0,945	1,44	0,924
	Sim	1,57	0,851	1,58	0,854	1,53	0,866
6-Reinterpretação Positiva	Não	1,63	0,904	1,71	0,882	1,40	0,944
	Sim	1,90	1,964	1,94	2,137	1,72	1,060
7-Auto-Culpabilização	Não	1,76	1,405	1,92	1,543	1,33	0,803
	Sim	1,66	0,818	1,71	0,827	1,47	0,776
8-Aceitação	Não	1,60	0,943	1,55	0,873	1,73	1,123
	Sim	1,57	0,960	1,56	0,932	1,61	1,092
9-Expressão de Sentimentos	Não	1,30	0,880	1,33	0,904	1,21	0,820
	Sim	1,44	0,907	1,35	0,868	1,78	1,003
10-Negação	Não	1,22	0,906	1,30	0,902	0,98	0,891
	Sim	1,25	1,012	1,16	0,985	1,61	1,065
11-Auto-Distracção	Não	1,46	0,934	1,42	0,966	1,56	0,851
	Sim	1,52	0,818	1,49	0,777	1,64	0,982
12-Desinvestimento Comportamental	Não	0,72	0,811	0,73	0,819	0,67	0,803
	Sim	0,75	0,889	0,72	0,857	0,86	1,026
13-Uso de Substâncias (medicamentos/álcool)	Não	0,43	0,784	0,45	0,817	0,35	0,699
	Sim	0,41	0,802	0,46	0,829	0,22	0,669
14-Humor	Não	0,97	0,875	0,94	0,901	1,06	0,812
	Sim	1,03	0,925	0,94	0,851	1,42	1,115

Emocional (M=1,78), Planear (M=1,71), Auto-Culpabilização (M=1,66) e Utilizar Suporte Instrumental (M=1,65), enquanto os que não consomem apresentam as mais altas nas *Coping Activo* e Auto-Culpabilização (ambas com M=1,76), Planear (M=1,68), Religião (M=1,65), Reinterpretação Positiva (M=1,63) e Aceitação (M=1,60). As notas mais baixas ocorrem entre os que consomem na Uso de Substância (M=0,41) e Desinvestimento Comportamental (M=0,75), embora nos que não consomem as médias mais baixas se assumam ligeiramente diferentes nas mesmas escalas.

Através do Teste-*t* observamos nos imputáveis que nenhuma das escalas apresenta diferenças significativas quanto aos sujeitos consumirem ou não tabaco. O mesmo não acontece com os inimputáveis, que apresentam diferenças significativas entre os consumidores de tabaco na escala Utilizar Suporte Social Emocional ($t=-2,182$; $p=0,035$), Expressão de Sentimentos ($t=-2,024$; $p=0,050$) e Negação ($t=0,043$; $p=0,043$) (cf. Quadro A8-44 do Anexo 8). Ao aplicarmos o mesmo teste à amostra total verificamos que nenhuma das escalas apresenta diferenças significativas.

O Quadro 66 mostra que nos imputáveis que consomem estupefacientes as médias mais altas encontram-se na escala Reinterpretação Positiva (M=1,89), Auto-Culpabilização (M=1,81), *Coping Activo* (M=1,80), Planear (M=1,72), Utilizar Suportes Instrumental e Social Emocional (ambas com M=1,68), Religião (M=1,65) e Aceitação (M=1,60). Entre os que não consomem as mais elevadas são a *Coping Activo* (M=1,92), Planear (M=1,82), Auto-Culpabilização (M=1,80) Reinterpretação Positiva (M=1,67) e Religião (M=1,66).

Relativamente aos inimputáveis, temos médias superiores entre os que consomem estupefacientes nas escalas Aceitação (M=1,84) *Coping Activo* e Utilizar Suporte Social Emocional (ambas com M=1,80), Reinterpretação Positiva e Expressão de Sentimentos (ambas com M=1,68) e Auto-Distracção (M=1,64). Nos que não consomem as mais altas são na Utilizar Suporte Social Emocional (M=1,73).

Quanto à amostra, temos entre os que consomem médias mais altas nas *Coping Activo* (M=1,79), Planear (M=1,69), Religião e Auto-Culpabilização (M=1,60). Nos que não consomem, as mais elevadas são nas escalas Reinterpretação Positiva (M=1,85), *Coping Activo* (M=1,80), Auto-Culpabilização (M=1,76), Utilizar Suporte Social Emocional (M=1,70), Planear (M=1,69), Utilizar Suporte Instrumental (M=1,66), Aceitação (M=1,64) e Religião (M=1,61).

Procuramos, através do Teste-*t* de Student, verificar se havia diferenças significativas nas escalas do *Brief COPE* entre os consumidores ou não de estupefacientes,

Quadro 66 – Médias (M) e desvios padrão (DP) para as escalas do *Brief COPE* por consumo de estupefacientes

<i>Brief COPE</i>	Consumo de estupefacientes	Amostra		Imputáveis		Inimputáveis	
		M	DP	M	DP	M	DP
1-Coping Activo	Não	1,80	0,877	1,92	0,897	1,55	0,742
	Sim	1,79	0,858	1,80	0,865	1,80	0,947
2-Planear	Não	1,69	0,850	1,82	0,809	1,45	0,902
	Sim	1,69	0,852	1,72	0,843	1,59	0,895
3-Utilizar Suporte Instrumental	Não	1,66	0,942	1,51	0,874	1,05	0,872
	Sim	1,35	0,893	1,68	0,943	1,57	0,955
4-Utilizar Suporte Social Emocional	Não	1,70	0,896	1,53	0,885	1,73	0,966
	Sim	1,59	0,910	1,68	0,891	1,80	0,934
5-Religião	Não	1,61	0,905	1,66	0,871	1,50	0,932
	Sim	1,60	0,887	1,65	0,913	1,45	0,872
6-Reinterpretação Positiva	Não	1,85	1,748	1,67	0,895	1,38	0,887
	Sim	1,57	0,864	1,89	1,866	1,68	1,086
7-Auto-Culpabilização	Não	1,76	1,268	1,80	0,866	1,23	0,678
	Sim	1,60	0,847	1,81	1,341	1,55	0,858
8-Aceitação	Não	1,64	0,939	1,43	0,856	1,50	1,170
	Sim	1,46	0,965	1,60	0,917	1,84	1,028
9-Expressão de Sentimentos	Não	1,37	0,893	1,45	0,943	1,20	0,818
	Sim	1,36	0,902	1,30	0,860	1,68	0,995
10-Negação	Não	1,30	0,999	1,18	0,825	0,90	0,897
	Sim	1,09	0,854	1,25	0,991	1,57	1,015
11-Auto-Distracção	Não	1,50	0,873	1,43	0,909	1,55	0,872
	Sim	1,47	0,891	1,47	0,860	1,64	0,941
12-Desinvestimento Comportamental	Não	0,73	0,859	0,72	0,852	0,73	0,819
	Sim	0,72	0,833	0,73	0,834	0,77	0,985
13-Uso de Substâncias (medicamentos/álcool)	Não	0,26	0,652	0,86	0,979	0,55	0,872
	Sim	0,75	0,947	0,31	0,699	0,07	0,320
14-Humor	Não	0,98	0,885	0,93	0,887	1,28	0,993
	Sim	1,05	0,930	0,94	0,871	1,16	0,943

tendo o mesmo revelado que nos imputáveis ocorrem essas diferenças significativas na escala Uso de Substâncias, que apresenta uma estatística $t=3,151$ com 135 graus de liberdade e uma significância $p=0,003$ (cf. [Quadro A8-45](#) do [Anexo 8](#)). Entre os inimputáveis observamos diferenças significativas na escala Negação com $t=-2,264$ com 40 graus de liberdade, ligado a uma significância $p=0,029$ e Uso de Substâncias com $t=2,332$ ($GL=40$), associada a uma significância $p=0,029$ (cf. [Quadro A8-46](#) do [Anexo 8](#)). Ao aplicarmos o mesmo teste à amostra total verificamos que ocorrem diferenças significativas nas escalas Utilizar Suporte Instrumental ($t=-2,051$; $p=0,042$) e Uso de Substâncias ($t=3,524$; $p=0,001$) (cf. [Quadro A8-47](#) do [Anexo 8](#)).

Através do [Quadro 67](#) podemos chegar à conclusão de que entre os imputáveis com comportamentos auto-agressivos se verificam médias mais altas nas escalas Reinterpretação Positiva ($M=2,04$), Expressão de Sentimentos ($M=2,03$), *Coping* Activo, Auto-Culpabilização (ambas com $M=1,92$), Utilizar Suporte Social Emocional ($M=1,81$), Planear e Religião (ambas com $M=1,73$) e Utilizar Suporte Instrumental ($M=1,69$).

Quadro 67 – Médias e desvios padrão (M±DP) para as escalas do *Brief COPE* por comportamentos auto e hetero-agressivos

<i>Brief COPE</i>		Comportamentos agressivos	
		Auto-agressivos M±DP	Hetero-agressivos M±DP
1-Coping Activo	Amostra	1,87±0,992	1,75±0,783
	Imputável	1,92±0,997	1,72±0,790
	Inimputável	1,67±1,155	1,87±0,854
2-Planear	Amostra	1,69±0,814	1,77±0,783
	Imputável	1,73±0,807	1,86±0,782
	Inimputável	1,50±1,000	1,37±0,750
3-Utilizar Suporte Instrumental	Amostra	1,53±1,024	1,69±1,000
	Imputável	1,69±0,990	1,75±0,927
	Inimputável	0,83±1,041	1,12±0,629
4-Utilizar Suporte Social Emocional	Amostra	1,69±1,000	1,52±0,932
	Imputável	1,81±1,071	1,69±0,860
	Inimputável	1,16±0,289	0,75±0,957
5-Religião	Amostra	1,53±1,008	1,32±0,907
	Imputável	1,73±0,971	1,30±0,825
	Inimputável	0,67±0,764	1,37±1,377
6-Reinterpretação Positiva	Amostra	1,84±0,790	1,52±0,893
	Imputável	2,04±0,628	1,61±0,884
	Inimputável	1,00±1,000	1,12±0,946
7-Auto-Culpabilização	Amostra	1,75±0,753	1,68±0,894
	Imputável	1,92±0,607	1,83±0,840
	Inimputável	1,00±1,000	1,00±0,913
8-Aceitação	Amostra	1,62±0,922	1,45±0,937
	Imputável	1,54±0,720	1,55±0,873
	Inimputável	2,00±1,732	1,00±1,225
9-Expressão de Sentimentos	Amostra	1,87±0,827	1,34±1,039
	Imputável	2,03±0,660	1,47±0,992
	Inimputável	1,17±1,258	0,75±1,190
10-Negação	Amostra	1,22±0,816	1,09±0,984
	Imputável	1,35±0,801	1,22±1,018
	Inimputável	0,67±0,764	0,50±0,577
11-Auto-Distracção	Amostra	1,44±0,873	1,41±0,996
	Imputável	1,31±0,751	1,39±0,963
	Inimputável	2,00±1,323	1,50±1,291
12-Desinvestimento Comportamental	Amostra	0,81±0,814	0,64±0,848
	Imputável	0,77±0,807	0,69±0,877
	Inimputável	1,00±1,000	0,38±0,750
13-Uso de Substâncias (medicamentos/álcool)	Amostra	0,72±0,948	0,82±1,063
	Imputável	0,88±0,982	0,83±1,124
	Inimputável	0,00±0,000	0,75±0,866
14-Humor	Amostra	0,84±0,746	0,84±0,836
	Imputável	0,88±0,795	0,92±0,862
	Inimputável	0,67±0,577	0,50±0,707

Nos imputáveis que têm comportamentos hetero-agressivos verificam-se elevações nas médias das escalas Planear (M=1,86), Auto-Culpabilização (M=1,83), Utilizar Suporte Instrumental (M=1,75), *Coping Activo* (M=1,72), Utilizar Suporte Social Emocional (M=1,69) e Reinterpretação Positiva (M=1,61). Junto dos inimputáveis com comportamentos auto-agressivos temos médias mais acentuadas nas escalas Aceitação e Auto-Distracção (ambas com M=2,00), *Coping Activo* (M=1,67), enquanto nos que têm comportamentos hetero-agressivos as médias mais altas ocorrem na *Coping Activo* (M=1,87). Na amostra

total verificamos que entre os que têm CAA as médias mais altas são na *Coping Activo* (M=1,87), Reinterpretação Positiva (M=1,84), Auto-Culpabilização (M=1,75), Planear e Utilizar Suporte Social Emocional (M=1,69) e Aceitação (M=1,62), enquanto CHA situam-se na Planear (M=1,77), *Coping Activo* (M=1,75), Utilizar Suporte Instrumental (M=1,69) e Auto-Culpabilização (M=1,68). As médias mais baixas, considerando qualquer grupo de sujeitos, encontram-se na Uso de Substâncias, Humor e Desinvestimento Comportamental, embora com médias que variam ligeiramente entre si.

A aplicação do Teste-*t* de Student revela que quer tendo em conta a amostra, quer os imputáveis ou inimputáveis, não se verificam diferenças significativas em nenhuma das escalas do *Brief COPE* para os comportamentos auto e hetero-agressivos.

–Comparação de resultados entre as dimensões do ESSS e as variáveis envolvidas nas hipóteses levantadas

A análise do Quadro 68 revela que os imputáveis apresentam a média mais elevada na dimensão Satisfação com a Família (SA, M=2,72). Seguem-se, por ordem decrescente, as dimensões Actividades Sociais (AS, M=2,69), Satisfação com Amizades (SA, M=2,53), Intimidade (IN, M=1,95). Os inimputáveis seguem a mesma tendência, isto é, têm uma elevação na média da dimensão SF (M=2,94), seguida da AS (M=2,76), SA (M=2,47) e IN (M=2,12). Aplicamos o Teste-*t* de Student para sabermos se os grupos variam relativamente à situação jurídica. Relativamente à amostra verificamos que não há diferenças significativas entre imputáveis e inimputáveis.

Quadro 68 – Médias e desvios padrão (M±DP), Teste-*t* e graus de liberdade (GL) para a comparação entre imputáveis e inimputáveis relativamente às dimensões do ESSS

ESSS	Imputáveis	Inimputáveis	Teste- <i>t</i> (GL=176)
	M±DP	M±DP	
SA- Satisfação com Amizades	2,53±0,860	2,47±0,764	0,676
IN- Intimidade	1,95±0,816	2,12±0,842	0,256
SF- Satisfação com Família	2,72±1,411	2,94±1,410	0,381
AS- Actividades Sociais	2,69±1,308	2,76±1,302	0,761

O Quadro 69 mostra a comparação de médias entre os antecedentes criminais relativamente às dimensões do ESSS. Verificamos que os imputáveis primários apresentam médias, por ordem decrescente, de M=2,62 na dimensão SF, M=2,53 nas SA e AS e M=1,93 na IN. Relativamente aos imputáveis reincidentes temos a média mais elevada na dimensão AS (M=2,92), depois na SF (M=2,86), SA (M=2,54) e IN (M=1,97).

Quadro 69 – Médias e desvios padrão (M±DP) para a comparação entre primários e reincidentes relativamente às dimensões do ESSI

ESSS		Antecedentes criminais	
		Primário	Reincidente
		M±DP	M±DP
SA- Satisfação com Amizades	Amostra	2,49±0,844	2,57±0,825
	Imputáveis	2,53±0,896	2,54±0,817
	Inimputáveis	2,37±0,696	2,72±0,867
IN- Intimidade	Amostra	2,02±0,845	1,93±0,783
	Imputáveis	1,93±0,817	1,97±0,822
	Inimputáveis	2,26±0,884	1,68±0,488
SF- Satisfação com Família	Amostra	2,75±1,399	2,82±1,434
	Imputáveis	2,62±1,385	2,86±1,447
	Inimputáveis	3,08±1,401	2,64±1,418
AS- Actividades Sociais	Amostra	2,59±1,385	2,92±1,482
	Imputáveis	2,53±1,400	2,92±1,145
	Inimputáveis	2,76±1,356	2,91±1,221

Os inimputáveis primários possuem a média mais elevada na dimensão SF (M=3,08), AS (M=2,76), SA (M=2,37) e IN (M=2,26). Os reincidentes apresentam a mais elevadas na AS (M=2,91), SA (M=2,72), SF (M=2,64) e IN (M=1,68).

Quanto à amostra observamos que entre os primários a média mais elevada se situa na dimensão SF (M=2,75) e a mais baixa na IN (M=2,02), enquanto nos reincidentes a mais alta ocorre na AS (M=2,92) e mais baixa na IN (M=1,93).

O Teste-*t* não revela diferenças significativas entre imputáveis primários e reincidentes em todas as dimensões do ESSI, ocorrendo o mesmo no total da amostra. Porém, os inimputáveis revelam diferenças significativas na escala IN, com uma estatística $t=2,044$ com 40 graus de liberdade e um valor $p=0,048$ (cf. [Quadro A7-48 do Anexo 8](#)).

Tendo em conta os dados constantes do [Quadro 70](#) podemos concluir que os reclusos que já se encontram presos até cerca de 1 ano apresentam maior elevação na

Quadro 70 – Médias e desvios padrão (M±DP) para a comparação entre os diferentes períodos em que se encontra em privação jurídica de liberdade, quanto às dimensões do ESSI

ESSS		Período decorrido de privação jurídica de liberdade				
		Menos de 1 A	De 1 a 3 A	De 3 a 6 A	De 6 a 10 A	Mais de 10 A
		M±DP	M±DP	M±DP	M±DP	M±DP
SA- Satisfação Amizades	Amostra	2,80±1,024	2,46±0,882	2,53±0,684	2,60±1,011	2,69±0,437
	Imputável	2,78±1,133	2,49±0,919	2,60±0,634	2,49±1,035	2,50±0,416
	Inimputável	2,90±0,424	2,31±0,713	2,33±0,816	2,80±1,049	2,84±0,433
IN- Intimidade	Amostra	2,00±0,983	2,00±0,841	1,86±0,668	1,95±0,735	2,50±1,218
	Imputável	1,94±1,021	1,99±0,839	1,89±0,737	1,92±0,625	1,62±1,250
	Inimputável	2,25±0,353	2,03±0,873	1,77±0,410	2,00±0,984	3,20±0,647
SF- Satisfação Família	Amostra	2,18±1,285	2,68±1,388	2,98±1,443	2,59±1,403	3,92±1,211
	Imputável	2,00±1,269	2,66±1,414	3,03±1,459	2,67±1,302	3,25±1,524
	Inimputável	3,00±1,414	2,77±1,305	2,85±1,456	2,47±1,726	4,47±0,605
AS- Actividades Sociais	Amostra	2,54±1,493	2,63±1,297	2,85±1,217	2,31±1,074	3,67±1,509
	Imputável	2,41±1,579	2,62±1,279	2,86±1,228	2,26±1,077	3,75±1,893
	Inimputável	3,17±1,178	2,65±1,407	2,82±1,241	2,40±1,188	3,60±1,362

dimensão SA (M=2,78), enquanto os doentes mentais têm a mais elevadas na dimensão AS (M=3,17), na SF (M=3,00) e na SA (M=2,90), bem como tendo em conta o total da amostra as mais altas situam-se na SA (M=2,80) e a mais baixa na IN (M=2,00). No período entre 1 e 3 anos a dimensão SF apresenta valores mais elevados nos imputáveis (M=03,03), inimputáveis (M= 2,85) e a amostra (M=2,68). No de 3 a 6 anos é na SF que os imputáveis (M=3,03) e a amostra (M=2,98) têm médias mais elevadas, enquanto os inimputáveis a têm na AS (M=2,86). Quanto ao de 6 a 10 anos, nos imputáveis a elevação verifica-se na dimensão SF (M=2,67), assim como a amostra (M=2,59), embora os inimputáveis a apresentem na SA (M=2,80) e a amostra na SF (M=2,98). No superior a 10 anos. Os primeiros sobem ligeiramente a média na dimensão SF (M=3,25), conquanto os segundos têm valores acima da média (M=4,47) na mesma escala, e a amostra

Aplicamos o Teste One-Way ANOVA, tendo-se observado apenas variabilidades internas entre os períodos de cumprimento de privação jurídica de liberdade, nos inimputáveis, na dimensão IN, a qual apresenta uma estatística $F=1,840$ com 4 graus de liberdade e um valor $p=0,022$ (cf. Quadro A8-49 do Anexo 8).

O Quadro 71 refere-se à comparação de médias das dimensões do ESSS por medidas de flexibilização. Entre os imputáveis que não beneficiam das mesmas a SF atinge a média mais alta entre as restantes (M=2,74), assim como a amostra (M=2,83), enquanto os inimputáveis têm médias mais elevadas do que os primeiros em todas as dimensões, sendo a mais alta nas AS (M=3,25). Quanto às LSJ, os reclusos têm média mais elevada nas dimensões SF e AS (ambas com M=2,48) e os doentes mentais na SA (M=2,51), enquanto a amostra tem a mais alta na SF (M=2,43). Nos que se refere às LSJ/RAI, os imputáveis

Quadro 71 – Médias e desvios padrão (M±DP) para as dimensões do ESSS por medidas de flexibilização

ESSS		Medidas de flexibilização		
		Não beneficia	LSJ	LSJ e RAI
		M±DP	M±DP	M±DP
SA- Satisfação com Amizades	Amostra	2,57±0,871	2,26±0,725	2,55±0,808
	Imputáveis	2,55±0,890	2,13±0,710	2,67±0,819
	Inimputáveis	2,62±0,793	2,51±0,729	2,27±0,733
IN- Intimidade	Amostra	2,00±0,839	1,79±0,802	2,08±0,788
	Imputáveis	1,99±0,833	1,51±0,525	2,11±0,836
	Inimputáveis	2,06±0,891	2,33±1,000	2,03±0,694
SF- Satisfação com Família	Amostra	2,83±1,432	2,43±1,445	2,88±1,354
	Imputáveis	2,74±1,440	2,48±1,411	2,82±1,387
	Inimputáveis	3,25±1,351	2,33±1,599	3,02±1,313
AS- Actividades Sociais	Amostra	2,71±1,319	2,37±1,328	2,95±1,235
	Imputáveis	2,65±1,332	2,48±1,300	2,95±1,240
	Inimputáveis	3,02±1,244	2,15±1,435	2,94±1,266

e a amostra têm média mais alta na AS (ambos com $M=2,95$), os inimputáveis na SF (3,02). O Teste One-Way ANOVA mostra haver variabilidades internas entre as medidas de flexibilização na dimensão IN ($F=2,759$; $p=0,045$) no caso dos imputáveis (cf. Quadro A8-50 do Anexo 8). Tal não ocorre quando aplicado aos inimputáveis ou à amostra total.

O Quadro 72 mostra que os imputáveis que têm actividades possuem, de forma geral, médias mais altas dos que os que não têm, em todas as dimensões, sendo a mais elevada na SF ($M=2,77$). Ao contrário, os inimputáveis que não têm actividades têm valores mais elevados em todas as dimensões, sendo a mais alta na SA ($M=2,73$). Na amostra, o valor mais elevado é na SA ($M=2,67$). O Teste-*t* de Student revela diferenças significativas apenas nos inimputáveis na IN ($t=2,132$; $p=0,039$) (cf. Quadro A8-51 do Anexo 8).

Quadro 72 – Médias e desvios padrão ($M\pm DP$) para as dimensões do ESSI por trabalho/ocupação no EP

ESSS		Trabalho e/ou ocupação	
		Sim	Não
		$M\pm DP$	$M\pm DP$
SA- Satisfação com Amizades	Amostra	2,53±0,836	2,50±0,841
	Imputáveis	2,58±0,859	2,45±0,867
	Inimputáveis	2,39±0,766	2,73±0,693
IN- Intimidade	Amostra	1,97±0,825	2,00±0,819
	Imputáveis	1,98±0,850	1,89±0,750
	Inimputáveis	1,97±0,762	2,61±0,936
SF- Satisfação com Família	Amostra	2,80±1,420	2,72±1,394
	Imputáveis	2,77±1,439	2,63±1,365
	Inimputáveis	2,90±1,386	3,22±1,518
AS- Actividades Sociais	Amostra	2,73±1,304	2,69±1,304
	Imputáveis	2,75±1,309	2,59±1,313
	Inimputáveis	2,69±1,309	3,22±1,291

O Quadro 73 mostra que os que têm ou não visitas – amostra, imputáveis e inimputáveis – têm valores médios em todas as dimensões. Verificamos que nos

Quadro 73 – Médias (M) e desvios padrão (DP) para as dimensões do ESSI por ter ou não visitas

ESSS		Visitas	
		Sim	Não
		$M\pm DP$	$M\pm DP$
SA- Satisfação com Amizades	Amostra	2,51±0,808	2,56±0,937
	Imputáveis	2,54±0,848	2,51±0,930
	Inimputáveis	2,38±0,631	2,66±0,981
IN- Intimidade	Amostra	1,92±0,801	2,22±0,856
	Imputáveis	1,90±0,802	2,15±0,860
	Inimputáveis	1,99±0,809	2,36±0,864
SF- Satisfação com Família	Amostra	2,66±1,363	3,21±1,501
	Imputáveis	2,59±1,351	3,27±1,555
	Inimputáveis	2,91±1,405	3,10±1,443
AS- Actividades Sociais	Amostra	2,70±1,306	2,79±1,319
	Imputáveis	2,64±1,295	2,90±1,369
	Inimputáveis	2,91±1,348	2,56±1,235

imputáveis o Teste-*t* apresenta diferenças significativas na dimensão SF ($t=2,226$; $p=0,028$) e que junto da amostra total apresenta diferenças significativas nas dimensões IN ($t=2,069$; $p=0,040$) e SF ($t=2,195$; $p=0,029$) (cf. Quadros A8-53 a A8-54 do Anexo 8).

O Quadro 74 mostra que para o consumo ou não de tabaco também os valores se encontram dentro de níveis médios em todas as dimensões para qualquer dos grupos que se tenha em conta. Quanto ao Teste-*t*, denota diferenças significativas apenas na dimensão SA ($t=-1,977$; $p=0,050$) quando aplicado à amostra (cf. Quadro A8-55 do Anexo 8).

Quadro 74 – Médias (M) e desvios padrão (DP) para as dimensões do ESSI por consumo de tabaco

ESSS		Consumo de tabaco	
		Sim	Não
		M±DP	M±DP
SA- Satisfação com Amizades	Amostra	2,64±0,851	2,40±0,806
	Imputáveis	2,69±0,906	2,37±0,781
	Inimputáveis	2,44±0,564	2,48±0,884
IN- Intimidade	Amostra	1,96±0,857	2,01±0,787
	Imputáveis	1,95±0,887	1,95±0,740
	Inimputáveis	2,01±0,750	2,18±0,901
SF- Satisfação com Família	Amostra	2,82±1,448	2,74±1,377
	Imputáveis	2,75±1,465	2,69±1,361
	Inimputáveis	3,05±1,392	2,90±1,436
AS- Atividades Sociais	Amostra	2,85±1,334	2,59±1,271
	Imputáveis	2,83±1,327	2,54±1,279
	Inimputáveis	2,89±1,400	2,74±1,262

Os resultados do Quadro 75 revelam que também no consumo de estupefacientes os valores estão dentro de níveis médios para qualquer dos subgrupos. A aplicação do Teste-*t* aponta para diferenças significativas nos inimputáveis na dimensão SA ($t=2,258$;

Quadro 75 – Médias (M) e desvios padrão (DP) para as dimensões do ESSI por consumo de estupefacientes

ESSS		Consumo de estupefacientes	
		Sim	Não
		M±DP	M±DP
SA- Satisfação com Amizades	Amostra	2,52±0,756	2,52±0,874
	Imputáveis	2,41±0,697	2,58±0,914
	Inimputáveis	2,73±0,834	2,23±0,599
IN- Intimidade	Amostra	1,99±0,813	1,98±0,828
	Imputáveis	1,87±0,706	1,98±0,856
	Inimputáveis	2,20±0,968	2,02±0,702
SF- Satisfação com Família	Amostra	3,10±1,316	2,63±1,432
	Imputáveis	2,98±1,297	2,62±1,446
	Inimputáveis	3,32±1,357	2,65±1,397
AS- Atividades Sociais	Amostra	2,79±1,211	2,69±1,352
	Imputáveis	2,84±1,258	2,64±1,328
	Inimputáveis	2,68±1,137	2,91±1,466

$p=0,029$) e na amostra total na SF ($t=2,107$; $p=0,037$) (cf. Quadros A8-56 e A8-57 do Anexo 8).

Podemos observar no Quadro 76 que nos imputáveis com comportamentos auto-agressivos a dimensão que apresenta valor mais elevado é a SF ($M=2,79$), enquanto que com os hetero-agressivos a que tem mais alta é a SF ($M=2,94$). Conquanto, os inimputáveis apresentam valores mais elevados em todas as dimensões quer nos comportamentos auto-agressivos ($M=3,44$, na dimensão SF), quer nos hetero-agressivos ($M=3,83$, também na SF). Na amostra verificamos um valor mais elevado na SF com $M=3,11$ nos CAA e na AS com $M=3,30$. A aplicação do Teste t de Student revela não haver diferenças significativas entre comportamentos auto e hetero-agressivos, tanto nos (in)imputáveis, como considerando o total da amostra.

Quadro 76 – Médias (M) e desvios padrão (DP) para as dimensões do ESSS por comportamentos auto e hetero-agressivos

ESSS		Comportamentos agressivos	
		Auto-agressivos	Hetero-agressivos
		M±DP	M±DP
SA- Satisfação com Amizades	Amostra	2,70±0,689	2,31±0,802
	Imputáveis	2,60±0,622	2,23±0,838
	Inimputáveis	3,13±0,945	2,65±0,574
IN- Intimidade	Amostra	2,06±0,649	2,42±1,353
	Imputáveis	2,00±0,661	2,01±0,797
	Inimputáveis	2,33±0,629	2,37±1,163
SF- Satisfação com Família	Amostra	3,11±1,548	2,71±1,032
	Imputáveis	2,79±1,337	2,94±1,539
	Inimputáveis	3,44±1,575	3,83±1,575
AS- Actividades Sociais	Amostra	2,71±1,032	3,30±1,341
	Imputáveis	2,59±0,883	3,28±1,456
	Inimputáveis	3,22±1,678	3,42±0,739

ii) Análise das associações entre os resultados dos instrumentos de avaliação e as principais variáveis do estudo

Com esta análise pretendemos clarificar as relações de (inter)dependência mútua estabelecidas entre os constructos de cada um dos instrumentos de avaliação e as principais variáveis envolvidas neste estudo. Isto permitirá compreender melhor a importância das escalas/dimensões “*e a forma como estas são afectados pelas variáveis – condicionantes sociais ou de outro género com existência empírica – permitindo encontrar formas de trabalhar estes sintomas através da manipulação externa das condicionantes*” (Marques, 2007, p. 321; Pais-Ribeiro, 1999b; Guéguen, 1999). Para esta análise recorreremos ao teste de correlações r de Pearson de forma bi-direccionada, por considerarmos que as variáveis

poderiam ter associações mútuas, aplicando à população total e aos subgrupos (imputáveis e inimputáveis), seguindo a mesma linha que adotamos na apresentação dos resultados.

Assim, começamos por cruzar as escalas do CAQ com a situação jurídica, antecedentes criminais, tempo de cumprimento, medidas de flexibilização, trabalho/ocupação, visitas, consumo de tabaco, consumo de estupefacientes e comportamentos auto e hetero-agressivos, utilizando a amostra total. Concluímos que de uma forma geral as escalas apresentam correlações muito fortes entre si na sua grande maioria ($p < 0,001$), embora algumas sejam fortes (entre $p < 0,01$ e $p < 0,05$), permitindo-nos afirmar que as escalas envolvidas se encontram positivamente relacionadas, excepto na correlação entre as seguintes: *a*) Desvio Psicopático e as escalas Depressão Suicida ($p = 0,756$), Depressão Ansiosa ($p = 0,061$), Culpabilidade-Ressentimento ($p = 0,168$), Apatia-Retirada ($p = 0,539$) e Paranóia ($p = 0,051$); *b*) Esquizofrenia e Desvio Psicopático ($p = 0,831$); *c*) Psicastenia e Desvio Psicopático ($p = 0,858$); *d*) Desajuste Psicológico e Desvio Psicopático ($p = 0,308$) (cf. Quadro A9-1 do Anexo 9).

Nos imputáveis também observamos correlações significativas entre todas as escalas, maioritariamente com um valor $p < 0,001$ e em casos mais pontuais com p entre 0,01 e 0,05, excluindo na correlação entre as escalas a seguir referidas: *a*) D4 com a D1 ($p = 0,086$); *b*) Pp com todas as escalas, salvo na D1 ($p = 0,011$); *c*) Sc com a Pp ($p = 0,633$); *d*) As com a Pp ($p = 0,852$); *e*) Ps com a Pp ($p = 0,346$) (cf. Quadro A9-2 do Anexo 9). Relativamente aos inimputáveis temos correlações muito fortes ($p < 0,000$) de uma forma geral em todas as escalas, exclusive nas seguintes: *a*) D3 com a D1 ($p = 0,160$); *b*) D4 com a D3 ($p = 0,081$); *c*) Pp com as restantes escalas, menos com a D3 ($p = 0,008$); *d*) Sc com a Pp ($p = 0,265$); *e*) As com a Pp ($p = 0,563$); *f*) Ps com a Pp ($p = 0,732$) (cf. Quadro A9-3 do Anexo 9).

No que respeita à análise das correlações estabelecidas entre as escalas do CAQ e as variáveis em causa, verificamos que na amostra total não há correlações significativas quer entre a situação jurídica, quer com consumo de estupefacientes, quer ainda com comportamentos auto e hetero-agressivos com qualquer das escalas. No entanto, relativamente às restantes variáveis existem correlações significativas entre si e com as várias escalas, sugerindo associações entre as mesmas, as quais apresentamos de forma resumida no Quadro 77 (ver também Quadro A9-1 do Anexo 9).

Procuramos também junto dos imputáveis verificar se havia correlações entre as escalas do CAQ e as variáveis constantes do Quadro A9-2 do Anexo 9, tendo-se apurado que não há correlações significativas entre a situação jurídica, tempo de cumprimento de

Quadro 77 – Correlações significativas entre as variáveis que as apresentam e as escalas do CAQ, na amostra

Variáveis versus escalas	Correlações	Interpretações	
AC-Antecedentes criminais	D2 D7 Sc Ps	$r=0,156; p=0,030$ $r=0,186; p=0,009$ $r=0,181; p=0,011$ $r=0,144; p=0,045$	Sendo a correlação positiva, parece haver associação entre os AC e as mencionadas escalas. Apesar dos níveis de significância não serem muito fortes, estes dados parecem indicar que quando sobem os valores de AC também sobem os das escalas.
TC- Tempo de cumprimento	Pp	$r=-0,169; p=0,018$	TC e Pp têm mutuamente uma correlação negativa, o que leva a crer que o TC tem um comportamento inverso em relação a essa escala. Este facto sugere que quanto maior é o TC menor é a pontuação na escala Pp; logo, os sujeitos que se encontram por um período mais curto de reclusão/internamento, tendencialmente parecem revelar maiores indicadores de Pp.
MF- Medidas de flexibilização	D1 D2 D4 D5 D6 D7 Pa Sc As Ps	$r=-0,176; p=0,014$ $r=-0,189; p=0,005$ $r=-0,163; p=0,023$ $r=-0,183; p=0,010$ $r=-0,260; p=0,000$ $r=-0,190; p=0,008$ $r=-0,208; p=0,003$ $r=-0,219; p=0,002$ $r=-0,204; p=0,004$ $r=-0,181; p=0,011$	As MF correlacionam-se de forma negativa com as escalas referidas. Assim, estes dados sugerem que as MF têm cum comportamento inverso relativamente a essas escalas, pelo que quanto mais têm MF, menor será a tendência de terem sintomatologia associada a estas escalas. No entanto, devemos atentar para o facto de o nível ser mais forte em algumas correlações e em outras menos forte, pelo que os segundos deverão ser lidos com maior cautela. Note-se, ainda, que as únicas escalas do CAQ que não apresentam correlações significativas com a MF são a D3 ($r=-0,117; p=0,104$) e Pp ($r=-0,77; p=0,284$).
TO- Trabalho/ ocupação	D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7 Pa Sc As Ps	$r=-0,209; p=0,003$ $r=-0,189; p=0,008$ $r=-0,145; p=0,043$ $r=-0,169; p=0,018$ $r=-0,182; p=0,011$ $r=-0,207; p=0,004$ $r=-0,208; p=0,003$ $r=-0,212; p=0,003$ $r=-0,180; p=0,012$ $r=-0,184; p=0,010$ $r=-0,179; p=0,013$	Verificam-se correlações negativas entre o TO e todas as escalas referidas, o que é revelador de que o TO apresenta um comportamento inverso ao das escalas, isto é, quando mais têm TO menor é a tendência de apresentar sintomatologia associada a estas escalas. Porém, devemos ter em conta que os níveis de significância são mais fortes em algumas correlações relativamente a outras, devendo estes últimos ser lidos com mais cautela. Note-se que a única escala do CAQ que não apresenta correlação significativa com a TO é a Pp ($r=-0,99; p=0,170$).
VI- Visitas	D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7 Pa Sc As Ps	$r=-0,200; p=0,005$ $r=-0,193; p=0,007$ $r=-0,146; p=0,042$ $r=-0,142; p=0,047$ $r=-0,181; p=0,011$ $r=-0,189; p=0,008$ $r=-0,226; p=0,001$ $r=-0,217; p=0,002$ $r=-0,185; p=0,010$ $r=-0,204; p=0,004$ $r=-0,153; p=0,032$	Observam-se correlações negativas entre o VI e todas as escalas referidas, o que é revelador de que as VI apresentam um comportamento inverso ao das escalas, isto é, quando mais VI têm menos será a tendência para apresentar sintomatologia associada a estas escalas. Porém, devemos ter em conta que os níveis de significância são mais fortes em algumas correlações relativamente a outras, devendo estes últimos ser lidos com mais cautela. Note-se que a única escala do CAQ que não apresenta correlação significativa com a VI é a Pp ($r=-0,89; p=0,217$).
CT- Consumo de tabaco	D1 D2 D3 D5 D6 D7 Pa Sc As Ps	$r=-0,180; p=0,012$ $r=-0,175; p=0,014$ $r=-0,158; p=0,028$ $r=-0,174; p=0,015$ $r=-0,196; p=0,006$ $r=-0,227; p=0,001$ $r=-0,181; p=0,011$ $r=-0,163; p=0,022$ $r=-0,204; p=0,004$ $r=-0,153; p=0,032$	Temos correlações negativas entre o CT e todas as escalas referidas, o que é revelador de que o CT apresenta um comportamento inverso ao das escalas, isto é, quando mais CT menos será a tendência para apresentar sintomatologia associada a estas escalas. Contudo, como foi atrás referido, devemos ter em conta que os níveis de significância são mais fortes em algumas correlações do que em outras, devendo estes últimos ser lidos com mais cautela. Note-se que as únicas escalas do CAQ que não apresentam correlações significativas com o CT são a D4 ($r=-0,129; p=0,072$) e a Pp ($r=-0,103; p=0,153$).
CE- Consumo de estupefacientes	D5	$r=-0,201; p=0,014$	A correlação entre CE e D5 é negativa, revelando um comportamento inverso de uma relativamente à outra variável, isto é, quando é maior o CE há menor tendência para apresentar sintomatologia associada à escala D5. Note-se que as restantes escalas do CAQ não apresentam correlações significativas.

prisão/internamento, visitas, consumo de tabaco e comportamentos auto/hetero-agressivos com qualquer das escalas. As correlações significativas estão sintetizadas no [Quadro78](#).

Tendo em conta a análise realizada aos inimputáveis, chegamos à conclusão de que não existem correlações significativas entre a situação jurídica, antecedentes criminais, consumo de estupefacientes e comportamentos auto/hetero-agressivos com qualquer das escalas. As correlações significativas estão sintetizadas no [Quadro79](#).

Quadro 78 – Correlações significativas entre as variáveis que as apresentam e as escalas do CAQ, junto dos imputáveis

Variáveis versus escalas	Correlações	Interpretações
AC-Antecedentes criminais	D7 Sc $r=0,187; p=0,023$ $r=0,168; p=0,042$	Sendo a correlação positiva, parece haver associação entre os AC e as mencionadas escalas. Apesar dos níveis de significância não serem muito fortes, estes dados parecem indicar que quando sobem os valores de AC também sobem os das escalas. Devido aos níveis de significância não serem muito fortes, os dados devem ser lidos com cautela.
TC- Tempo de cumprimento	Pp $r=-0,224; p=0,006$	TC e Pp têm mutuamente uma correlação negativa, tendo comportamentos inversos. Assim, quanto maior é o TC menor é a pontuação na Pp; logo, os sujeitos que estão por um período mais curto de reclusão/internamento, parecem tender a revelar maiores indicadores de Pp.
MF- Medidas de flexibilização	D6 $r=-0,215; p=0,009$	Também aqui se verificam correlações negativas, seguindo a interpretação a mesma linha anterior, com as devidas adaptações.
TO- Trabalho/ ocupação	D1 D4 D5 Ps $r=-0,191; p=0,020$ $r=-0,182; p=0,027$ $r=-0,188; p=0,022$ $r=-0,162; p=0,050$	O mesmo se passa entre o TO e as escalas do CAQ aqui mencionadas, com as devidas adaptações e cautelas.
CE- Consumo de estupefacientes	D5 $r=-0,201; p=0,014$	Também para este caso se deve fazer uma leitura semelhante, com as devidas adaptações e cautelas.

Quadro 79 – Correlações significativas entre as variáveis em que as apresentam e as escalas do CAQ, junto dos inimputáveis

Variáveis versus escalas	Correlações	Interpretações
MF- Medidas de flexibilização	D1 D2 D6 D7 Pa Sc As $r=-0,310; p=0,034$ $r=-0,417; p=0,004$ $r=-0,320; p=0,028$ $r=-0,373; p=0,010$ $r=-0,356; p=0,014$ $r=-0,356; p=0,014$ $r=-0,299; p=0,041$	Temos correlações negativas entre as MF e todas as citadas escalas, revelando que mutuamente apresentam comportamentos inversos, isto é, quando mais MF menos será a tendência para apresentar sintomatologia associada às escalas em questão. Contudo, como foi atrás referido, devemos ter em conta que os níveis de significância são mais fortes em algumas correlações do que em outras, devendo estes últimos ser lidos com mais cautela.
TO- Trabalho/ ocupação	D1 D2 D5 D6 D7 Pa Sc As $r=-0,307; p=0,036$ $r=-0,364; p=0,012$ $r=-0,290; p=0,048$ $r=-0,305; p=0,037$ $r=-0,383; p=0,008$ $r=-0,360; p=0,013$ $r=-0,341; p=0,019$ $r=-0,323; p=0,027$	O TO e as referidas escalas do CAQ apresentam correlações negativas mútuas, revelando que apresentam comportamentos inversos. Logo, quanto mais estiverem envolvidos em actividades, menor será a tendência para o desenvolvimento de sintomatologia associada às mesmas escalas. A mesma cautela deve ser tida em consideração, pois os níveis de significância não são muito fortes.
VI- Visitas	D1 D2 D3 D5 D6 D7 Pa Sc As $r=-0,323; p=0,027$ $r=-0,372; p=0,010$ $r=-0,290; p=0,048$ $r=-0,317; p=0,030$ $r=-0,333; p=0,022$ $r=-0,400; p=0,005$ $r=-0,358; p=0,014$ $r=-0,355; p=0,014$ $r=-0,334; p=0,022$	Também aqui as VI e as citadas escalas apresentam correlações negativas mútuas, revelando que apresentam comportamentos inversos. Assim, aparentemente quanto mais visitas têm, menor será a tendência para o desenvolvimento de sintomatologia associada às mesmas escalas. Também aqui se deve ter cautela na leitura dos dados, pois os níveis de significância não são muito fortes.
Ct- Consumo de tabaco	D1 D2 D3 D5 D6 D7 Pa Sc AS $r=-0,303; p=0,039$ $r=-0,350; p=0,015$ $r=-0,305; p=0,037$ $r=-0,294; p=0,045$ $r=-0,328; p=0,024$ $r=-0,411; p=0,004$ $r=-0,340; p=0,019$ $r=-0,333; p=0,022$ $r=-0,321; p=0,028$	Igualmente se pode aqui fazer uma leitura semelhante, com as devidas adaptações e cautelas.

Quando cruzamos as dimensões do SF-8 com as mesmas variáveis atrás mencionadas concluímos que têm muito fortes correlações mútuas na amostra total. Observamos que a grande maioria assume valores de $p=0,000$, exceptuando-se os seguintes casos: a) na dimensão DE com a DC de valor $p=0,002$ e com a DF, SG e V que têm um valor $p=0,036$, não apresentando correlação significativa com a escala FF ($p=0,398$); b) na SM com a FF ($p=0,012$) e DE ($p=0,013$) (cf. [Quadro A9-4](#) do [Anexo 9](#)). Ao

aplicarmos aos imputáveis notamos correlações mutuamente fortes entre as dimensões, salvo nas que se seguem: *a*) na dimensão DF com a FF apresenta um valor $p=0,005$; *b*) na SG com a FF, também um valor $p=0,005$; *c*) na V com a FF, igualmente um valor $p=0,005$; *d*) na FS com a FF, um valor $p=0,004$; *e*) na DE com a DC, um valor $p=0,005$, com as DF, SG e V um valor $p=0,015$ e com a FS um valor $p=0,017$, não exibindo correlação significativa com a FF, com um valor $p=0,815$; *f*) na SM com a FF também não apresenta correlação significativa, pois $p=0,088$ (cf. Quadro A9-5 do Anexo 9). Cruzando as dimensões junto dos imputáveis temos correlações muito fortes que oscilam com correlações fortes, conforme podemos observar no Quadro A9-6 do Anexo 9, assim como outras dimensões não apresentam correlações significativas, como a FS com a DF, SG e V, a DE com todas as restantes e a SM com a FS e a DE.

Quanto à análise das correlações estabelecidas entre as dimensões do SF-8 e as principais variáveis, constatamos que na amostra total não há correlações significativas entre qualquer das escalas e a situação jurídica e os comportamentos auto/hetero-agressivos. No entanto, relativamente às restantes variáveis existem correlações significativas entre si e com várias escalas, sugerindo associações entre as mesmas, que resumimos no Quadro 80 (ver também Quadro A9-4 do Anexo 9).

Quadro 80 – Correlações significativas entre as variáveis que as apresentam e as dimensões do SF-8, na amostra

Variáveis versus escalas	Correlações	Interpretação
AC-Antecedentes criminais	FS $r=-0,170$; $p=0,023$	Os AC e a FS têm mútuas correlações negativas, o que revela que têm comportamentos inversos, isto é, quanto mais os sujeitos têm antecedentes criminais, menor é a tendência para o FS. Devemos ter cautela ao ler estes dados, por não ser muito forte o nível de significância.
MF- Medidas de flexibilização	FS $r=0,160$; $p=0,032$	As MF e a FS apresentam correlações positivas entre si, parecendo haver associação entre ambas. Apesar dos níveis de significância não serem muito fortes e de requerer uma leitura com mais cautela, estes dados parecem indicar que quando mais MF possuem maior o FS.
TO- Trabalho/ ocupação	DF $r=0,228$; $p=0,002$ SG $r=0,228$; $p=0,002$ V $r=0,228$; $p=0,002$ DE $r=-0,149$; $p=0,046$	O TO correlaciona-se de forma positiva com DF, SG e V, sugerindo haver associação entre todos os componentes. Apesar dos níveis de significância não serem muito fortes e de requerer uma leitura com mais cautela, estes dados parecem indicar que quando sobem os valores de TO também sobem os das dimensões. A correlação entre TO e DE é negativa, revelando terem comportamentos inversos: quando mais se ocupam menor é o desempenho emocional.
VI- Visitas	DC $r=-0,151$; $p=0,042$	As VI e a DC têm mútuas correlações negativas, revelando terem comportamentos inversos, isto é, quanto mais os sujeitos têm visitas, menor é a tendência para a DC. A cautela com a leitura dos dados deve manter-se devido ao nível de significância não ser muito forte.

Também entre os imputáveis existem correlações significativas entre as dimensões do SF-8 entre si, excepto entre a DE e a FF ($r=-0,020$; $p=0,815$) e a SM e a FF ($r=-0,146$; $p=0,088$). Verificamos igualmente haver correlações significativas entre variáveis e dimensões, conforme está patente no Quadro 81 (ver também Quadro A9-5 do Anexo 9).

Quadro 81 – Correlações significativas entre as variáveis que as apresentam e as dimensões do SF-8, nos imputáveis

Variáveis versus escalas	Correlações	Interpretação
AC-Antecedentes criminais	DC FS DE $r=0,183; p=0,032$ $r=-0,184; p=0,031$ $r=0,178; p=0,037$	AC e DC e DE apresentam correlações positivas, parecendo haver associação entre os AC e as referidas dimensões. Apesar dos níveis de significância não serem muito fortes e de requerem uma leitura mais cautelosa, estes dados parecem indicar que quando sobem os valores de AC também sobem os das dimensões. A correlação entre os AC e a FS é mutuamente negativa, denotando comportamentos inversos, ou seja, quanto mais AC tiverem menor é o FS. A mesma cautela deve ser tida em conta em virtude do nível de significância não ser muito forte.
TC- Tempo de cumprimento	DC $r=0,175; p=0,040$	Igualmente aqui ocorrem correlações positivas entre TC e DC, sugerindo haver associação entre ambos. Apesar dos níveis de significância não serem muito fortes e de requerem uma leitura mais cautelosa, estes dados parecem indicar que quando sobem os valores de TC também sobem os da dimensão DC.
MF- Medidas de flexibilização	SM $r=0,192; p=0,024$	Também se pode aqui fazer uma leitura semelhante, com as devidas adaptações e cautelas.
TO- Trabalho/ ocupação	DF SG V $r=0,298; p=0,000$ $r=0,298; p=0,000$ $r=0,298; p=0,000$	O TO e DF, SG e V exibem correlações positivas, o que sugere haver associação entre variável e dimensões. Os níveis de significância são muito fortes e permitem afirmar que quanto maior é a ocupação/trabalho maiores são os índices das dimensões.

Procedemos à análise das correlações nos inimputáveis, tendo-se verificado que há igualmente correlações significativas entre as dimensões do SF-8, salvo entre a FS e as DF, SG e V (todas com $r=0,246; p=0,116$), entre a DE e todas as restantes dimensões, entre a SM e as FS e DE (respectivamente com $r=0,290; p=0,063$; e, $r=-0,193; p=0,221$). Encontramos correlações significativas entre algumas das variáveis e dimensões, excepto no que se refere à situação jurídica, antecedentes criminais, trabalho/ocupação, visitas, consumo de tabaco, consumo de estupefacientes e comportamentos auto/hetero-agressivos. As correlações significativas entre as variáveis estão resumidas no Quadro 82 (ver também Quadro A9-6 do Anexo 9).

O cruzamento das escalas do EADS com as variáveis que têm sido objecto de análise revela que na amostra total e nos subgrupos existem correlações muito fortes entre as mesmas, isto é, em que $p<0,001$ (cf. Quadros A9-7 a A9-9 do Anexo 9).

Quadro 82 – Correlações significativas entre as variáveis que as apresentam e as dimensões do SF-8, nos inimputáveis

Variáveis versus escalas	Correlações	Interpretação
TC- Tempo de cumprimento	DF SG V $r=0,334; p=0,031$ $r=0,334; p=0,031$ $r=0,334; p=0,031$	O TC e DF, SG e V exibem correlações positivas, o que sugere haver associação entre variável e dimensões. Os níveis de significância não são muito fortes, devendo ser lidos com cautela mas, permitem afirmar que quanto maior é o TC mais evidenciadas ficam as dimensões em causa.
MF- Medidas de flexibilização	FS $r=0,334; p=0,025$	As MF e o FS exibem correlações positivas, parecendo haver associação entre ambas. Os níveis de significância não são muito fortes, devendo ser lidos com cautela mas, permitem afirmar que quanto mais usufruem das MF maiores é o FS.

Analisamos as correlações entre as escalas do EADS e as referidas variáveis. Concluimos que na amostra as correlações não são significativas entre todas as escalas e a situação jurídica, antecedentes criminais, tempo de cumprimento, visitas, consumos de tabaco e de estupefacientes e comportamentos auto/hetero-agressivos. As correlações significativas estão sintetizadas no Quadro 83 (ver também Quadro A9-7 do Anexo 9).

Quadro 83 – Correlações significativas entre as variáveis que as apresentam e as escalas do EADS, na amostra

Variáveis versus escalas		Correlações	Interpretação
MF- Medidas de flexibilização	De	$r=-0,209$; $p=0,005$	MF e De (Depressão) apresentam correlação mutuamente negativa, sendo revelador de comportamentos inversos, ou seja, quanto mais MF tiverem menor é a De. A mesma cautela deve ser tida em conta em virtude do nível de significância não ser muito forte.
TO- Trabalho/ ocupação	De An	$r=-0,153$; $p=0,041$ $r=-0,161$; $p=0,032$	A mesma leitura se deve fazer para este caso, com as devidas adaptações e cautela.

A análise elaborada junto dos imputáveis para as correlações entre as escalas do EADS e as variáveis permitem afirmar que não são significativas entre todas as escalas e a situação jurídica, antecedentes criminais, tempo de cumprimento, visitas, consumo de tabaco e comportamentos auto/hetero-agressivos. Quanto às correlações significativas, estão apresentadas no Quadro 84 (ver também Quadro A9-8 do Anexo 9).

Quadro 84 – Correlações significativas entre as variáveis que as apresentam e as escalas do EADS, nos imputáveis

Variáveis versus escalas		Correlações	Interpretação
MF- Medidas de flexibilização	De	$r=-0,179$; $p=0,036$	MF e De (Depressão) apresentam correlação mutuamente negativa, sendo revelador de comportamentos inversos, ou seja, quanto mais MF tiverem menor é a De. A mesma cautela deve ser tida em conta em virtude do nível de significância não ser muito forte.
TO- Trabalho/ ocupação	De An	$r=-0,171$; $p=0,045$ $r=-0,206$; $p=0,016$	A mesma leitura se deve fazer para este caso, com as devidas adaptações e cautelas.
CE- Consumo de estupefacientes	St	$r=-0,214$; $p=0,12$	A mesma leitura se deve fazer para este caso, com as devidas adaptações e cautela.

Nos inimputáveis os resultados permitem-nos afirmar que não são significativas entre todas as escalas e os antecedentes criminais, tempo de cumprimento, trabalho/ocupação, visitas, consumo de tabaco, consumo de estupefacientes e comportamentos auto/hetero-agressivos. As correlações significativas estão sintetizadas no Quadro 85 (ver também o Quadro A9-9 do Anexo 9).

Quadro 85 – Correlações significativas entre as variáveis que as apresentam e as escalas do EADS, nos inimputáveis

Variáveis versus escalas		Correlações	Interpretação
SJ- Situação jurídica	De St	$r=0,331$; $p=0,032$ $r=0,389$; $p=0,011$	A SJ e a Depressão (De) e o Stresse (St) mostram correlações positivas, sugerindo haver associação entre ambas. Os níveis de significância não são muito fortes, devendo fazer-se uma leitura com cautela. Porém, os dados permitem-nos afirmar que quanto mais peso tem a SJ maiores são os índices de De e St.
MF- Medidas de flexibilização	An	$r=-0,322$; $p=0,037$	MF e An (Ansiedade) apresentam correlação mutuamente negativa, sendo revelador de comportamentos inversos, ou seja, quanto mais MF tiverem menor é a An. A mesma cautela deve ser tida em conta em virtude do nível de significância não ser muito forte.

Ao cruzarmos as escalas do *Brief COPE* com as mesmas variáveis chegamos à conclusão de que maioritariamente as correlações significativas oscilam entre muito fortes e fortes, embora em alguns não haja correlações significativas tanto quando nos referimos à amostra total, como aos (in)imputáveis) (cf. Quadros A9-10 a A9-12 do Anexo 9).

Verificamos também, junto da amostra, que não existem correlações significativas entre algumas variáveis e escalas do *Brief COPE*, como a situação jurídica, antecedentes criminais, medidas de flexibilização e consumo de tabaco. As correlações significativas entre variáveis e escalas do *Brief COPE* presentes na amostra total encontram-se expostas no Quadro 86 (ver também Quadro A9-10 do Anexo 9). Vamos recorrer a abreviaturas dos nomes das escalas em maiúsculas e minúsculas para que algumas não sejam coincidentes com outras já utilizadas: para *Coping Activo* utilizaremos Ca, Planear PI, Utilizar Suporte Instrumental Usi, Religião Re, Reinterpretação Positiva Rp, Auto-Culpabilização Ac, Aceitação A, Expressão de Sentimentos Es, Negação Ne, Auto-Distracção Ad, Desinvestimento Comportamental Dc, Uso de Substâncias Us e Humor Hu.

Quadro 86 – Correlações significativas entre as variáveis que as apresentam e as escalas do *Brief COPE*, na amostra

Variáveis versus escalas	Correlações	Interpretação
TC- Tempo de cumprimento	Usi $r=-0,185; p=0,013$	TC e Utilizar Suporte Instrumental (Usi) apresentam correlação mutuamente negativa, sendo revelador de comportamentos inversos, ou seja, quanto mais TC tiverem menor é o Usi. A mesma cautela se deve ter, em virtude do nível de significância não ser muito forte.
TO- Trabalho e/ou ocupação	Ca PI Rp $r=-0,272; p=0,000$ $r=-0,245; p=0,001$ $r=-0,166; p=0,026$	TO e Ca/PI/Rp revelam correlação mútua negativa, sugerindo haver comportamentos inversos. Os dados permitem-nos afirmar que quanto mais ocupados menos se verificam estratégias relativas ao <i>Coping Activo</i> , Planear e Reinterpretação Positiva.
VI- Visitas	A $r=0,161; p=0,031$	VI e A (Aceitação) mostram correlação mútua positiva, sugerindo haver associação entre ambas. Os níveis de significância não são muito fortes, devendo fazer-se uma leitura com cautela. Porém, os dados permitem-nos afirmar que quanto mais têm VI maior é a A.
CE- Consumo de estupefacientes	Usi Us $r=0,152; p=0,042$ $r=-0,288; p=0,000$	CE e Usi revelam correlação mútua positiva, sugerindo haver associação entre ambas. Assim, quanto maiores são os CE também maiores será o Usi. CE e Uso de Substâncias (Us) apresentam correlação negativa mútua, sendo revelador de comportamentos inversos, ou seja, quanto mais se verificam os CE menor é o Us. A Us apresenta um nível de significância $p<0,001$ e a Usi menos forte, por isso a leitura desta segunda escala deve ser feita com alguma cautela.

Procedemos à análise da correlação entre as escalas do *Brief COPE* e as variáveis para o caso dos imputáveis. Os resultados permitem-nos afirmar que não são significativas entre todas as escalas e a situação jurídica, antecedentes criminais, tempo de cumprimento, medida de flexibilização, visitas e consumo de tabaco. As correlações significativas encontram-se apresentadas no Quadro 87 (ver também Quadro A9-11 do Anexo 9).

Quadro 87 – Correlações significativas entre as variáveis que as apresentam e as escalas do *Brief COPE*, nos imputáveis

Variáveis versus escalas	Correlações	Interpretação
TO- Trabalho/ ocupação	Ca PI $r=0,239; p=0,005$ $r=0,322; p=0,000$	TO revela correlação positiva com Ca (<i>Coping Activo</i>) e PI (Planear), sugerindo haver associação entre si. Assim, quanto mais TO também maiores serão os índices Ca e PI. A PI apresenta um nível de significância $p<0,001$ e a Ca menos forte, por isso a leitura desta última escala deve ser feita com alguma cautela.
CE- Consumo de estupefacientes	Us $r=-0,300; p=0,000$	CE e Uso de Substâncias (Us) apresentam correlação negativa mútua, sendo revelador de comportamentos inversos, ou seja, quanto mais se verificam os CE menor é o Us.
CA – Comportamentos auto e hetero-agressivos	Es $r=-0,210; p=0,014$	CA e Es (Expressão de Sentimentos) apresentam correlação negativa mútua, sendo revelador de comportamentos inversos, ou seja, quanto mais se verificam CA menor é a Es. Os dados devem ser lidos com cautela, pois o nível de significância não é muito forte.

Realizamos a análise entre as escalas do *Brief COPE* e as variáveis para o caso dos inimputáveis. Os resultados permitem-nos afirmar que as correlações não são significativas entre todas as escalas e a situação jurídica, antecedentes criminais e comportamentos auto e hetero-agressivos. Apresentamos as correlações significativas entre variáveis *versus* escalas no Quadro 88 (ver também Quadro A9-12 do Anexo 9).

Quadro 88 – Correlações significativas entre as variáveis que as apresentam e as escalas do *Brief COPE*, nos inimputáveis

Variáveis versus escalas		Correlações	Interpretação
TC- Tempo de cumprimento	Usi	$r=-0,337; p=0,029$	TC e Usi apresentam correlação negativa mútua, o que revela apresentarem comportamentos inversos, isto é, quanto maior é TC menor é Usi e Es. Devemos ler com cautela os dados, em virtude do nível de significância não ser muito forte.
	Es	$r=-0,361; p=0,019$	
MF- Medidas de flexibilização	Ca	$r=0,343; p=0,026$	MF revela correlação positiva com Ca, sugerindo haver associação entre si. Assim, quanto mais MF também maior é o índice de Ca. Devemos ler com cautela os dados, em virtude do nível de significância não ser muito forte.
TO- Trabalho/ ocupação	Ca	$r=0,454; p=0,003$	TO revela correlação positiva com as escalas enunciadas, sugerindo haver associação entre TO e as mesmas. Assim, quanto mais TO maiores são Ca, Usi, Re e Rp. Devemos ler com cautela os dados, em virtude do nível de significância não ser muito forte.
	Usi	$r=0,336; p=0,030$	
	Re	$r=0,316; p=0,042$	
	Rp	$r=0,314; p=0,043$	
VI- Visitas	A	$r=0,324; p=0,036$	A mesma leitura pode ser feita neste caso mas, com os devidos ajustamentos e cautela.
CT- Consumo de tabaco	Usse	$r=0,326; p=0,035$	A mesma leitura pode ser feita neste caso mas, com os devidos ajustamentos e cautela.
	Es	$r=0,305; p=0,050$	
	Ne	$r=0,314; p=0,043$	
CE- Consumo de estupefacientes	Ne	$r=0,335; p=0,030$	CE apresenta correlação positiva com Ne, revelando associação mútua entre si. Assim, quando sobe CE também sobe Ne. O mesmo não acontece entre CE e Us, em que a correlação é negativa, o que revela possuírem comportamentos inversos, isto é, quanto maior é CE menor é Us. Os dados devem ser lidos com cautela em virtude do nível de significância não ser muito forte.
	Us	$r=-0,357; p=0,020$	

Quando cruzamos as escalas do ESSS concluímos que na amostra total existem correlações significativas muito fortes entre as IN-SA, SF-SA e AS e IN com valores de $p=0,000$, bem como uma correlação menos forte entre SF-IN com $p=0,019$. Contudo, outras não apresentam correlações significativas, como o que se passa entre a AS e a SA e SF (respectivamente $p=0,251$ e $p=0,562$) (cf. Quadro A9-13 do Anexo 9). Tendo em conta os imputáveis verificamos que ou surgem correlações significativas muito fortes (entre IN-SA, SF-IN e AS-IN, todas com $p=0,000$) ou não existem correlações significativas (entre SF-IN, AS-SA e AS-SF, respectivamente com $p=0,124$, $p=0,054$ e $p=0,951$) (cf. Quadro A9-14 do Anexo 9). Nos inimputáveis observamos que apenas existem correlações significativas entre SF e SA ($p=0,022$) e entre SF e IN ($p=0,039$), não sendo as restantes significativas (cf. Quadro A9-15 do Anexo 9).

Procuramos saber se existem as correlações significativas entre as variáveis e as escalas do ESSS. Concluímos que na amostra não há correlações entre as escalas e a situação jurídica, antecedentes criminais, medidas de flexibilização, trabalho/ocupação, consumo de tabaco e comportamentos auto e hetero-agressivos. As correlações significativas estão referenciadas no Quadro 89 (ver também Quadro A9-13 do Anexo 9).

Quadro 89 – Correlações significativas entre as variáveis que as apresentam e as escalas do ESSI, na amostra

Variáveis versus escalas	Correlações	Interpretação
TC- Tempo de cumprimento	SF $r=0,207; p=0,005$	TC revela correlação positiva com SF, sugerindo haver associação entre ambas. Assim, quanto mais tem TC maior é SF.
VI- Visitas	SF $r=-0,258; p=0,000$	VI apresenta correlação negativa com SF, revelando possuírem comportamentos inversos, isto é, quanto mais tem VI menos é SF.
CE- Consumo de estupefacientes	SF $r=-0,192; p=0,010$	CE apresenta correlação negativa com SF, revelando possuírem comportamentos inversos, isto é, quanto mais CE menos SF.

Relativamente aos imputáveis apenas existem correlações significativas entre Visitas e Satisfação com a Família ($r=-0,293; p=0,001$). As restantes variáveis não têm correlações significativas com qualquer das escalas do ESSI (ver também Quadro A9-14 do Anexo 9).

Quanto aos inimputáveis verificamos que não há correlações entre as escalas e a situação jurídica, antecedentes criminais, visitas, consumo de tabaco e comportamentos auto e hetero-agressivos, estando as significativas referenciadas no Quadro 90 (ver também Quadro A9-15 do Anexo 9)

Quadro 90 – Correlações significativas entre as variáveis que as apresentam e as escalas do ESSI, nos inimputáveis

Variáveis versus escalas	Correlações	Interpretação
TC- Tempo de cumprimento	SF $r=0,320; p=0,039$	TC revela correlação positiva com SF, sugerindo haver associação entre si. Assim, quanto maior é o TC maior é a SF. Devemos ler com cautela os dados, em virtude do nível de significância não ser muito forte.
MF- Medidas de flexibilização	IN $r=-0,339; p=0,028$	MF tem correlação negativa com IN, o que revela terem comportamentos inversos, isto é, quanto mais tem MF menor é IN.
TO- Trabalho/ ocupação	IN $r=-0,394; p=0,010$ AS $r=-0,309; p=0,046$	A mesma leitura pode ser feita neste caso mas, com os devidos ajustamentos e cautela.
CE- Consumo de estupefacientes	SF $r=-0,343; p=0,026$	A mesma leitura pode ser feita neste caso mas, com os devidos ajustamentos e cautela.

As correlações entre as variáveis são significativas e oscilam desde muito forte a forte (cf. Quadro 91 e ver também Quadro A9-1 do Anexo 9). Verificamos que há associações mútuas negativas nas seguintes, revelando que quando uma sobe a outra diminui: *a*) entre a variável antecedentes criminais (AC) e a situação jurídica (SJ), com $r=-0,161$ associada a um valor $p=0,024$; *b*) entre a consumo de estupefacientes (CE) e as variáveis SJ ($r=-0,206; p=0,004$), tempo de cumprimento (TC: $r=-0,264; p=0,000$), medidas de flexibilização (MF: $r=-0,208; p=0,004$), trabalho/ocupação (TO: $r=0,260; p=0,000$), visitas (VI: $r=-0,243; p=0,001$) e consumo de tabaco (CT: $r=-0,185; p=0,010$); *c*) entre a comportamentos de risco com ou sem medidas sancionatórias (CR) e a consumo de estupefacientes (CE: $r=-0,323; p=0,000$).

Entre as restantes variáveis as associações são positivas, sugerindo que quando uma aumenta a outra também aumenta: *a*) entre a TC e a SJ ($r=0,187; p=0,009$); *b*) entre a MF e as variáveis SJ ($r=0,163; p=0,023$) e TC ($r=0,385; p=0,000$); *c*) entre a TO e as

Quadro 91 – Correlações significativas mútuas entre as variáveis envolvidas nas hipóteses levantadas

	SJ	AC	TC	MF	TO	VI	CT	CE	CR	CA
SJ	<i>r</i>	1								
	<i>p</i>									
AC	<i>r</i>	-0,161*	1							
	<i>p</i>	0,024								
TC	<i>r</i>	0,187**	-0,082	1						
	<i>p</i>	0,009	0,253							
MF	<i>r</i>	0,163*	-0,087	0,385***	1					
	<i>p</i>	0,023	0,229	0,000						
TO	<i>r</i>	0,144*	-0,047	0,261***	0,859***	1				
	<i>p</i>	0,045	0,511	0,000	0,000					
VI	<i>r</i>	0,099	-0,101	0,197**	0,825**	0,960***	1			
	<i>p</i>	0,168	0,160	0,006	0,000	0,000				
CT	<i>r</i>	0,096	-0,057	0,177**	0,818***	0,946***	0,958***	1		
	<i>p</i>	0,181	0,432	0,013	0,000	0,000	0,000			
CE	<i>r</i>	-0,206**	-0,105	-0,264***	-0,208**	-0,260***	-0,243**	-0,185**	1	
	<i>p</i>	0,004	0,143	0,000	0,004	0,000	0,001	0,010		
CR	<i>r</i>	0,041	0,024	0,274***	0,507***	0,566***	0,555***	0,549***	-0,323***	1
	<i>p</i>	0,571	0,741	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
CA	<i>r</i>	0,050	-0,119	0,049	0,110	0,145**	0,168*	0,151*	-0,010	0,128
	<i>p</i>	0,490	0,096	0,500	0,127	0,043	0,019	0,035	0,886	0,074

SJ: Situação jurídica; AC: Antecedentes criminais; TC: Tempo de cumprimento; MF: Medidas de flexibilização; TO: Trabalho/ocupação; CT: Consumo de tabaco; CE: Consumo de estupefacientes; CR: Comportamentos de risco com/sem medidas sancionatórias; CAH: Comportamentos auto e hetero-agressivos

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

SJ ($r=0,144$; $p=$), TC ($r=0,261$; $p=0,000$) e MF ($r=0,859$; $p=0,000$); *d*) entre a VI e as TC ($r=0,197$; $p=0,006$), MF ($r=0,825$; $p=0,000$) e TO ($r=0,960$; $p=0,000$); *e*) entre a CT e as TC ($r=0,177$; $p=0,013$), MF ($r=0,818$; $p=0,000$), TO ($r=0,946$; $p=0,000$) e VI ($r=0,958$; $p=0,000$); *f*) entre a CR e as TC ($r=0,274$; $p=0,000$), MF ($r=0,507$; $p=0,000$), TO ($r=0,566$; $p=0,000$), VI ($r=0,555$; $p=0,000$), CT ($r=0,549$; $p=0,000$) e CE ($r=$; $p=$); *g*) entre a comportamentos auto e hetero-agressivos e as TO ($r=0,145$; $p=0,043$), VI ($r=0,168$; $p=0,019$) e CT ($r=0,151$; $p=0,035$).

iii) Análise das associações entre as escalas/dimensões/componentes dos instrumentos de avaliação utilizados

O Quadro 92 revela que existem correlações fortemente significativas entre a maioria das escalas do CAQ e as dimensões/componentes do SF-8. As escalas D1, D2 e D5 têm correlações altamente significativas ($p=0,000$) com todas as dimensões e componentes do SF-8, excepto com a FF (respectivamente com valor p igual a 0,003 nas duas primeiras e a 0,009 na terceira). O mesmo acontece com outras escalas do CAQ em que as excepções maioritariamente de significância moderada ($p < 0,01$) são as seguintes: *a*) as escalas D4, D7, Sc e Ps têm correlações fortemente significativas ($p < 0,001$), excepto com as

Quadro 92 – Correlações r de Pearson e valor de significância (p) entre as escalas do CAQ e as dimensões/componentes do SF-8

		FF	DF	DC	SG	V	FS	DE	SM	CF	CM
D1	r	-0,218**	-0,378***	0,397***	-0,378***	-0,378***	-0,319***	0,315***	-0,441***	-0,292***	-0,361***
	p	0,003	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
D2	r	-0,223**	-0,341***	0,367***	-0,341***	-0,341***	-0,399***	0,263***	-0,433***	-0,267***	-0,390***
	p	0,003	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
D3	r	0,083	0,080	-0,007	0,080	0,080	0,078	0,023	0,131	0,101	0,130
	p	0,266	0,285	0,920	0,285	0,285	0,300	0,760	0,080	0,178	0,083
D4	r	-0,202**	-0,346***	0,335***	-0,346***	-0,346***	-0,362***	0,207***	-0,398***	-0,278***	-0,384***
	p	0,006	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,005	0,000	0,000	0,000
D5	r	-0,194**	-0,490***	0,388***	-0,490***	-0,490***	-0,400***	0,337***	-0,525***	-0,402***	-0,468***
	p	0,009	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
D6	r	-0,210**	-0,309***	0,365***	-0,309***	-0,309***	-0,391***	0,177*	-0,474***	-0,232**	-0,423***
	p	0,005	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,017	0,000	0,002	0,000
D7	r	-0,237**	-0,273**	0,282**	-0,273**	-0,273**	-0,280**	0,195**	-0,305**	-0,233**	-0,285**
	p	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,009	0,000	0,002	0,000
Pa	r	-0,047	-0,164*	0,039	-0,164*	-0,164*	-0,203**	0,137	-0,165*	-0,164*	-0,169*
	p	0,531	0,027	0,603	0,027	0,027	0,006	0,067	0,027	0,027	0,023
Pp	r	0,066	0,172*	-0,212**	0,172*	0,172*	0,194**	-0,153*	0,305**	0,112	0,225**
	p	0,382	0,021	0,004	0,021	0,021	0,009	0,040	0,000	0,135	0,002
Sc	r	-0,167*	-0,341***	0,322***	-0,341***	-0,341***	-0,363***	0,156*	-0,328***	-0,269***	-0,369***
	p	0,025	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,036	0,000	0,000	0,000
As	r	-0,117	-0,204**	0,237**	-0,204**	-0,204**	-0,183*	0,192**	-0,344***	-0,149*	-0,238**
	p	0,117	0,006	0,001	0,006	0,006	0,014	0,010	0,000	0,047	0,001
Ps	r	-0,221**	-0,338***	0,348***	-0,338***	-0,338***	-0,394***	0,211**	-0,449***	-0,271***	-0,414***
	p	0,003	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,005	0,000	0,000	0,000

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

dimensões em que tem correlações moderadas, como a FF (respectivamente com valores $p=0,006$; $p=0,001$; $p=0,025$; e $p=0,003$) e DE ($p=0,005$; $p=0,009$; $p=0,036$; e $p=0,005$); b) na D6, com as dimensões FF e DE (valores p iguais 0,005 e 0,017) e a componente CF ($p=0,002$). As seguintes escalas do CAQ também apresentam correlações dentro de valores de significâncias moderados ($p < 0,01$) e valores de significância mais baixos ($p < 0,05$), bem como não significativos: a) a Pa tem correlações significativas com as dimensões DF, SG, V, SM e componente SF (todas com $p=0,027$), Sc ($p=0,027$), com a dimensão FS ($p=0,006$) e com o componente SM ($p=0,023$); b) a Pp tem correlações significativas com as dimensões DF, SG, V (as três com $p=0,021$), DC ($p=0,004$), FS ($p=0,009$), DE ($p=0,040$) e SM ($p=0,000$), assim como com a componente SM ($p=0,002$); c) a As revela correlações significativas com todas as dimensões e componentes do SF-8, excepto com a FF em que não é significativa, pois tem um valor $p=0,117$ (DF, SG e V com $p=0,006$; DC com $p=0,001$; FS com $p=0,014$; DE com $p=0,010$; SM com $p=0,000$; CF com $p=0,047$; e CM com $p=0,001$). A única escala do CAQ que não revela correlações significativas entre as dimensões e os componentes do SF-8 é a D3.

Os dados constantes do Quadro 93 permitem afirmar que, salvo a escala D3 do CAQ que não apresenta correlações significativas com qualquer das dimensões do EADS,

Quadro 93 – Correlações r de Pearson e valor de significância (p) entre as escalas do CAQ e as dimensões do EADS

		Depressão	Ansiedade	Stresse
D1- Hipocondria	r	0,504***	0,522***	0,482***
	p	0,000	0,000	0,000
D2- Depressão Suicida	r	0,524***	0,452***	0,468***
	p	0,000	0,000	0,000
D3- Agitação	r	-0,062	0,011	0,014
	p	0,407	0,886	0,858
D4- Depressão Ansiosa	r	0,490***	0,514***	0,514***
	p	0,000	0,000	0,000
D5- Depressão Baixa Energia	r	0,561***	0,590***	0,596***
	p	0,000	0,000	0,000
D6- Culpaabilidade-Ressentimento	r	0,474***	0,493***	0,476***
	p	0,000	0,000	0,000
D7-Apatia-Retirada	r	0,379***	0,393***	0,338***
	p	0,000	0,000	0,000
Pa- Paranóia	r	0,280***	0,180*	0,235**
	p	0,000	0,016	0,002
Pp- Desvio Psicopático	r	-0,276***	-0,277***	-0,281***
	p	0,000	0,000	0,000
Sc- Esquizofrenia	r	0,403***	0,396***	0,398***
	p	0,000	0,000	0,000
As- Psicastenia	r	0,376***	0,399***	0,408***
	p	0,000	0,000	0,000
Ps- Desajuste Psicológico	r	0,595***	0,545***	0,580***
	p	0,000	0,000	0,000

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

existem correlações fortemente significativas entre as restantes dimensões ($p=0,000$), excepto entre a Pa e a Ansiedade ($p=0,016$) e Stresse ($p=0,002$). Há a considerar que nas que apresentam correlações significativas são todas positivas, quanto mais presentes se encontram as sintomatologias inerentes às dimensões do CAQ maiores serão os índices de Depressão, Ansiedade e Stresse. No entanto, exceptua-se as correlações significativas negativas entre a escala Pp e as dimensões do EADS, sugerindo que quanto mais os sintomas da escala Desvio Psicopatológico se evidenciam mais baixos são os índices nas dimensões do EADS.

No Quadro 94 observamos que existem algumas correlações significativas entre as escalas do CAQ e as do *Brief COPE*, algumas das quais são fortemente significativas, como: *a*) entre as escalas D1, D2, D4, D5, D6, D7, Sc, As e Ps do CAQ e a escala Dc do *Brief COPE* são mutuamente positivas, sugerindo que quando nas primeiras há aumento da sintomatologia, aumenta também o Desinvestimento Comportamental; *b*) entre as escalas D2, D4, D5, D6 e Ps do CAQ e a escala Us do *Brief COPE*, também há associações reciprocamente positivas, parecendo que quanto mais se evidencia a sintomatologia própria de cada uma das referidas escalas do CAQ, maior é o Uso de Substâncias; *c*) entre as

Quadro 94 – Correlações *r* de Pearson e valor de significância (*p*) entre as escalas do CAQ e as do *Brief COPE*

	Ca	PI	Usi	Usse	Re	Rp	Ac	A	Es	Ne	Ac	Dc	Us	Hu	
D1	<i>r</i>	-0,183 [*]	-0,107	0,049	0,057	0,052	-0,160 [*]	0,074	-0,147 [*]	0,235 ^{**}	0,190 [*]	0,063	0,369 ^{***}	0,254 ^{***}	-0,107
	<i>p</i>	0,014	0,155	0,516	0,450	0,489	0,032	0,325	0,049	0,002	0,011	0,400	0,000	0,001	0,157
D2	<i>r</i>	-0,286 ^{***}	-0,212 ^{**}	-0,042	-0,034	-0,143	-0,151 [*]	0,033	-0,139	0,209 ^{**}	0,117	0,026	0,375 ^{***}	0,259 ^{***}	-0,112
	<i>p</i>	0,000	0,004	0,580	0,648	0,057	0,044	0,659	0,063	0,005	0,118	0,732	0,000	0,000	0,136
D3	<i>r</i>	0,043	0,033	0,067	0,255 ^{**}	0,109	0,110	-0,027	-0,011	0,015	-0,039	0,116	0,019	0,077	0,105
	<i>p</i>	0,570	0,658	0,376	0,001	0,146	0,143	0,720	0,884	0,842	0,600	0,121	0,804	0,303	0,163
D4	<i>r</i>	-0,243 ^{**}	-0,087	0,117	0,132	-0,084	0,015	0,103	-0,127	0,223 ^{**}	0,121	0,007	0,395 ^{***}	0,271 ^{***}	-0,013
	<i>p</i>	0,001	0,246	0,119	0,077	0,266	0,839	0,172	0,089	0,003	0,106	0,924	0,000	0,000	0,859
D5	<i>r</i>	-0,216 ^{**}	-0,180 [*]	0,020	0,092	-0,066	-0,114	0,091	-0,105	0,215 ^{**}	0,194 ^{**}	0,047	0,365 ^{***}	0,360 ^{***}	-0,076
	<i>p</i>	0,004	0,016	0,786	0,219	0,383	0,128	0,224	0,163	0,004	0,009	0,534	0,000	0,000	0,316
D6	<i>r</i>	-0,148 [*]	-0,008	0,173 [*]	0,204 ^{**}	0,016	0,028	0,249 ^{**}	0,094	0,215 ^{**}	0,235 ^{**}	0,077	0,369 ^{***}	0,279 ^{***}	0,004
	<i>p</i>	0,048	0,916	0,021	0,006	0,835	0,713	0,001	0,212	0,004	0,002	0,304	0,000	0,000	0,960
D7	<i>r</i>	-0,158 [*]	0,006	0,019	0,017	-0,018	-0,115	0,017	-0,020	0,142	0,106	-0,017	0,297 ^{***}	0,229 ^{**}	-0,173 [*]
	<i>p</i>	0,035	0,940	0,801	0,824	0,808	0,124	0,826	0,791	0,057	0,156	0,823	0,000	0,002	0,021
Pa	<i>r</i>	-0,078	-0,050	-0,062	0,052	-0,068	-0,213 ^{**}	0,093	-0,038	0,103	0,168 [*]	0,013	0,096	0,197 ^{**}	0,130
	<i>p</i>	0,302	0,503	0,411	0,485	0,362	0,004	0,215	0,617	0,171	0,025	0,864	0,199	0,008	0,084
Pp	<i>r</i>	0,087	0,010	0,047	-0,151 [*]	-0,038	0,014	-0,083	0,030	-0,118	-0,060	-0,019	-0,185 [*]	-0,077	0,165 [*]
	<i>p</i>	0,247	0,899	0,534	0,043	0,614	0,856	0,269	0,686	0,116	0,429	0,797	0,013	0,307	0,028
Sc	<i>r</i>	-0,181 [*]	-0,033	0,006	0,110	0,000	-0,111	0,071	-0,048	0,240 ^{**}	0,162 [*]	0,107	0,267 ^{***}	0,192 ^{**}	0,044
	<i>p</i>	0,015	0,657	0,941	0,142	0,998	0,139	0,346	0,525	0,001	0,030	0,155	0,000	0,010	0,558
As	<i>r</i>	0,045	0,072	0,238 ^{**}	0,255 ^{**}	0,093	-0,003	0,268 ^{***}	0,073	0,264 ^{***}	0,186 [*]	0,206 ^{**}	0,297 ^{***}	0,170 [*]	-0,050
	<i>p</i>	0,551	0,335	0,001	0,001	0,215	0,973	0,000	0,331	0,000	0,013	0,006	0,000	0,023	0,507
Ps	<i>r</i>	-0,314 ^{***}	-0,100	-0,093	-0,008	-0,186 [*]	-0,171 [*]	0,118	-0,059	0,237 ^{**}	0,174 [*]	0,014	0,359 ^{***}	0,308 ^{***}	-0,066
	<i>p</i>	0,000	0,183	0,216	0,916	0,013	0,022	0,115	0,429	0,001	0,020	0,851	0,000	0,000	0,379

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

escalas D2 e Ps do CAQ e a Ca do *Brief COPE*, com associações negativas, o que denota que quando aumentam os sintomas nas escalas do CAQ, diminui o *Coping Activo*; d) entre a escala As do CAQ e a Ac e Es do *Brief COPE*, com correlações significativas positivas. Estas podem ser observadas a negrito no referido quadro, bem como as correlações moderadamente significativas e as pouco significativas.

As correlações significativas entre as escalas do CAQ e as dimensões do ESSS estão a negrito no Quadro 95. As fortemente significativas ocorrem entre a escala D5 do CAQ e a dimensão SF do ESSS e entre as escalas Ps e SF do primeiro instrumento de avaliação referido e a dimensão AS do segundo, sendo todas elas positivas.

De acordo com o Quadro 96, as dimensões e componentes do SF-8 apresentam correlações fortemente significativas com a maioria das dimensões do EADS. A Depressão e a Ansiedade têm esse tipo de associação com todas as dimensões e componentes do SF-8, sendo positivas com a Dor Corporal e Desempenho Físico e negativas com as restantes dimensões e componentes. A dimensão Stresse apresenta fortes correlações com a maioria das dimensões do SF-8, excepto na FF em que tem uma correlação moderadamente significativa. Somente a dimensão DE não apresenta correlação significativa com a Stresse.

Quadro 95 – Correlações *r* de Pearson e valor de significância (*p*) entre as escalas do CAQ e as dimensões do ESSS

		SA- Satisfação com Amizades	IN- Intimidade	SF- Fatisfação com a Família	AS- Actividades Sociais
D1- Hipocondria	<i>r</i>	-0,118	0,039	0,091	0,095
	<i>p</i>	0,116	0,602	0,226	0,204
D2- Depressão Suicida	<i>r</i>	-0,229**	0,011	0,206**	0,179*
	<i>p</i>	0,002	0,883	0,006	0,016
D3- Agitação	<i>r</i>	0,079	-0,073	-0,084	-0,065
	<i>p</i>	0,291	0,329	0,265	0,387
D4- Depressão Ansiosa	<i>r</i>	-0,105	-0,120	0,134	0,150*
	<i>p</i>	0,160	0,110	0,073	0,045
D5- Depressão Baixa Energia	<i>r</i>	-0,182*	0,019	0,261***	0,234**
	<i>p</i>	0,015	0,801	0,000	0,002
D6- Culpabilidade-Ressentimento	<i>r</i>	-0,213**	-0,093	0,032	0,084
	<i>p</i>	0,004	0,216	0,668	0,265
D7-Apatia-Retirada	<i>r</i>	-0,129	0,047	0,227**	0,175*
	<i>p</i>	0,085	0,534	0,002	0,019
Pa- Paranóia	<i>r</i>	-0,085	0,030	0,224**	0,140
	<i>p</i>	0,257	0,687	0,003	0,062
Pp- Desvio Psicopático	<i>r</i>	-0,045	0,026	-0,128	-0,080
	<i>p</i>	0,548	0,729	0,089	0,287
Sc- Esquizofrenia	<i>r</i>	-0,173*	-0,039	0,166*	0,197**
	<i>p</i>	0,021	0,600	0,026	0,008
As- Psicastenia	<i>r</i>	-0,234**	-0,252**	0,019	-0,039
	<i>P</i>	0,002	0,001	0,799	0,603
Ps- Desajuste Psicológico	<i>r</i>	-0,147*	0,031	0,328**	0,340**
	<i>p</i>	0,050	0,679	0,000	0,000

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Quadro 96 – Correlações *r* de Pearson e valor de significância (*p*) entre as dimensões do SF-8 e as dimensões do EADS

		Depressão	Ansiedade	Stresse
Funcionamento Físico	<i>r</i>	-0,304***	-0,321***	-0,228**
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,002
Desempenho Físico	<i>r</i>	-0,398***	-0,452***	-0,374***
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,000
Dor Corporal	<i>r</i>	0,379***	0,467***	0,404***
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,000
Saúde Geral	<i>r</i>	-0,398***	-0,452***	-0,374***
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,000
Vitalidade	<i>r</i>	-0,398***	-0,452***	-0,374***
	<i>P</i>	0,000	0,000	0,000
Funcionamento Social	<i>r</i>	-0,401***	-0,414***	-0,471***
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,000
Desempenho Emocional	<i>r</i>	0,274**	0,251**	0,134
	<i>p</i>	0,000	0,001	0,075
Saúde Mental	<i>r</i>	-0,535***	-0,475***	-0,468***
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,000
Componente Físico	<i>r</i>	-0,343***	-0,368***	-0,289***
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,000
Componente Mental	<i>r</i>	-0,458***	-0,467***	-0,496***
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,000

** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

De acordo com o Quadro 97 as correlações fortemente significativas entre as dimensões do SF-8 e as escalas do *Brief COPE* ocorrem: a) entre todas essas dimensões, excepto na DE, e componentes do primeiro instrumento de avaliação e a escala Dc dosegundo; b) entre as dimensões DF, SG, V e SM e o componente CF do SF-8 e a escala Us; c) entre as dimensões FF, DF, SG e V e o componente CF do SF-8 e a escala Ne.

Quadro 97 – Correlações r de Pearson e valor de significância (p) entre as dimensões do SF-8 e as escalas do *Brief COPE*

		Ca	Pl	Usi	Usse	Re	Rp	Ac	A	Es	Ne	Ad	Dc	Us	Hu
FF	r	0,167*	-0,038	-0,154*	-0,083	-0,068	-0,122	0,024	-0,141	-0,159*	-0,237**	0,021	-0,447***	-0,172*	-0,135
	p	0,025	0,618	0,039	0,272	0,364	0,105	0,749	0,060	0,033	0,001	0,778	0,000	0,021	0,072
DF	r	0,017	0,135	-0,067	-0,106	-0,090	0,098	-0,030	-0,007	-0,213**	-0,253***	-0,059	-0,311***	-0,273***	-0,061
	p	0,820	0,073	0,374	0,156	0,232	0,190	0,686	0,922	0,004	0,001	0,436	0,000	0,000	0,417
DC	r	-0,186*	-0,164*	0,009	0,043	0,033	-0,031	-0,003	-0,030	0,176*	0,144	0,048	0,277***	0,077	0,020
	p	0,013	0,029	0,902	0,570	0,659	0,681	0,970	0,691	0,018	0,055	0,520	0,000	0,305	0,795
SG	r	0,017	0,135	-0,067	-0,106	-0,090	0,098	-0,030	-0,007	-0,213**	-0,253***	-0,059	-0,311***	-0,273***	-0,061
	p	0,820	0,073	0,374	0,156	0,232	0,190	0,686	0,922	0,004	0,001	0,436	0,000	0,000	0,417
V	r	0,017	0,135	-0,067	-0,106	-0,090	0,098	-0,030	-0,007	-0,213**	-0,253***	-0,059	-0,311***	-0,273***	-0,061
	p	0,820	0,073	0,374	0,156	0,232	0,190	0,686	0,922	0,004	0,001	0,436	0,000	0,000	0,417
FS	r	0,115	0,066	-0,022	-0,050	-0,014	0,026	-0,098	-0,060	-0,145	-0,089	-0,024	-0,292***	-0,181*	-0,023
	p	0,124	0,378	0,768	0,509	0,851	0,729	0,190	0,428	0,052	0,236	0,752	0,000	0,015	0,758
DE	r	-0,142	-0,073	-0,117	0,071	0,009	0,046	0,018	0,004	0,080	0,020	-0,010	0,074	0,168*	-0,083
	p	0,059	0,333	0,118	0,346	0,900	0,544	0,808	0,959	0,287	0,789	0,894	0,326	0,024	0,271
SM	r	0,065	0,083	-0,048	-0,140	-0,067	0,099	-0,200**	0,002	-0,196**	-0,201**	0,017	-0,371***	-0,241***	0,079
	p	0,386	0,271	0,527	0,062	0,372	0,187	0,007	0,977	0,008	0,007	0,823	0,000	0,001	0,292
CF	r	-0,008	0,065	-0,106	-0,114	-0,097	0,055	-0,025	-0,056	-0,192**	-0,266***	-0,035	-0,331***	-0,294***	-0,091
	p	0,917	0,390	0,159	0,129	0,198	0,461	0,735	0,453	0,010	0,000	0,637	0,000	0,000	0,228
CM	r	0,028	0,092	-0,101	-0,100	-0,070	0,113	-0,132	-0,023	-0,203**	-0,224**	-0,030	-0,380***	-0,230**	-0,030
	p	0,714	0,218	0,179	0,181	0,351	0,133	0,078	0,761	0,006	0,003	0,690	0,000	0,002	0,695

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Em conformidade com o Quadro 98 as dimensões e componentes do SF-8 não apresentam correlações significativas com as dimensões IN e AS do ESSS. As dimensões DF, SG, V e SM e o componente CM do SF-8 apresentam correlações significativas com a dimensão SA do ESSS, bem como a DE e a SM do primeiro instrumento de avaliação correlacionam-se significativamente com a dimensão SF. Encontramos associações mútuas positivas em todas elas, o que sugere que quando sobem os indicadores do SF-8, também aumentam os níveis de satisfação com o suporte social.

Tendo em consideração o constante no Quadro 99, verificamos que existem correlações significativas positivas entre todas as dimensões Depressão, Ansiedade e Stresse do EADS e as escalas Es, Na, Dc e Us do *Brief COPE*, levando a crer que quando aumentam os níveis relativos às primeiras também sobem os índices referentes às segundas.

Quadro 98 – Correlações *r* de Pearson e valor de significância (*p*) entre as dimensões do SF-8 e as do ESSS

		SA- Satisfação com Amizades	IN- Intimidade	SF- Fatisfação com a Família	AS- Atividades Sociais
Funcionamento Físico	<i>r</i>	0,138	0,033	0,072	0,039
	<i>p</i>	0,065	0,663	0,337	0,604
Desempenho Físico	<i>r</i>	0,198**	-0,054	-0,084	-0,065
	<i>p</i>	0,008	0,475	0,261	0,385
Dor Corporal	<i>r</i>	-0,061	0,021	0,013	0,057
	<i>p</i>	0,420	0,780	0,858	0,448
Saúde Geral	<i>r</i>	0,198**	-0,054	-0,084	-0,065
	<i>p</i>	0,008	0,475	0,261	0,385
Vitalidade	<i>r</i>	0,198**	-0,054	-0,084	-0,065
	<i>P</i>	0,008	0,475	0,261	0,385
Funcionamento Social	<i>r</i>	0,125	-0,001	-0,083	-0,136
	<i>p</i>	0,096	0,993	0,272	0,069
Desempenho Emocional	<i>r</i>	-0,035	0,115	0,185*	0,113
	<i>p</i>	0,642	0,126	0,013	0,133
Saúde Mental	<i>r</i>	0,192**	0,012	-0,156*	-0,111
	<i>p</i>	0,010	0,875	0,038	0,137
Componente Físico	<i>r</i>	0,214**	-0,038	-0,061	-0,034
	<i>p</i>	0,004	0,616	0,417	0,649
Componente Mental	<i>r</i>	0,204**	0,024	-0,068	-0,087
	<i>p</i>	0,006	0,749	0,363	0,246

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ **Quadro 99 – Correlações *r* de Pearson e valor de *p* entre as dimensões do EADS e as escalas do Brief COPE**

		Ac	Pl	Usi	Usse	Re	Rp	Ac	A	Es	Ne	Ad	Dc	Us	Hu
Dep	<i>r</i>	-0,109	-0,061	0,131	0,132	0,022	-0,109	0,180 [†]	-0,016	0,301***	0,380***	-0,055	0,484***	0,342***	-0,069
	<i>P</i>	0,146	0,420	0,081	0,078	0,769	0,146	0,016	0,834	0,000	0,000	0,465	0,000	0,000	0,357
Ans	<i>r</i>	-0,081	-0,066	0,152 [†]	0,136	0,036	-0,079	0,141	-0,009	0,242***	0,305***	-0,031	0,460***	0,354***	-0,062
	<i>P</i>	0,281	0,381	0,042	0,069	0,629	0,290	0,059	0,903	0,001	0,000	0,676	0,000	0,000	0,409
Str	<i>r</i>	-0,008	-0,021	0,188 [†]	0,171 [†]	0,083	-0,041	0,159 [†]	0,018	0,397***	0,320***	0,074	0,427***	0,340***	-0,030
	<i>P</i>	0,917	0,782	0,012	0,022	0,272	0,589	0,034	0,810	0,000	0,000	0,328	0,000	0,000	0,688

* $p < 0,05$; *** $p < 0,001$

O Quadro 100 mostra apenas correlações significativas negativas entre todas as dimensões do EADS e a dimensão SA do ESSS, sugerindo que quando aumentam os indicadores da primeira, diminui a Satisfação com Amizades.

Quadro 100 – Correlações *r* de Pearson e valor de significância (*p*) entre as dimensões do EADS e as dimensões do ESSS

		SA- Satisfação com Amizades	IN- Intimidade	SF- Fatisfação com a Família	AS- Atividades Sociais
Depressão	<i>r</i>	-0,178*	0,012	0,135	0,131
	<i>p</i>	0,017	0,876	0,072	0,081
Ansiedade	<i>r</i>	-0,166*	-0,065	0,038	0,102
	<i>p</i>	0,026	0,390	0,617	0,174
Stresse	<i>r</i>	-0,160*	-0,073	0,096	0,108
	<i>p</i>	0,033	0,331	0,204	0,151

* $p < 0,05$

Tendo em conta o Quadro 101 podemos afirmar que existem correlações significativas entre algumas escalas do *Brief COPE* e as dimensões do ESSS, todas elas mutuamente negativas, sugerindo que quando há um aumento nos índices das primeiras, diminuem os níveis das segundas. Assim: *a)* são fortemente significativas entre a Us e a SA, bem como entre a Usi e a SF; *b)* moderadamente significativas entre a Dc e as Sa e IN, bem como entre a Re e a SF e, ainda, entre a Usi e a AS; *c)* pouco significativas entre as Ne e Hu e a SA, entre as Usi, Re, Ac e Ad e a IN, entre a Usse, Rp, A, Es e Hu e a SF, assim como entre a Hu e a AS.

Quadro 101 – Correlações *r* de Pearson e valor *p* entre as escalas do *Brief COPE* e as dimensões do ESSS

		SA- Satisfação com Amizades	IN- Intimidade	SF- Fatisfação com a Família	AS- Atividades Sociais
1-Coping Activo	<i>r</i>	-0,027	-0,051	-0,124	-0,030
	<i>p</i>	0,719	0,496	0,099	0,687
2-Planear	<i>r</i>	-0,039	-0,112	-0,027	0,062
	<i>p</i>	0,604	0,135	0,719	0,410
3-Utilizar Suporte Instrumental	<i>r</i>	-0,129	-,0183*	-0,257***	-0,202**
	<i>p</i>	0,085	0,014	0,001	0,007
4-Utilizar Suporte Social Emocional	<i>r</i>	-0,100	-0,199**	-0,166*	-0,112
	<i>p</i>	0,183	0,007	0,027	0,136
5-Religião	<i>r</i>	-0,051	-0,150*	-0,209**	-0,107
	<i>P</i>	0,499	0,044	0,005	0,153
6-Reinterpretação Positiva	<i>r</i>	0,017	-0,124	-0,189*	-0,113
	<i>p</i>	0,821	0,098	0,011	0,132
7-Auto-Culpabilização	<i>r</i>	-0,116	-0,173*	-0,056	0,027
	<i>p</i>	0,122	0,020	0,456	0,721
8-Aceitação	<i>r</i>	0,030	0,000	-0,163*	-0,036
	<i>p</i>	0,692	0,997	0,030	0,632
9-Expressão de Sentimentos	<i>r</i>	-0,142	-0,123	-0,146*	-0,067
	<i>p</i>	0,058	0,101	0,050	0,372
10-Negação	<i>r</i>	-0,148*	0,023	-0,056	-0,035
	<i>p</i>	0,048	0,760	0,457	0,646
11-Auto-Distração	<i>r</i>	-0,075	-0,182*	0,026	0,022
	<i>p</i>	0,321	0,015	0,732	0,773
12-Desinvestimento Comportamental	<i>r</i>	-0,222**	-0,196**	-0,056	0,008
	<i>p</i>	0,003	0,009	0,458	0,910
13-Uso de Substâncias (medicamentos/álcool)	<i>r</i>	-0,257***	-0,084	-0,026	-0,071
	<i>p</i>	0,001	0,264	0,725	0,343
14-Humor	<i>r</i>	-0,163*	-0,109	-0,163*	-0,154*
	<i>p</i>	0,030	0,146	0,029	0,040

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

iv) Fiabilidade dos instrumentos de avaliação

Utilizamos o coeficiente α de Cronbach para testar a fiabilidade dos instrumentos de avaliação utilizados, pois fornece a medida de consistência interna com base na média das intercorrelações entre todos os itens de cada um desses instrumentos. Partimos do

pressuposto de que uma boa consistência interna deve exceder um α de 0,80, apesar de serem aceitáveis valores de α na ordem dos 0,60 quando os instrumentos de avaliação têm poucos itens (Pais-Ribeiro, 1999b, 2008).

No caso deste trabalho optamos por validá-los para a amostra total e para cada um dos subgrupos, em virtude destes serem compostos por indivíduos com características diferentes quanto à situação jurídica (imputáveis e inimputáveis) e por considerarmos uma mais-valia caso também nestes a validação se efective.

Neste sentido, aplicamos o Teste do Coeficiente Alpha de Cronbach para todos os instrumentos de avaliação tendo em conta o total da amostra (cf. Quadros A10-1 a A-105 do Anexo 10) e os subgrupos.

O Quadro 102 permite concluir que o coeficiente α de Cronbach fornece resultados bastante satisfatórios para todos os instrumentos de avaliação, não só para o total da amostra, como para os ambos os subgrupos (imputáveis e inimputáveis). Efectivamente, o valor de α mais baixo verificou-se no ESSS na amostra ($\alpha=0,764$), nos imputáveis ($\alpha=0,751$) e nos inimputáveis ($\alpha=0,800$).

Quadro 102 – Valores de Alpha de Cronbach para os instrumentos de avaliação em estudo

Instrumentos de avaliação	Coeficiente α de Cronbach		
	Amostra	Imputáveis	Inimputáveis
CAQ	0,881	0,897	0,860
SF-8	0,691	0,697	0,678
EADS	0,931	0,930	0,934
<i>Brief COPE</i>	0,884	0,903	0,784
ESSS	0,764	0,751	0,800

Estes dados permitem-nos afirmar que estes valores revelam o bom nível de fiabilidade de cada um dos instrumentos de avaliação para qualquer dos agrupamentos de sujeitos (amostra, imputáveis e inimputáveis).

Também o contraste dos valores obtidos com os atrás referidos, aquando da apresentação de cada um dos instrumentos de avaliação, parece confirmar esta percepção.

3.2.2. Discussão dos resultados e principais conclusões

Os dados permitem-nos afirmar que, apesar do EP ter uma lotação de 336 indivíduos, possuía em 31-12-2010 (DGSP, 2011a) 404 indivíduos, isto é, uma sobrelotação de

68 sujeitos. Dos 349 que permaneciam diurna e diariamente dentro da instituição, 257 eram imputáveis e 92 inimputáveis, tendo sido a partir deste universo que se obteve a amostra e, por conseguinte, se procedeu ao tratamento estatístico dos dados, pois encontravam-se em igualdade de circunstâncias quanto à permanência dentro da instituição e quanto às consequências que a mesma acarreta. Destes, 218 acorreram à chamada feita pelos guardas prisionais, dos quais 23 desistiram à partida, pese embora não sendo obrigados a fazê-lo, optaram por se deslocar até à investigadora para darem uma justificação quanto aos motivos pelos quais não iriam participar: *a)* uma pequena minoria alegou que era devido ao facto de serem estrangeiros e não dominarem a língua portuguesa; *b)* uma grande maioria em virtude de terem receio de consequências negativas não directamente relacionadas com a psicóloga, ou seja, verbalizaram receio de que a “urna” onde iriam depositar os questionários fosse violada e que quem o fizesse pretendia associar a escrita com a sua pessoa, pois recentemente teriam tido experiências similares que envolviam a escrita de mensagens grupais realizadas no âmbito de actividades estruturadas na instituição e que eram afixadas de forma anónima em *placards* temáticos, que resultaram em consequências menos positivas, embora não sancionatórias. Assim, dos 218 sujeitos iniciais acabaram por aderir à participação no estudo 195, sendo 148 imputáveis e 46 inimputáveis, pois um deles desistiu no decurso da aplicação da entrevista estruturada.

Ora, como vimos, os dados a que tivemos acesso através do *site* da DGSP (2011a, 2011b) e fornecidos pelos *Serviços de Educação e Ensino* do EP, ambos referentes à situação em 31-12-2010, permitem-nos afirmar que a amostra de imputáveis é significativa relativamente à população do EP, embora o mesmo não aconteça se tivermos em conta a população masculina reclusa condenada a nível do país (ver também Quadro 13). Apesar disso, consideramos que esta percentagem tende a subir à medida que diferenciássemos os sujeitos de acordo com as suas características a nível do país e os agrupássemos por situações equivalentes às que adoptámos, isto é, ser imputável, encontrar-se a cumprir pena de prisão a tempo integral (excluindo os que estão em semi-detenção e em prisão por dias livres nos diferentes estabelecimentos prisionais). Porém, não encontramos elementos estatísticos no *site* da DGSP que nos permitissem aferir esses dados.

O mesmo não acontece com os inimputáveis que fazem parte da amostra, pois além de terem uma representatividade significativa a nível nacional, também a têm entre a totalidade dos internados na *Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental* do EP, que se encontram na mesma situação jurídica.

Os resultados estatísticos descritivos permitem-nos afirmar que a população do EP é heterogénea quanto às medidas jurídico-penais aplicadas. No que concerne à amostra pudemos constatar que há uma heterogeneidade entre os participantes relativamente aos factores de ordem sociodemográfica, jurídico-penal, institucional e inerentes ao que incluímos na entrevista estruturada na rubrica “comportamentos de risco”.

Começando pelos factores sociodemográficos, temos no total da amostra uma grande maioria formada por adultos entre os 25-39 anos de idade, seguida dos que possuem entre 40 e 59 anos. Esta tendência acompanha a apresentada a nível nacional nas mesmas faixas etárias (DGSP, 2011c). Porém, verificámos que entre os imputáveis e os inimputáveis a grande maioria integra a primeira das faixas etárias referidas (sendo que nos imputáveis ultrapassa os 50% e entre os inimputáveis aproxima-se de cerca de metade dos sujeitos).

Relativamente ao estado civil verificámos que a grande maioria é solteira, com grande representatividade entre os inimputáveis, enquanto nos imputáveis são cerca de metade. Outro grupo que se destaca são os que estão divorciados/separados.

No que se refere à escolaridade, a amostra possui maioritariamente o 2.º Ciclo do Ensino Básico, seguida dos que têm o 1.º e o 3.º Ciclos. Ao analisarmos por subgrupos, verificamos que essa mesma tendência é seguida entre os imputáveis, embora se note um ligeiro aumento desses valores nos que possuem os 2.º e 3.º Ciclos. O mesmo não acontece com os inimputáveis, pois uma grande parte destes tem o 1.º Ciclo, seguido do 2.º e do 3.º Ciclos. De salientar que neste último subgrupo a quantidade de analfabetos é também considerável. Curiosamente, verificamos que a nível nacional a tendência é haver uma maior quantidade de indivíduos com o 1.º Ciclo, seguida, por ordem decrescente do 2.º e do 3.º Ciclos (DGSP, 2011d). Esta característica nacional é mais próxima do que se observa com os inimputáveis. Consideramos que o aumento de sujeitos com o 2.º Ciclo no EP entre os imputáveis poderá dever-se à motivação, mesmo que extrínseca, para o investimento na formação escolar. De facto, a praxis da investigadora tem revelado que, apesar do nível de literacia na instituição ser bom relativamente aos dados da DGSP (2011d), parece que os sujeitos têm um nível elevado de iliteracia, pois, apesar da escolarização, não dominam a leitura, a escrita e o cálculo e revelam dificuldades de utilização de materiais de diversos suportes no seu quotidiano. Estes factores, a nosso ver, falseiam as efectivas capacidades de participação dos sujeitos na vida social, sobretudo ao nível do exercício da cidadania, de acesso à cultura, de possibilidades profissionais, de (re)ingresso no mercado laboral, de (re)integração social. Apesar de tudo, consideramos que o facto de investirem na alfabetização ou num nível superior de escolaridade poderá

contribuir para o desenvolvimento de algumas competências não só em termos de conhecimentos académicos, mas também de formação pessoal e/ou profissional.

Relativamente ao distrito residencial, há uma maior uniformidade quanto à maioria da origem de proveniência, quer tendo em conta a amostra, quer considerando cada subgrupo, isto é, moravam no Porto. No caso dos imputáveis a área de residência que se segue é, em grande parte, a de Braga e de Aveiro, enquanto nos inimputáveis são maioritariamente, por ordem decrescente, as áreas de Leiria, Aveiro e Lisboa. No que respeita às pessoas com quem viviam antes da privação jurídica de liberdade, verifica-se que grande parte da amostra morava com a esposa e/ou companheira e, muitas vezes, conjuntamente com os filhos, seguindo-se o grupo que residia com os progenitores (com ambos ou com apenas um deles). Porém, embora com menos expressividade, mas não menosprezável, temos o grupo de sujeitos que viviam sozinhos.

Chegamos também à conclusão de que uma parte considerável dos sujeitos estava inactiva em meio livre, quer considerando o total da amostra, quer tendo em conta cada subgrupo em particular. Entre os que estavam a trabalhar, o sector de actividade com maior representatividade entre os imputáveis era o secundário, seguido do terciário. Esta tendência inverte-se quando consideramos os inimputáveis. Apesar disso, os que estavam integrados, tinham maioritariamente profissões sem exigência de grandes qualificações.

Passando aos resultados estatísticos descritivos obtidos através das variáveis jurídico-penais, como era expectável, há uma discrepância entre a quantidade de imputáveis que constituem a amostra e a de inimputáveis, que é cerca de um terço mais baixa. Essa discrepância é ainda mais evidenciada se tivermos em conta a população a nível nacional (DGSP, 2011a). Porém, quando englobámos os subgrupos (imputáveis e inimputáveis) nesta investigação pretendíamos aferir da não disparidade de resultados entre ambos, apesar de sabermos que os mesmos teriam diferenças entre si.

Um dado que se esperava quanto aos antecedentes criminais, e que se confirma, é que haveria no EP uma maior quantidade de indivíduos primários do que reincidentes, quer nos reportemos ao total da amostra, quer nos centremos sobre cada um dos subgrupos, facto corroborado por Gonçalves (2002) no seu trabalho de investigação.

Relativamente aos crimes cometidos, observamos que se tivermos em conta a amostra total destacam-se os crimes contra o património, seguido dos crimes contra as pessoas, tráfico e outras actividades ilícitas e de condução de veículo sem habilitação legal, tendência que é seguida pelo subgrupo dos imputáveis. Esta propensão também se verifica a nível nacional, isto é, tendo em conta a população reclusa no país verificamos, por ordem

decrecente, que em 31-12-2010 sobressaíram os crimes contra o património, os crimes contra as pessoas e os crimes que envolvem estupefacientes.

Contdo, se nos centrarmos nos inimputáveis sobressaem os crimes contra as pessoas, seguidos dos crimes contra o património e contra a vida em sociedade, o que também era expectável logo de início. De facto, nos inimputáveis a consciência da sua problemática de saúde ou de entendimento da mesma é por vezes muito baixa ou nula, como no caso de alguns esquizofrénicos. Assim, e principalmente se não aderem ao programa terapêutico instituído, tendem a apresentar maiores probabilidades de terem disfunções cognitivas e emocionais, que poderão aliar-se, entre outras, às suas crenças estranhas, ideação delirante, alucinações... que necessariamente interferirão nas suas diversas relações, quer sejam familiares, sociais, laborais... E, não só as crenças relativas ao outro, mas também as relacionadas consigo próprio “*irão interferir com os dados ou estímulos que o meio proporciona, podendo ser interpretadas de forma distorcida e conduzir a comportamentos baseados nessas crenças ou ideias disfuncionais*” e, por vezes, levar à prática de crimes geralmente contra as pessoas com quem se relacionam (Almeida, 1999; Barahona Fernandes, 1998; Beck & Freeman, 1993; DSMIV-TR, 2002; Galhofer, 1998; Marques, 2007, p. 340; Sternberd, 2000; US Department of Health an Human Service, 1999).

Em qualquer dos casos (imputáveis ou inimputáveis) os dados não são de estranhar se tivermos em conta as medidas privativas de liberdade a que estavam sujeitos à data da recolha de dados, pois essa situação poderia alterar-se com a resolução da pendência processual ou com a realização dos cúmulos jurídicos ou com o cumprimento de penas sucessivas, segundo informação dos *Serviços de Educação e Ensino* (SEE) da instituição.

Quanto às penas de prisão não estranhamos o facto de que a maioria dos imputáveis tenha penas relativamente curtas, isto é, inferiores a 1 ano e até 6 anos (ou menos) em somatório de penas ou por cúmulo jurídico. (Estes elementos foram também aferidos com os SEE do EP.) Ao contrário, os inimputáveis têm medidas de segurança maioritariamente acima de 6 anos o que também era expectável, dada a natureza de muitos dos crimes por eles cometidos, que são crimes contra as pessoas e, destes, 17 configuram homicídio.

Há ainda a considerar os indivíduos que estão a cumprir penas de prisão, alguns dos quais cometeram crimes contra as pessoas, que embora estejam na situação de imputáveis foram identificados pelos *Serviços Clínicos* do EP como tendo sérias perturbações psicopatológicas e, por isso, regra geral, estão afectos ao *Regime Comum* e não à CPSM. Destes, os que aceitam, estavam a receber tratamento (psico)terapêutico. Este facto interferiu seguramente no cálculo da média dos subgrupos. Assim, apesar de entre os

imputáveis assistirmos na praxis a uma maior quantidade de indivíduos sujeitos ao cumprimento de penas de prisão por períodos de tempo relativamente curtos, também observamos que as políticas institucionais/centrais procuram canalizar aqueles que são identificados como imputáveis com doenças mentais (nomeadamente com psicoses) para as instalações do *Regime Comum*, apesar dos alertas de que sem supervisão clínica mais acurada, os mesmos poderão descuidar/recusar, entre outros, a terapêutica instituída e, com isso, potenciar a recidiva, com todas as consequências que daí possam advir.

Um outro dado de relevância é o facto de haver uma quantidade que consideramos ainda significativa de sujeitos que se encontram institucionalizados há mais de 6 anos. Como sabemos, o peso da institucionalização não é benéfico para qualquer pessoa, pois irá favorecer o desenraizamento familiar e social, contribuindo para maiores dificuldades da sua (re)integração nesses contextos.

Quanto às medidas de flexibilização, verificamos que uma maioria não usufrui de qualquer delas, o que esperávamos em virtude de haver uma quantidade significativa de sujeitos em cumprimento de penas curtas e/ou que não reúnem as condições legais para poderem usufruir das mesmas. Apesar disso, entre os que beneficiam dessas medidas temos em ambos os subgrupos uma quantidade considerável de indivíduos que têm cumulativamente LSJ e RAI, seguida dos que possuem apenas LSJ. Curiosamente, o único sujeito que se encontrava na instituição em LSJ/RAE, durante a recolha de dados, fez os possíveis para participar da investigação, tendo-o conseguido, através da solicitação de um encontro com a investigadora e acordado um posterior horário com a mesma para o efeito.

Ora, consideramos que a concessão de medidas de flexibilização são uma mais-valia para aqueles que delas beneficiam pois contribuem para minimizar o referido peso da institucionalização, ao favorecer as saídas programadas ao exterior, e reaproximar os sujeitos das instâncias familiares, sócio-residenciais e, quiçá, laborais.

Verifica-se também que a maioria dos sujeitos tem visitas, em especial de familiares directos e com periodicidade semanal, seguida de quinzenal e mensal, o que entendemos ser muito bom, tendo em conta que podem manter elos de ligação com figuras significativas do meio exterior, de forma directa, apesar da privação jurídica de liberdade. Entre os sujeitos que não têm visitas, parece ser a distância desde o local de residência dos familiares até ao EP o principal motivo impeditivo, contando-se ainda, entre outros, as dificuldades económicas em que vivem as pessoas no meio livre, problemas de saúde dos familiares que potencialmente seriam seus visitantes e a ruptura de relações, muitas das quais já efectivadas ainda quando estavam em liberdade, segundo o que aferimos da praxis

e junto dos SEE. Um grupo pouco significativo, em termos de quantidade, afirma desconhecer o motivo da ausência de visitas, alegando estar magoado por tal. No entanto, a praxis da investigadora com abordagens familiares realizadas no EP tem revelado que pelo menos alguns familiares utilizam este último mecanismo como forma de punir o sujeito, especialmente se o mesmo é reincidente, independentemente de ele poder estar a fazer um efectivo esforço de tentativa de mudança e de informar esses familiares, através de correspondência, de mensagens enviadas por visitantes de outros reclusos que moram nas proximidades da sua área de residência ou que conhecem os seus familiares ou, ainda, através da psicóloga quando esta convocava as famílias para sessões.

Quanto à motivação que leva os sujeitos a estarem a envolvidos numa actividade, aparentemente relaciona-se mais com a ocupação do longo tempo livre que passaram a dispor no *Regime Comum* ou na CPSM. Contudo, a experiência profissional aponta para o facto de que embora esse possa estar entre os principais motivos, muitas vezes não é exclusivo, pois entendemos que são poucos os que têm rendimentos provenientes do exterior que consideram satisfatórios. Outros, apontam como principal motivação para auferirem dinheiro o facto de não quererem depender totalmente da família (alguns), ou para não a sobrecarregarem (poucos), podendo assim adquirir a expensas próprias tabaco, cafés e produtos de higiene pessoal.

O segundo motivo apontado neste estudo para se manterem numa actividade laboral é a efectiva necessidade dos sujeitos ganharem algum dinheiro, pois não dispõem de qualquer fonte externa de rendimentos ou, caso a tenham, essa fonte é parca e irregular.

Um outro motivo prende-se com o facto de os sujeitos apenas quererem permanecer no seu trabalho exclusivamente para manterem as medidas de flexibilização de que já beneficiam. Outros, ainda, lutam para vir a ter um trabalho porque têm a expectativa de virem a beneficiar dessas medidas na sequência de integrarem um “impedimento” (nomenclatura interna usada para designar um “trabalho”) mais bem remunerado. Entre estes últimos, alguns, embora menos, manifestam vontade, de se autonomizarem financeiramente da família e/ou, dentro do possível, canalizarem parte do seu vencimento para a mesma.

De acordo com o que esperávamos, há também sujeitos que assumiram não querer ter uma ocupação, apesar de não disporem de verbas suficientes ou de nenhuma. E, normalmente desculpabilizavam-se com o facto de considerarem estar a ser explorados economicamente pela instituição, em virtude dos valores que iriam auferir serem irrisórios face ao trabalho que passariam a realizar. Assim, entendemos que caso não venham a

envolver-se em outro tipo de actividades não laborais votar-se-ão à inactividade, à permanência na cela/quarto e/ou nos corredores das alas para “gerirem” e/ou se envolverem em “jogos”/“negócios” para aquisição de bens (tabaco, peças de roupa, produtos do bar...), mesmo que tenham consequências negativas, como forma de manterem o padrão das escolhas *versus* tomadas de decisão que já haviam feito em meio livre e darem continuidade à afirmação do estatuto que pretendem manter dentro e fora da instituição (Gonçalves, 2002; Marques, 2007; Marques, 2008).

Curiosamente encontrámos sujeitos, embora poucos, que revelaram querer manter-se ocupados como forma de se sentirem bem em termos de saúde.

Como está patente no que acabamos de referir, nem sempre só a motivação extrínseca move os sujeitos dentro do cárcere para investir em algumas causas, escolhas e/ou comportamentos, mas sim, também pode estar presente, em alguns deles, a motivação intrínseca. O risco, a manutenção de estilos de vida, de (des)internalização de valores pró-sociais também fazem parte do quotidiano vivencial nas cadeias, independentemente de ser uma opção pessoal ou de ser uma forma de certo modo forçada pelas circunstâncias ou pela aproximação/privilegio de determinados tipos de relação. Independentemente disso, como mencionamos atrás, e por se tratar de um meio fechado, as relações entre os diferentes intervenientes no cárcere são maioritariamente forçadas: nos espaços comuns, escolares, laborais/oficinais, ocupacionais, recreativos e de “maior” privacidade (cela ou quarto ou camarata de habitação, quartos de banho ou balneários...).

No que respeita aos comportamentos de risco que foram alvo de processo interno e que resultaram ou não em medidas sancionatórias e que decorreram ao longo do último ano antes da conclusão da recolha de dados, de acordo com o esperado, houve um maior destaque para a violência física envolvendo companheiros e bens patrimoniais, seguido do consumo, posse ou tráfico de estupefacientes. Outros comportamentos com pouca expressividade também ocorreram, como o desrespeito a figuras de autoridade, violência física contra companheiro, auto-mutilações, tentativas de suicídio, entre outros. Os sujeitos com comportamentos auto-agressivos foram orientados para os *Serviços Clínicos*, bem como alguns dos restantes, principalmente por terem sido objecto de alguns problemas a nível da saúde física ou por aparentarem ter sérias perturbações psicológicas.

Quanto aos sujeitos com comportamentos auto e hetero-agressivos que recorreram aos *Serviços Clínicos* sem terem sido alvo de processo interno, os resultados também vão ao encontro do esperado. Consideramos, tal como outros autores, que o recurso aos comportamentos auto-agressivos pode sugerir que os sujeitos pretendem punir-se a si

mesmos, aliviando de certa forma o medo de serem atormentados pelos outros, controlando a culpa e o medo através da dor (parecendo ser esta a melhor forma de lutarem contra a angústia), ocorrendo em sujeitos normalmente com baixa auto-estima, intensa auto-desvalorização, sérias carências relacionais com o meio, grande solidão, habitual predominância de emoções negativas e tendência a deprimirem (Castro, 2002; Duque, & Neves, 2004; Hawton, Kingsbury, Steinhardt, James, & Fagg, 1999). E, como sabemos, os comportamentos auto-agressivos acabam por se repetir, alguns dos quais podem resultar em actos suicidas consumados (Bennewith, Stocks, Gunnell, Peters, Evans, & Sharp, 2002). Há ainda a ter em conta que não só os distúrbios de personalidade ou psicológicos podem desencadear ou potenciar o risco de auto e hetero-agressividade e o *acting-out*, mas também o consumo de drogas e álcool (Castro, 2002). Este último foi abolido das ementas em meados da primeira fase da recolha de dados. (Quando demos início a esta investigação acreditávamos que os consumos desta substância seriam mais acentuados.)

Relativamente ao consumo de substâncias em liberdade, os imputáveis preferiam, por ordem decrescente, álcool, heroína, cocaína e haxixe, enquanto na prisão a preferida era o tabaco, seguida do haxixe, heroína, álcool e cocaína. Alguns, embora poucos, também faziam consumos de outras substâncias dentro ou fora da instituição, como cola, cogumelos, ácidos, diluente, drunfos. Já os inimputáveis consumiam em meio livre, preferencialmente, por ordem decrescente, álcool, haxixe, tabaco, heroína e cocaína, enquanto que na privação jurídica de liberdade o tabaco passou a ser a substância de eleição, seguida do haxixe e, em menor percentagem, de heroína e de cocaína. Um grupo muito residual passou a consumir as restantes substâncias atrás referidas.

Um outro dado que foi ao encontro do que esperávamos refere-se ao facto de que vários sujeitos expressaram ter recorrido aos *Serviços Clínicos* do EP para cuidados de saúde na sequência de consumos de substâncias, o que pensamos poder estar relacionado com a falta das mesmas ou por já estarem endividados e as quererem abandonar.

Relativamente às doenças (infecto)contagiosas de que são portadores, verificamos que uma quantidade expressiva de sujeitos manifestou conhecer ser portador de hepatite C; uma, pouco significativa, que era seropositivo; e, outra mais reduzida ainda, que possuía tuberculose e IST. Estes dados revelam a importância de que se reveste a despistagem de problemas de saúde feita pelos *Serviços Clínicos* aquando da entrada dos sujeitos no EP.

Muitos dos sujeitos referiram que andavam em acompanhamento no exterior, em especial pelos *Centros de Resposta Integrada* (CRI) e *Equipas de Tratamento* (ET) e em outros serviços, nomeadamente de saúde mental. A este nível ressalta da praxis que alguns

dos que eram acompanhados pelos CRI-ET faziam-no por pensarem vir a ter uma atenuante aquando da condenação e/ou que lhes viessem a ser aplicadas medidas alternativas à pena de prisão. A prática também revela que entre os que eram seguidos em psiquiatria, muitos, quando o faziam, eram obrigados pelos familiares; porém, faltavam muito às consultas ou já não iam às mesmas há longa data antes da prática dos crimes, sendo corroborado por alguns estudos (Almeida, 1999; Marques, 2007).

Passemos agora à discussão dos resultados a partir da comparação das médias dos restantes instrumentos de avaliação – CAQ, SF8, EADS, *Brief COPE* e ESSS – com as variáveis situação jurídica, antecedentes criminais, tempo de cumprimento de penas de prisão ou de medidas de segurança, trabalho/ocupação, visitas, consumo de tabaco, consumo de estupefacientes e comportamentos auto e hetero-gressivos.

Quanto ao CAQ, e tendo em conta a situação jurídica, entendemos que os dados podem estar próximos da realidade, pelo que aferimos da praxis. De facto, no contacto com os sujeitos de ambos os subgrupos, de uma forma geral, sobressaem vectores paranóides, sentimentos de inutilidade e impotência (não forçosamente de culpa) face ao ocorrido, pensamentos auto-destrutivos (não necessariamente preditores de suicídio), de que a vida não é merecedora de preocupações especiais por ser absurda e sem sentido, tendência a evitar o contacto com os outros (por vezes em virtude de alguns dos motivos já referidos e/ou por receios de que possam vir a ser contagiados por algumas doenças), crença de que são incompreendidos pela maioria das pessoas, entre outros.

Contudo, como no presente estudo os valores em todas as escalas não se desviam para níveis extremos relativamente à média, poderá ser indicador de que uma grande parte dos sujeitos não tenha exacerbada a sintomatologia esperada para os índices elevados nessas escalas. No caso particular dos inimputáveis, parece-nos ser revelador de que quando os psicóticos (maioria dos inimputáveis da amostra) e outros sujeitos com perturbações psicológicas estão sujeitos a tratamento, mesmo que por imposição jurídico-penal, apresentam remissão da sintomatologia, estando mais ligados à realidade (Marques, 2007). No entanto, é de salientar que apesar dos muitos esforços dos escassos profissionais de saúde existentes na instituição, as políticas internas instituídas têm progressivamente destituído a CPSM dos fins para que, por legislação, foi criada e, por isso, procura centrar-se mais na estabilização médica dos doentes mentais e cuidados das mazelas físicas dos internados, do que na promoção das competências psicológicas ainda conservadas nos inimputáveis (mesmo que em baixos níveis), através da estimulação específica de várias áreas, nomeadamente no âmbito das especialidades da psicologia clínica e da terapia

ocupacional (esta última ainda confundida internamente com “estar indiscriminadamente ocupado”). Efectivamente, para além do tratamento quase exclusivamente baseado na prescrição médica e administração medicamentosa ou de cuidados pela enfermagem, os parâmetros implementados na CPSM são regidos pelos normativos do *Regime Comum*, como se nela não estivessem doentes mentais legalmente internados com a finalidade de cumprimento de medidas de segurança e de tratamento. Contudo, a CPSM também estava, entre outros, vocacionada para a avaliação e consultas de psicologia e de psiquiatria aos imputáveis, para despistagem de perturbações mentais com vista ao plano de tratamento.

Não nos podemos esquecer que na mudança da condição de liberdade para a de juridicamente privada de liberdade os indivíduos passaram, como já referimos, a ter restrições de movimentos e de espaços (podendo apenas concretizar aqueles que lhes são permitidos), a usufruir de um espaço de intimidade muito reduzido ou ausente, a ter restrições de convívio com pessoas de referência, a estar sujeitos a um apertado controlo por parte de companheiros e/ou guardas e/ou técnicos e, muitas vezes, a não ter como alternativa senão manter relações forçadas de convivência com essas mesmas pessoas, as quais também muitas vezes constituem fontes mútuas de tensão. Além disso, estão adstritos às regras próprias de um regime fechado, quer definidas pelos reclusos, quer pela instituição e pelos diversos funcionários de segurança e civis (Gallego & Herrera, 2010; Gonçalves, 2002; Gonçalves & Vieira, 2005; López-Barrachina, Lafuente & García-Latas, 2007). Desta forma, pensamos que, tendo em conta situação jurídica, estes são os principais motivos que poderão estar na base das médias mais altas nas escalas do CAQ envolvidas, embora tenhamos apenas encontrado diferenças significativas entre imputáveis e inimputáveis apenas nas escalas Culpabilidade-Ressentimento e Depressão Ansiosa.

Os resultados gerais, em termos de valores das médias, obtidos com as restantes variáveis consideradas, regra geral não fogem muito à tendência revelada para o caso da variável situação jurídica, que acabámos de abordar. De facto, observamos desvios médios elevados de forma mais consistente na maioria das escalas do CAQ. Porém, existem alguns casos de excepção, entre os quais a ocorrência de desvios extremos relativamente à média numa parte considerável das mesmas (D1, D2, D5, D7, Pa e Sc) entre os inimputáveis que estão internados há menos de um ano, assim como, de forma particular na escala Paranóia entre os inimputáveis que não têm medidas de flexibilização, nem ocupação. Esta situação deve-se provavelmente ao facto de que estes sujeitos estão numa primeira fase mais fragilizados em virtude das perturbações que possuem e que, à medida que as terapêuticas instituídas agem sobre eles no sentido de os estabilizarem, vão tomando consciência da

dura realidade em que se encontram (habitacional, relacional, normativa...). Assim, vão procurando aderir de uma forma geral ao que lhes é proposto na CPSM, na expectativa de poderem vir a beneficiar, por exemplo, de saídas ao exterior ou de serem colocados num trabalho fora do espaço interno da CPSM. Contudo, mesmo que a motivação desses indivíduos assente mais em pressupostos extrínsecos do que intrínsecos, o facto de serem goradas essas expectativas poderá, de alguma forma, acentuar vectores inerentes às escalas envolvidas. Em virtude de estes dados revelarem que os sujeitos poderão encontrar-se em maior risco neste período, os mesmos requerem maior atenção e cuidados, que deveriam ir além dos proclamados/seguidos pelos profissionais de saúde dos *Serviços Clínicos*. De facto, pensamos que os restantes profissionais da CPSM carecem de formação específica na área da saúde mental. No entanto, entendemos que essa formação deveria ser extensível a todos os profissionais da instituição, pois ficariam assim mais habilitados para identificar, sinalizar e lidar com indivíduos com perturbações mentais, mesmo que imputáveis e, quiçá, alterar procedimentos entendidos pelos clínicos como desajustados/desproporcionais em algumas situações.

Outro dado interessante refere-se aos desvios extremos evidenciados na escala Depressão Suicida junto dos imputáveis com comportamentos hetero-agressivos, os quais entendemos que deverão merecer também alguma atenção por parte dos diferentes profissionais, pois poderão ter na sua base perturbações psicológicas e não simplesmente decorrerem de meras querelas entre os sujeitos ou eventual “ajuste de contas”.

Ficou bem evidente que as escalas Agitação e Depressão Ansiosa são as únicas a terem valores dentro da média em todas as variáveis consideradas. Uma outra escala de excepção, embora não tão generalizada, é a Desajuste Psicológico, que tem valores dentro da média em todas as situações, excepto nas seguintes em que tem desvios médios altos, próprio dos que desvalorizam a sua pessoa e têm baixa esperança: *a)* na amostra e nos subgrupos entre os reincidentes, os que não têm trabalho/ocupações e os que não têm visitas; *b)* na amostra e nos imputáveis que estão instalados entre 6 e 10 anos e entre os que não consomem estupefacientes; *c)* nos imputáveis com comportamentos hetero-agressivos; *d)* nos inimputáveis internados há menos de um ano.

Ocorreram também diferenças significativas entre a amostra (bem como em cada subgrupo) e algumas escalas do CAQ, em especial nas variáveis antecedentes criminais, medidas de flexibilização, trabalho/ocupação, visitas e consumo de estupefacientes.

Verificamos ainda que a escala Pp foi a única que apresentou desvios extremos abaixo da média mas, exclusivamente para o período de tempo de privação jurídica de

liberdade inferior a 1 ano. Este resultado, quanto a nós, deve ser lido com cautela, pois pode ser interpretado como equivalente ao da leitura que se faz para os valores elevados nessa escala, o que, quanto a nós, certamente não será extensível a todos os sujeitos. De facto, embora Rocha (1995) não faça referência à possível interpretação para valores baixos nesta escala, alude à correlação da mesma com a equivalente do MMPI. Assim, a nossa interpretação baseia-se na sugerida por Cunha (2000) para este último instrumento na escala Desvio Psicopático.

Os resultados obtidos através das correlações efectuadas entre as escalas do CAQ e as variáveis eleitas para este estudo também vão ao encontro do que era esperado. Efectivamente, pensávamos que o facto de os sujeitos terem antecedentes criminais contribuiria para que houvesse elevação em algumas escalas desse instrumento de avaliação, facto que se confirmou para as D2, D7, Sc e Ps. Também partimos do pressuposto de que o benefício de medidas de flexibilização, trabalho/ocupação e visitas estavam relacionados com a diminuição generalizada dos vectores psicopatológicos inerentes à maioria das escalas do CAQ, facto que se concretizou.

Quanto à percepção do estado de saúde, parece evidente que em todas as variáveis consideradas temos na dimensão Dor Corporal médias mais baixas relativamente às restantes. Este dado para nós era esperado, pois na praxis assistimos a muitas queixas relacionadas com problemas corporais que envolvem dor. Os sujeitos com queixas alegavam que estas condicionavam o seu desempenho em alguns dos trabalhos realizados, pois os mesmos exigiam esforços por vezes além das suas possibilidades. Seria este o principal motivo que levaria alguns deles a solicitar mudança de “impedimento”. Apesar disso, entendemos que as tarefas decorriam sem grandes problemas de saúde física e geral, considerando os resultados nas restantes dimensões e nas diferentes variáveis em estudo.

Os resultados também apontam para que a percepção do estado de saúde se altera de acordo com o tempo de cumprimento das medidas privativas de liberdade, parecendo tornar-se menos positiva com o decurso do tempo se tivermos em conta o total da amostra. Contudo, se analisarmos cada um dos subgrupos observamos que a percepção de cada um funciona de forma inversa com o decorrer do tempo, considerando os Componentes Físico e Mental. De facto, se no período inferior a um ano os imputáveis têm uma percepção física e mental de saúde com carga mais positiva, à medida que esse tempo se alarga essa carga parece menos positiva, enquanto que os inimputáveis, aparentemente, têm, numa primeira fase, uma carga menos positiva (abaixo da média) e, com a passagem do tempo, afigura-se mais positiva. Entendemos que estes dados sugerem que o peso da

institucionalização afecta inversamente cada um dos grupos de forma particular, isto é, os imputáveis aparentam ambicionar, de um modo geral, ser libertados, pois embora adaptados à instituição estão saturados da experiência de vida na mesma, enquanto os inimputáveis parecem estar muito bem adaptados à instituição e sentir ser aquela a “sua casa”. Quanto aos inimputáveis parece que se inicialmente são desenraizados do meio familiar e social, à saída (aquando da restituição à liberdade) têm muitas probabilidades de se sentirem desenraizados da instituição e desenquadrados do espaço familiar e social. De facto, muitas vezes, na praxis os internados partilhavam connosco receios de regressarem ao meio livre, por estarem muito adaptados e saberem com o que contar da parte dos diferentes intervenientes do EP (técnicos de saúde, guardas e outros profissionais).

Outro dado interessante, e relacionado com as medidas de flexibilização, parece estar relacionado com o maior grau de satisfação com a percepção do estado de saúde revelado pelos que usufruem de LSJ/RAI, em especial a nível do Componente Mental. Também em ambos os componentes observamos médias ligeiramente mais altas entre aqueles que têm visitas, quer consideremos o total da amostra ou os imputáveis, pois entre os inimputáveis verifica-se o inverso. Neste último caso, os dados parecem sugerir que os que não têm visitas têm uma melhor percepção do estado de saúde, embora nada de significativo relativamente aos que têm visitas. Ora, pensamos que ao terem visitas os sujeitos alteram a sua dinâmica interna, para além de outras, como a relacional, e que esse facto poderá estar na base destas diferenças encontradas.

Os resultados sugerem que os sujeitos, tanto da amostra, como dos subgrupos, que consomem tabaco têm uma melhor percepção do estado de saúde física e mental relativamente aos que não consomem. Porém, quanto aos consumos de estupefacientes, os resultados amostrais e dos imputáveis apontam para que haja uma melhor percepção do estado de saúde nos consumidores e uma tendência inversa nos inimputáveis.

Quanto aos comportamentos auto-agressivos, os resultados sugerem que o total da amostra e os imputáveis têm melhor percepção do estado de saúde relativamente aos que têm comportamentos hetero-agressivos. Estes dados poderão ser indicadores de que os sujeitos ao punirem-se a si mesmos poderão, como vimos, aliviar o medo de serem atormentados pelos outros ou pelos pensamentos que lhes causam sofrimento, controlando o medo e a culpa através da dor. Assim, os actos auto-infligidos são sentidos de forma diferente dos ocorridos acidentalmente e *“talvez por isso, a maior parte dos indivíduos não sintam dor, aquando do comportamento de auto-mutilação”* (Duque e Neves, 2002, p. 219) e, de acordo com a nossa experiência, parecem sentir-se melhor após a sua concretização.

Contrariamente, os inimputáveis com CHA, de um modo geral, parecem ter uma melhor percepção do estado de saúde comparativamente com os que têm CHA. Talvez, o facto de direccionarem a agressividade contra terceiros poderá, por um lado, estar relacionado com as perturbações psicológicas decorrentes de estados psicóticos ou de debilidade mental, entre outros, por outro, com o facto de os sujeitos estarem confinados ao restrito e exíguo espaço das alas da CPSM, e não com alterações do estado mental ou psicopatológicas dos sujeitos, o que é corroborado por Walker e Seifert (1994) a propósito de episódios ocorridos em meio não prisional, mas de internamento psiquiátrico.

Também nos fizeram sentido as correlações obtidas na amostra entre as variáveis e as dimensões e os componentes do SF-8. De facto, a praxis dá-nos indicadores de que os sujeitos com antecedentes criminais aparentam ter menos competências relacionadas com o funcionamento social, assim como os que possuem medidas de flexibilização apresentam uma melhoria nesse tipo de funcionamento. Também nos parece coerente que os sujeitos com trabalho/ocupação tenham melhor desempenho físico, saúde geral e vitalidade, bem como apresentem uma diminuição do desempenho emocional. Compreendemos este último aspecto à luz da praxis, que aponta no sentido de que, geralmente, os sujeitos que integram actividades laborais procuram realizá-las sem grandes contactos com os demais, pois além de estarem sujeitos a um maior controlo por parte dos vigilantes, receiam a ocorrência de conflitos com os mesmos ou com companheiros, que poderão trazer como consequência a retirada das actividades ou outras medidas sancionatórias. É também compreensível que os sujeitos com mais visitas apresentem menor tendência para a dor corporal, pois de certo modo esta poderá ficar mitigada com o alívio de alguma tensão na relação que estabelecem com os visitantes (Castro, 2002; Hawton, Kingsbury, Steinhardt, James & Fagg, 1999).

No entanto, se tivermos em conta os Componentes Físico e Mental, a percepção do estado de saúde pode considerar-se, de um modo geral, que é razoável no total da amostra.

Quanto aos resultados obtidos com a aplicação do EADS, e tendo em conta as diferentes variáveis consideradas, revelam valores abaixo da média em todas as escalas. Pensamos que estes valores poderão ser explicados se tivermos em conta que podemos estar em presença de sujeitos que tenham um *locus* de controlo mais externo do que interno ou que apresentem vectores psicotizantes activos ou estejam sob efeito de substâncias.

Sobre esta questão há ainda a considerar que o subgrupo dos imputáveis encontra-se preso maioritariamente há mais de 3 anos e que, portanto, sabe genericamente com o que contar, pois está confinado ao espaço fechado da instituição e a ele melhor adaptado. Por esse motivo, não estranhámos que tenhamos encontrado baixos níveis de ansiedade. De

facto, se tivermos em conta o propugnado por Ladouceur (2000) a ansiedade normalmente surge em torno de assuntos relativos a dinheiro, trabalho, organização familiar, doença e outras actividades por medo de falhar, fazendo-se acompanhar por manifestações somáticas (tensão motora, excesso de vigilância e desordens neurovegetativas). Segundo o mesmo autor, a depressão pode ocorrer no seguimento de factores traumáticos ou, na maioria das vezes, na sequência do acúmulo gradual de pequenos stresses do quotidiano, repetidos ao longo de meses ou anos, havendo diferenças entre um tipo e outro de depressão. Assim, a Depressão parece também não ser um dos problemas psicológicos da amostra, facto que também ficou patente com a análise dos resultados do CAQ. Não nos podemos esquecer, no entanto, que os efeitos da sobrecarga diária podem levar à depressão, mesmo que apenas situacional no caso de indivíduos com um *locus* de controlo externo mais marcante. Contudo, como referimos, nos inimputáveis pode assumir dimensões potencialmente gravosas em virtude das diversas formas de perturbações psicológicas existentes com carga hereditária e biológica (endógena).

Outro dado de interesse refere-se ao facto de que a escala Depressão da EADS tem associações negativas com as variáveis medidas de flexibilização e trabalho/ocupação. Assim, quanto mais usufruem dessas medidas, menor é a Depressão e quanto mais ocupados, também menos serão os vectores envolvidos nessa escala. Quanto à Ansiedade, tem correlações negativas com a variável trabalho/ocupação, sugerindo, à semelhança da anterior, que a maiores índices de Ansiedade correspondem a menor actividade.

Relativamente ao *Brief COPE*, e tendo em conta a situação jurídica, observamos que as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos imputáveis são centradas na resolução activa do problema (*Coping Activo*), seguida da de regulação activa do mesmo (Reinterpretação Positiva) e do evitamento (Auto-Culpabilização). Apesar dos resultados serem pouco expressivos, estes dados parecem sugerir que, de alguma forma, mesmo que ténue, genericamente os sujeitos procuram estratégias eficazes no sentido da adaptação à situação em que se encontram. Estas são doseadas, embora ainda com menos intensidade, com algumas estratégias centradas nas emoções, o que faz com que procurem desta forma desviar a atenção do(s) problema(s), provavelmente para vê-lo(s) não como algo tão negativo (como Religião, Utilizar Suporte Social Emocional).

Os inimputáveis, que apresentam médias ainda mais baixas do que os imputáveis, parecem socorrer-se, embora tenuemente, de estratégias de regulação activa do problema (Utilizar Suporte Social Emocional e Aceitação), embora recorram também às restantes. A menos utilizada é a Uso de Substâncias, talvez porque mantivemos as que estavam

designadas no item original (medicamentos e álcool), seguida de Desinvestimento Comportamental e Humor em ambos os subgrupos.

Os imputáveis reincidentes têm médias mais altas do que os primários, que se evidenciam ligeiramente mais nas estratégias referidas para este grupo. Nos inimputáveis primários temos médias mais altas no evitamento/negação do problema, seguido da regulação activa do mesmo e da resolução activa. Mas, analisando o total da amostra observamos uma tendência cimeira para este último tipo de estratégia nos reincidentes.

Tendo em conta a análise a partir das médias do *Brief COPE* para os períodos de tempo de cumprimento, temos um dado curioso. Trata-se do facto de os imputáveis que estão a cumprir medidas privativas de liberdade há menos de um ano recorrerem mais ao *Coping Activo*. Verifica-se, porém, que esta estratégia é substituída pela Reinterpretação Positiva no período de 1 a 3 anos e comutada pela inicialmente utilizada nos períodos de 3 a 6 anos e de 6 a 10 anos. No período superior a 10 anos utilizam mais acentuadamente a Religião. Apesar disso, não deixam de recorrer em todos os períodos às escalas que fazem apelo à resolução de problemas (*Coping Activo* e *Planear*) e às que remetem para a regulação do estado emocional (Reinterpretação Positiva e *Auto-Distração*). Quando nos centramos nos inimputáveis, observamos que nos períodos inferiores a 1 ano e de 6 a 10 anos destaca-se a *Auto-Culpabilização*, no de 1 a 3 anos a *Negação*, no de 3 a 6 as *Coping Activo* e *Uso de Substâncias* e no superior a 10 anos a *Expressão de Sentimentos*. Neste último caso, de uma forma global, também ocorrem algumas estratégias de regulação do estado emocional em todos os períodos a par de estratégias de resolução de problemas e de evitamento/negação. Posto isto, entendemos que os imputáveis vão adoptando estratégias de *coping* que possibilitam melhor enfrentar a situação stressante com o decorrer do tempo de privação de liberdade.

Considerando as medidas de flexibilização, no que se refere aos resultados obtidos através das médias nas escalas do *Brief COPE*, observamos que, na amostra, se destacam, embora de forma pouco significativa, os três grandes grupos de estratégias de *coping*, isto é, por ordem decrescente, da regulação activa das dificuldades, da resolução activa dos problemas e da negação/evitamento dos mesmos, em especial nos que beneficiam dessas medidas. Verificamos a mesma tendência para o caso dos que possuem trabalho/ocupação, visitas e dos que consomem tabaco. No caso dos que consomem estupefacientes, parece que a amostra recorre mais às estratégias de *coping* relacionadas com a resolução de problemas, seguida da negação *versus* evitamento, embora os valores continuem a ser pouco expressivos em termos de médias. Relativamente aos comportamentos agressivos,

destaca-se na amostra entre os que têm CAA a propensão para, por ordem decrescente, resolver os problemas, regular e negar/evitar os mesmos, embora somos levados a crer que de forma pouco/não assertiva, o mesmo acontece com os que têm CHA.

Foram encontradas correlações significativas entre as seguintes variáveis e escalas do *Brief COPE*: a) o tempo de cumprimento correlaciona-se de forma negativa com a Utilização de Suporte Instrumental, sugerindo que quanto mais aumenta o primeiro menor será o recurso à referida estratégia de *coping*, o que se verifica na praxis com grande expressividade; b) o trabalho/ocupação e a *Coping Activo*, Planear e Reinterpretação Positiva revelam associações mútuas negativas (mais acentuadas nas duas primeiras), revelando que quanto mais ocupados estiverem menos utilizam essas estratégias; c) a variável visitas e a escala Aceitação têm associações mútuas positivas, parecendo que quanto mais visitas têm, mais Aceitação possuem; d) o consumo de estupefacientes tem correlação significativa positiva com a escala Utilizar Suporte Instrumental, sugerindo que quando uma aumenta a outra também, enquanto que essa variável tem uma associação negativa com a Uso de Substâncias, denotando que à medida que aumentam os consumos de estupefacientes diminuem o uso de substâncias (medicamentos e álcool). Estes resultados são também observados com expressividade na prática clínica.

Nas escalas do ESSS, e tendo em conta a situação jurídica, verificamos que os imputáveis apresentam médias que revelam satisfação com o suporte social em termos médios, por ordem decrescente, na escala SF, seguida da AS, SA, enquanto que a IN aponta para níveis ligeiramente abaixo da média. Os inimputáveis parecem também ter níveis médios de SF e na AS, seguidos de níveis ligeiramente abaixo da média nas escalas Satisfação com Amizades e Intimidade. Estes dados parecem sugerir que a família é o principal pilar do suporte social, facto que é defendido por alguns autores em meio não prisional, como Miller, Bishop, Herman e Stein (2007).

Relativamente aos antecedentes criminais, observamos que a amostra tem níveis de satisfação com o suporte social ligeiramente mais elevados entre os reincidentes em todas as escalas, embora próximos da média, excepto na escala IN que tem um valor abaixo desta. Quando perante os subgrupos, temos os imputáveis primários a apresentarem valores mais próximos da média na SF, encontrando-se as restantes escalas com níveis abaixo da mesma, enquanto que os reincidentes têm valores aproximados à média nas escalas AS e SF e ligeiramente abaixo da média nas escalas SA e IN. Estes factos podem ser indicadores de que quando os sujeitos são reincidentes a família já não está tão disponível para se deslocar ao EP para fazer visitas (regulares ou não), pois poderá estar cansada de dar oportunidades

aos sujeitos, quer em meio livre, quer no âmbito de anterior(es) reclusões e/ou poderá querer de alguma forma puni-los pela recidiva. Relativamente aos inimputáveis primários e aos reincidentes, observamos valores dentro da média na SF e AS e abaixo da média nas restantes escalas, o que também vai ao encontro do percebido na praxis.

Tendo em conta os períodos de tempo, concluímos que os resultados apontam para que se exceptuarmos a escala Intimidade há globalmente pouca variação nas médias nos diferentes períodos, salvo no superior a 10 anos para o caso das SF e AS. Salienta-se o facto de que há correlações significativas positivas entre o tempo de cumprimento e a escala SF, sugerindo que há medida que aumenta o primeiro, também aumenta a satisfação com a família. Entendemos que isto pode ser explicado tendo em conta que os sujeitos possam ter-se habituado a um padrão de funcionamento com a mesma ao longo do tempo (podendo incluir visitas e/ou saídas ao exterior) ou ter retomado relações com a mesma.

Quanto às medidas de flexibilização, observamos a mesma tendência, pois entre os que não beneficiam das mesmas os valores encontram-se dentro de níveis médios (excepto na IN que está abaixo da média). Entre os que beneficiam cumulativamente de LSJ e RAI também observamos valores dentro da média (exclusive na SA para o caso dos inimputáveis e na IN em todos os agrupamentos considerados), o que era expectável. Os que usufruem de LSJ parecem ser os que têm menos satisfação com o suporte social por terem valores abaixo da média, sugerindo que provavelmente a partir do momento em que passam a beneficiar dessa medida poderão passar a não dispor de tantos contactos directos com pessoas significativas, em virtude de estar prevista a sua ida a casa com regularidade (desde que não falhem), ou poderão sentir-se mais pressionados/controlados para que mantenham condutas assertivas (pela família, vizinhos, técnicos do serviço social...).

Relativamente às restantes variáveis, temos valores dentro da média nas escalas do ESSI, excepto na IN, embora na variável trabalho/ocupação encontremos diferenças significativas nessa escala, apenas no caso dos imputáveis. De facto, quanto a nós, os sujeitos integrados em actividades laborais têm oportunidades de estabelecerem relações qualitativamente melhoradas e esse facto pode contribuir para que a percepção do suporte social seja satisfatório.

A variável visitas segue a mesma tendência da anterior no que se refere às médias, apesar de apresentar diferenças significativas nas escalas IN e SF no total da amostra. Ora, o suporte social dado pela família é muito importante neste tipo de população e constitui a principal fonte de apoio social dos sujeitos (Miller, Bishop, Herman, & Stein, 2007), e

provavelmente, elementos constituintes da mesma poderão estar entre aqueles a quem podem falar sobre algumas questões sem que fiquem expostos a algum tipo de preconceito.

Na variável consumo de tabaco observamos valores dentro da média nas escalas SF e AS tanto para os que fumam ou não esta substância. Encontrámos valores abaixo da média na escala SA entre os que não consomem, considerando o total da amostra, imputáveis e inimputáveis, bem como, ainda, nos inimputáveis que consomem. No que toca ao consumo de estupefacientes verificamos que as escalas SF e AS têm valores dentro da média, tendo em conta a amostra e os subgrupos, e na SA exceptuam-se os imputáveis que consomem e os inimputáveis que não consomem, que têm níveis ligeiramente abaixo da média. Porém, esta variável tem correlações significativas negativas com a escala SF. Estes dados sugerem que estes comportamentos aditivos parecem não interferir com suporte social dado pela família quando os sujeitos consomem tabaco, provavelmente por esta melhor tolerar esses consumos. O mesmo não ocorre com os consumidores de estupefacientes.

Também, de um modo geral, observamos que os sujeitos com comportamentos auto-agressivos denotam níveis de satisfação com o suporte social ligeiramente acima dos que têm comportamentos hetero-agressivos, estando os valores dentro de níveis médios. Provavelmente, este facto estará relacionado com a percepção que os sujeitos possam ter relativamente a quem lhes dá suporte de uma atitude de certa comiseração e de compreensão, apesar do incentivo para que não voltem a praticar esses actos auto-agressivos. Esta tendência está invertida na escala IN, embora com reduzida expressividade e com os valores abaixo da média. É de referir que aqueles que têm CHA possuem valores dentro da média nas escalas SF e AS. A praxis leva-nos a crer que os sujeitos poderão perceber que quem lhes dá suporte, *por um lado*, é sabedor das suas características de personalidade desde o meio livre e, embora repudiem esses actos, de certo modo os toleram/desculpabilizam com o argumento de a privação jurídica de liberdade os submeter a maior pressão e que esta será uma das formas esperadas de reagir; *por outro*, os sujeitos poderão perceber que quem lhes dá suporte os vê como lutadores ou líderes que não se deixam subjugar pelos restantes ou não se acobardam perante o outro.

Assim, consideramos que, de uma forma global, o nível de satisfação com o suporte social se aproxima mais de valores médios. Este facto sugere que as exigências adaptativas colocadas pelos agentes stressores no meio juridicamente privado de liberdade, apesar de aparentemente poderem ser ameaçadoras da integridade física e psicológica dos sujeitos, tendem a ser preenchidas por profissionais e/ou por conhecidos com problemáticas semelhantes (Ornelas, 1997) e, indirectamente, pelas pessoas da sua rede de relações

personais que contactam com os mesmos (nas visitas, por correspondência e por telefone), pois estas não estão disponíveis no imediato quando delas necessitam. Assim, e apesar das limitações, como referimos, neste estudo os valores de satisfação com o suporte social aproximam-se de níveis médios, o que parece sugerir que os sujeitos têm uma percepção individual e situacional de que dispõem de alguém a quem recorrer quando necessitam.

Entendemos, ainda, que os reincidentes acabam por encontrar indivíduos que foram seus companheiros de ex-reclusão e/ou ex-internamento e os primários, principalmente imputáveis, também acabam por encontrar um ou mais colegas/amigos do meio livre, alguns dos quais já com antecedentes criminais, que, num extremo, pertenciam às suas relações pessoais e, noutro, conheciam de vista em meio livre. A praxis aponta para que este fenómeno seja menos frequente nos inimputáveis primários, pois poucos encontrarão dentro da CPSM alguém que já pertencera às suas relações de proximidade ou de mero conhecimento em meio livre, embora nos reincidentes, como é óbvio, haverá os que se conheciam pelo menos do anterior cumprimento de medida de segurança na CPSM ou de prisão no *Regime Comum*.

Consideramos que a percepção que o sujeito tem do suporte social disponível assume um lugar de relevo como protectora do impacto do stresse na saúde (Heitman, 2004; Pierce, Sarason, & Sarason, 1996). Porém, caso o indivíduo não identifique, encontre ou solicite o suporte de que necessita, poderá criar defesas conducentes a uma retracção emocional menos consonante com o bem-estar psicológico, mas que contribui para o processo de ajustamento, reduzindo os níveis de ansiedade e depressão, como parece ter sido o caso dos sujeitos da amostra deste estudo, pelos resultados obtidos na EADS. Também não podemos esquecer que estamos perante sujeitos que em virtude dos seus comportamentos social e criminalmente reprováveis estão a cumprir medidas privativas de liberdade, alguns dos quais com manutenção de comportamentos de risco e de estilos de vida que tinham em meio livre. Entendemos, assim, que pelo menos uma parte da rede social que inclui o suporte social poderá estar inquinada e fornecer suporte negativo (incentivo à resolução de problemas de forma não assertiva, mesmo os de saúde...) mesmo que a par de outros positivos (auxílio em situação de crise...).

Partiremos agora para a discussão dos resultados tendo em conta as hipóteses levantadas neste estudo.

Quanto à primeira das hipóteses, começamos por comparar as médias de decatipos das escalas do CAQ da amostra por antecedentes criminais e verificamos que em todas elas os reincidentes apresentam valores ligeiramente mais elevados do que os primários e que em

apenas três das escalas (Pa, D2 e D7) assumem valores igual a 8, por arredondamento (cf. Quadro 35). O Teste-*t* de Student revelou diferenças significativas na D2, D7, Sc e Ps (Quadro A8-2 do Anexo 8).

Embora antevendo que os restantes resultados poderiam ir no mesmo sentido, continuamos a analisar os outros componentes da hipótese, o que de facto ocorreu. Assim, na procura de saber se havia associações entre aumento de antecedentes criminais e diminuição de medidas de flexibilização, trabalho/ocupação, visitas e comportamentos aditivos, o teste de correlações *r* de Pearson revelou correlações positivas significativas para as escalas D2, D7, Sc e Ps (cf. Quadros 77 e A9-1 do Anexo 9). Estes dados sugerem que um aumento nos índices dessas escalas corresponde a um aumento nos antecedentes criminais.

Quando associamos as medidas de flexibilização (MF) e com as escalas do CAQ observamos correlações significativas negativas com a maioria das escalas, apontando para que ao aumento das mesmas corresponda a uma diminuição nas referidas MF. O mesmo ocorreu quando consideramos as variáveis trabalho/ocupação e visitas, mas, nestes casos, para todas as escalas do CAQ e, por isso, também manifestam comportamentos inversos entre estas variáveis e todas as escalas, sugerindo que ao aumento da sintomatologia inerente às escalas do CAQ corresponde uma diminuição das actividades e das visitas. Verificamos, também, que para o consumo de tabaco (CT) manteve-se este tipo de comportamento, levando a crer que quanto menos CT, maiores são as pontuações em quase todas as escalas do referido instrumento de avaliação, apesar de para o consumo de estupefacientes termos apenas correlação significativa negativa entre esta variável e uma das escalas. Este último resultado não era esperado, pelo que se infirma esta primeira hipótese (ver ponto 3.1.3.).

Alguns estudiosos, como referimos anteriormente, afirmam que independentemente dos antecedentes criminais existem diversos factores que poderão contribuir para o exacerbamento de algumas características psicopatológicas (Marques, 2007), especialmente no primeiro mês de privação jurídica de liberdade (Gonçalves, 2002). No entanto, para o caso desta hipótese, em que elencamos também medidas de flexibilização estamos a pressupor que esse período já foi largamente ultrapassado e, como atrás referimos, outros factores poderão estar em causa para a exacerbação ou emergência de factores associados a algumas características de personalidade, entre os quais citamos as várias fontes de tensão dentro do espaço de privação jurídica de liberdade que roçam a liberdade de movimentos, a redução ou quase anulação do espaço de intimidade, o apertado controlo de companheiros e/ou guardas/técnicos, as restrições no convívio *versus* imperativo relacionamento com estes protagonistas, a adesão/obediência a regras impostas por cada um destes grupos de intervenientes e/ou definidas pelo regulamento

geral (Arroyo & Ortega, 2009; Gallego & Herrera, 2010; Gonçalves, 2002; Gonçalves & Vieira, 2005; Kirchner, 2003; López-Barrachina, Lafuente & García-Latas, 2007).

No que concerne à segunda hipótese levantada (ver ponto 3.1.3.), observamos que efectivamente as médias de decatipos das escalas do CAQ entre os sujeitos com trabalho/ocupação assumem valores mais baixos do que entre os que não possuem qualquer actividade (cf. Quadro 38), apesar de apenas termos encontrado diferenças significativas nas escalas D1, D4, D5 e Ps (cf. Quadro A8-9 do Anexo 8). Encontramos correlações significativas negativas entre esta variável e as escalas do CAQ, excepto com a Pp, sugerindo que quanto mais se encontram ocupados os sujeitos, menor é a tendência para apresentarem sintomatologia associada às referidas escalas. Passando à comparação das médias nas dimensões do EADS tendo em conta os que têm ou não trabalho/ocupação, verificamos que são mais elevadas nos que se encontram inactivos (cf. Quadro 53), embora o Teste-*t* aponte para a existência de diferenças significativas na Depressão e na Ansiedade (cf. Quadro A8-36 do Anexo 8). Também encontramos correlações significativas negativas entre essas duas dimensões e a referida variável, o que aponta para o facto de que quanto mais ocupados, mais baixos são os índices nas dimensões. Desta forma consideramos que esta segunda hipótese se confirma. Não encontramos estudos que corroborem ou não os resultados a que chegamos.

Passemos à discussão dos resultados envolvidos na terceira hipótese levantada nesta investigação. A análise a partir do *Brief COPE* revela que a variável trabalho/ocupação cruzada com as escalas *Coping* Activo e Planear revela que há mútuas correlações positivas, sugerindo que quanto mais trabalho/ocupação, também maior é capacidade de pensar como se confrontar com o agente stressor e planear esforços de *coping* activo, no sentido de vir circunscrevê-lo. Relativamente ao desempenho físico, recorremos à dimensão com esse mesmo nome, do SF-8. Tendo em conta esse parâmetro, ao associarmos o trabalho/ocupação com Desempenho Físico observamos que as correlações também são negativas, sugerindo igualmente que quanto maior for a ocupação, maior será o índice nessa dimensão desse instrumento de avaliação. Apesar destes dados confirmarem esta terceira hipótese, consideramos que carecem de estudos mais acurados.

Para a discussão dos resultados conducentes à validação ou não da quarta hipótese levantada, partimos da análise das correlações *r* de Pearson entre as dimensões do EADS e as estratégias de *coping* do *Brief COPE* (cf. Quadro 99). Como as correlações são significativas positivas sugerem que há medida que sobem os níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse também aumentam os índices das estratégias de *coping* envolvidas, isto é: *a*) maior é a consciência do stresse emocional que os sujeitos experienciam com tendência a

expressar/descarregar os seus sentimentos (Expressão de Sentimentos); *b*) mais procuram tentar rejeitar a realidade do facto stressante (Negação); *c*) aumenta a desistência ou o desinvestimento para tentar atingir o objectivo com o qual o stressor está a interferir (Desinvestimento Comportamental); *d*) intensifica o Uso de Substâncias como forma de não investir no stressor.

Relativamente às correlações menos significativas, também seguem a mesma tendência, ou seja, apresentam associações mutuamente positivas: *a*) maior Utilização do Suporte Instrumental (procura de auxílio, informações ou conselhos sobre o que fazer), que corresponde a um aumento na Ansiedade e Stresse; *b*) mais Auto-Culpabilização (culpabilização e a crítica a si mesmo pelo ocorrido) implica mais Depressão e Stresse; *c*) aumento da Utilizar Suporte Social Emocional (obter a simpatia ou o suporte emocional do outro) acarreta aumento na Stresse. Estes elementos concorrem para a validação da hipótese em apreço, apesar de também pensarmos que esta questão carece de estudos mais aprofundados.

No entanto, a este respeito, e como referimos atrás, a privação jurídica de liberdade é geradora de ansiedade, depressão e stresse nos sujeitos. Caso os mesmos não disponham de mecanismos de utilização eficaz de estratégias de *coping* para fazer frente a estas dimensões negativas no sentido de se aproximarem, dentro do possível, de um equilíbrio psicológico, estão em risco, nomeadamente de auto-agressividade (Gonçalves, 2002; Kirchner, 2003).

Para a discussão dos resultados envolvidos na quinta hipótese, procuramos através do teste de correlações *r* de Pearson verificar se havia associação entre visitas e medidas de flexibilização, tendo-se chegado à conclusão de que a correlação é significativa positiva, sugerindo que quanto mais visitas os sujeitos tiverem, maiores hipóteses têm de usufruírem de medidas de flexibilização, validando a hipótese em apreço.

A praxis clínica tem-nos revelado que, de uma forma geral, tendo os sujeitos visitas aparentemente haverá maiores garantias de que os seus visitantes manifestem desejo de os receberem em casa e/ou de procurarem auxiliá-los na (re)inserção nas diferentes estruturas do meio, nomeadamente promovendo (re)estabelecimento de contactos com pessoas e serviços nele existentes, que, como sabemos, nem sempre são os mais assertivos. Como nos dá conta Gonçalves (2002) a família pode ser desestruturada, viver com carências económicas e/ou ter dificuldades em se manter dentro dos limites socialmente aceites ou já ter experienciado situações de envolvimento com a justiça e apenas ser capaz de promover uma (re)integração do sujeito na continuidade do que desenvolvia antes de reclusão. Além disso, caso os sujeitos

que apresentem características anti-sociais ou sejam portadores de severas perturbações mentais e/ou comportamentais também poderão ter a sua (re)integração social comprometida.

Há ainda a referir, como afirma Marques (2007, 2008), que o facto de os sujeitos terem visitas não significa que os seus visitantes estejam receptivos para os receberem/acolherem no seio familiar. Neste caso, entendemos que isto poderá dever-se aos visitantes estarem convictos de um ou mais dos seguintes motivos: *a)* receio de que mantenham uma conduta irresponsável, intrusiva e pouco ou nada valorativa das normas sociais, próxima das que haviam adoptado antes da reclusão; *b)* receio de que os sujeitos incorram na prática de crimes, nomeadamente semelhantes aos que os conduziram à reclusão; *c)* apreensão face às perturbações comportamentais que permanecem e/ou das perturbações psicopatológicas que apresentam.

Quanto à sexta hipótese, começamos por analisar as correlações *r* de Pearson, sendo estas fortemente significativas, com associações mútuas negativas entre todas as dimensões do EADS e os componentes do SF-8. Assim quanto mais elevados forem os níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse, menores são os indicadores dos Componentes Físico e Mental, sendo mais positiva a percepção do estado de saúde. Assim, esta hipótese apontava para o facto de que havendo níveis elevados de stresse, estes tenderiam à avaliação da percepção do estado de saúde como negativo. Os resultados apontam no sentido de a confirmar, pois não havendo altos níveis de stresse os sujeitos tendem a perceber o estado de saúde como positivo.

Curiosamente, esperávamos encontrar níveis de stresse mais elevados entre os sujeitos, à semelhança do que é propugnado por outros estudiosos, como Briz (2003), Gonçalves (2002), Gonçalves e Vieira (1995) e Moreira e Gonçalves (2010), chegando a defender que o meio prisional é potenciador de níveis de stresse elevados, podendo pôr em causa a saúde física e mental, nomeadamente concorrer para risco acrescido de comportamentos auto-agressivos.

Iremos debruçar-nos agora sobre a sétima hipótese de estudo. Quando aplicámos o teste de correlações *r* de Pearson verificámos que havia correlações significativas com associações negativas entre os sujeitos que consumiam tabaco e todas as escalas do CAQ, excepto a Desvio Psicopático. Estes resultados sugerem que os sujeitos apresentam níveis mais adequados quanto às características de personalidade, pois parece que quanto mais consomem tabaco, menos têm tendência para apresentarem os vectores envolvidos nas referidas escalas do CAQ. Também aplicámos o mesmo teste no cruzamento entre consumo de tabaco e as variáveis período de tempo de cumprimento das medidas privativas de liberdade, visitas e medidas de flexibilização. Os dados foram reveladores de que há correlações significativas positivas entre TC e as restantes variáveis, sendo fortemente significativas entre TC e visitas e medidas de flexibilização ($p=000$), sugerindo que o aumento do consumo dessa substância está também

associado a um aumento nas possibilidades de VI e MF. Estes resultados são compreensíveis se tivermos em conta que os sujeitos consumidores de tabaco, de um modo geral, poderão ter uma melhor adequação comportamental, pois o tabaco contribui, entre outros, para a diminuição da agressividade e provoca relaxamento e a sensação de satisfação (IDT, 2011).

A oitava hipótese que colocámos foi analisada à luz da comparação das médias de decatipos das escalas do CAQ entre consumidores ou não de estupefacientes e aponta para desvios elevados à média na escala Paranóia. O Teste-*t* de Student aplicado à amostra revelou diferenças significativas nas escalas Depressão Baixa Energia, Apatia-Retirada, Paranóia e Esquizofrenia (cf. Quadro A8-26 do Anexo 8). Estes resultados são indicadores de que efectivamente o consumo de estupefacientes concorre para que haja uma tendência para criticarem tudo e todos, lamentarem-se por se sentirem injustiçados e perseguidos, queixarem-se sobre receios fundados em vários motivos, envolvendo, segundo a experiência da autora deste trabalho, pessoas que o rodeiam, como companheiros, guardas, técnicos e, até mesmo, familiares e amigos das suas relações de proximidade extra-institucional. Mostram também, entre outros, vontade de se isolarem e/ou de evitarem contactos e/ou cortarem relações com parte ou totalidade das referidas pessoas.

Também encontramos correlações fortemente significativas com associações mútuas negativas entre consumo de estupefacientes e as variáveis visitas e medidas de flexibilização. Este resultado é indicado de que quanto mais consomem estas substâncias, menores serão as possibilidades de usufruírem visitas e de beneficiarem de medidas de flexibilização. A praxis tem-nos revelado que, muitas vezes, as famílias já andavam desgastadas quando os sujeitos estavam em liberdade com as condutas dos mesmos ligadas à toxicodependência e de cariz anti-social, bem como com a “cobrança” de dinheiro feita pelos mesmos aos familiares para manterem os estilos de vida. Assim, a manutenção destes estilos de vida em meio prisional acaba por provocar um maior desgaste na família, a qual por vezes opta por estar pouco tempo com o sujeito nas visitas e/ou a espaçá-las cada vez mais.

Passemos à nona hipótese. Comparamos as médias das escalas do EADS e a variável comportamentos auto-agressivos. Os resultados revelam valores mais altos na Depressão e mais baixos nas restantes escalas (cf. Quadro 55). O Teste-*t* também não apresenta diferenças significativas entre estas variáveis para o caso dos imputáveis. A análise das comparações dos valores de decatipos entre as escalas do CAQ e as associações entre as escalas envolvidas nos constructos a que faz apelo a hipótese também aponta para a invalidação da hipótese (cf. Quadro 32), embora o Teste-*t* revele diferenças significativas para a escala Depressão Ansiosa e Culpabilidade-Ressentimento, parecendo haver risco de comportamentos auto-agressivos.

Apesar de tudo, como sabemos há estudos que apontam para a ideação suicida em reclusos quer preventivos ou não (Kirchner 2003).

Por fim consideremos a décima hipótese. Verificamos valores dentro da médias de decatipos normativos no CAQ em todas as escalas para os inimputáveis, embora alguns, mas poucos em níveis médios elevados (cf. Quadro 32). Também o Teste-*t* apresenta diferenças significativas para a escala Depressão Ansiosa e Culpabilidade-Ressentimento, o que sugere não se dever poder de parte a possibilidade de ocorrência de comportamentos auto-agressivos nestes indivíduos.

Marques (2007) chegou a uma conclusão semelhante para os inimputáveis e evoca outros autores que também realizaram estudos que apontam para possibilidade de ocorrência de comportamentos auto-agressivos nestes indivíduos quando se encontram mais estabilizados em termos psicológicos, pois são capazes de fazerem mais crítica, deprimirem e tomarem este tipo de decisões.

Foram aqui aventadas nesta “Discussão dos Resultados” algumas explicações da nossa inteira responsabilidade, por nem sempre termos encontrado estudos que as corroborassem ou infirmassem. Consideramos, por isso, que há necessidade de investigações mais aprofundadas sobre as diversas questões aqui levantadas.

Síntese do capítulo

Este terceiro capítulo foi dedicado ao estudo de campo propriamente dito.

Começamos por tratar das questões inerentes ao método, como a definição do problema, a apresentação dos principais objectivos que nortearam esta investigação, a definição das hipóteses, a indicação das variáveis envolvidas, a identificação do tipo de desenho do estudo que desenvolvemos, a identificação dos participantes, a apresentação dos instrumentos de avaliação utilizados, a clarificação do procedimento por nós utilizado.

Posto isto, e com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences 18* (SPSS-18), passámos à apresentação e análise dos resultados. Começámos pelo tratamento de dados descritivos e, de seguida, abordámos os inferenciais. Tivemos em conta os constructos envolvidos em cada um dos instrumentos de avaliação utilizados: *a)* entrevista estruturada – facilita o acesso aos dados inerentes às variáveis *sociodemográficas* (idade, estado civil, nacionalidade, local onde residia em liberdade, pessoas com quem vivia, nível

de escolaridade, trabalho e/ou ocupação que desenvolvia em meio livre), *jurídico-penais* (tipo de crime pelo qual está preso/internado, data de início de cumprimento da pena de prisão ou da medida de segurança e de tratamento, concessões jurídicas...), *institucionais* (trabalho/ocupação no EP, visitas...) e inerentes aos *comportamentos de risco* (como consumos de substâncias que interferem com a saúde – tabaco, álcool, estupefacientes... – e necessidade de cuidados de saúde na sequência dos mesmos, entre os quais de enfermagem, médicos ou outros, dentro ou fora da instituição; doenças de que é actualmente portador; tipos de tratamentos efectuados e/ou em curso; e familiares directos consumidores das referidas substâncias); *b) Questionário de Análise Clínica (CAQ)* – permite aceder às características de personalidade; *c) Questionário do Estado de Saúde-8 (SF-8)* – dá-nos acesso à percepção do estado de saúde por parte dos sujeitos; *d) Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS)* – possibilita aferir os níveis de ansiedade, depressão e stresse; *e) Brief COPE* – faculta o acesso às estratégias de *coping*; *f) Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)* – facilita a compreensão da satisfação com o suporte social percebido.

Por fim, na discussão dos resultados procuramos integrar os diferentes elementos contidos neste trabalho de investigação. Foi apurado que oito das dez hipóteses levantadas foram validadas. Estes dados permitem afirmar que o equilíbrio bio-psico-social dos indivíduos em meio prisional depende da interacção dos constructos atrás referidos.

Conclusão

O direito à saúde é um bem inalienável de qualquer ser humano, esteja ele na condição de cidadão livre ou na de privação jurídica de liberdade e inscreve-se, como sabemos, na *Declaração Universal dos Direitos Humanos* e em outros documentos internacionais, dos quais Portugal é signatário.

Olhar a saúde em qualquer destes grupos, numa perspectiva bio-psico-social, cujos factores estão em permanente interacção, envolve uma visão conceptual muito alargada. E, se no sistema macro-social – sociedade – por um lado ser livre remete para conceitos da esfera individual, para as escolhas e tomadas de decisão pessoais, por outro, a liberdade é limitada pelos normativos inerentes à vida em sociedade, desde os de trato social até aos jurídico-penais. No micro-sistema bio-psico-social do cárcere, à semelhança do anterior também emergem conflitos e tensões entre os diferentes intervenientes – imputáveis, inimputáveis, guardas, técnicos, profissionais externos... – que assumem quase sempre uma dimensão vivida com mais intensidade e empolamento, por ser um sistema fechado, sendo valorizados e priorizados em função da ordem e da segurança e da “lei” da sobrevivência imediata, muitas vezes em detrimento das questões relacionadas com a saúde.

Apesar de consensualmente os intervenientes do sistema de justiça, nomeadamente prisional, elegerem a saúde como uma das principais preocupações, parecem dar resposta mais rápida e eficaz às questões de saúde física do que às relacionadas com a saúde mental nas suas diferentes manifestações, embora, como ficou patente neste trabalho, ambas estejam intimamente relacionadas, não só entre si, mas também com as diferentes valências sócio-ambientais, em especial as decorrentes da reclusão, como a limitação da autonomia, a redução da privacidade/intimidade, os constrangimentos relacionais entre os referidos intervenientes, o isolamento e, alguns, derivados do peso da institucionalização...

O facto de os serviços de psiquiatria e de saúde mental internos serem muito poucos e com escassez de pessoal para o grande número de utentes, implica que não seja possível fazer uma avaliação especializada satisfatória para as necessidades. Consideramos que as triagens feitas à entrada aos que ingressam, seja imputável ou inimputável ou preventivo, primário ou reincidente, embora incluam no seu *staff* o corpo da guarda prisional, técnicos superiores de reeducação (TSR), médico (normalmente de medicina familiar) e enfermeiro (muitas vezes sem especialidade na área da saúde mental), são insuficientes. Além de outros factores, ao não incluírem o psicólogo carecem do valioso contributo que a sua avaliação estruturada poderia dar, para despistagem e identificação de várias problemáticas

e eventual encaminhamento para profissionais especializados ou para o acompanhamento individual (de suporte ou estruturado) e/ou de grupo pelo próprio psicólogo, inserindo de imediato o indivíduo num programa adequado às suas necessidades/especificidades.

Assistimos, pelo contrário, à massificação/padronização na forma de avaliação dos sujeitos à entrada, como se cada qual não fosse um ser único e com problemáticas específicas, com necessidade ou não de intervenção em especialidades da área da saúde. As restantes necessidades estão a ser colmatadas, como que num *cocktail* de ofertas aos cidadãos sob privação jurídica de liberdade: formação académica, formação profissional, (des)envolvimento em actividades laborais, ocupacionais (recreativas, desportivas, bibliotecárias, de cariz jornalístico, de aprendizagem e/ou realização de manufacturas, socioculturais, informativas...), educação para a cidadania, educação para a saúde, formação pessoal *versus* dotação de competências pessoais e sociais. Outras ofertas, só estão acessíveis de acordo com as disponibilidades de serviços/agentes externos.

Creemos que os serviços teriam vantagens em vir a repensar/reequacionar o aproveitamento da “prata da casa”, isto é, do *staff* de psicólogos integrados actualmente como TSR, que tem o *know-how* e a praxis funcional nesta área de longos anos nos serviços, alguns dos quais em intervenção individual e em grupo em imputáveis e inimputáveis, com várias problemáticas, como toxicod dependência, perturbações psicossociais, distúrbios comportamentais, disfunções sexuais / ofensores sexuais, debilidade mental, psicoses, entre outras (como é o caso da autora desta investigação). Temos muitos outros profissionais também qualificados em outras áreas do saber, também integrados como TSR (sociólogos, técnicos do serviço social, historiadores...), e que têm vindo, tal como os psicólogos TSR, a exercer condignamente, com rigor, isenção e qualidade funcionais exigidas nesta categoria profissional. Eventualmente, engrossará esta quantidade de profissionais os técnicos provenientes da recente extinta Direcção-Geral de Reinserção Social, que se diz virem a integrar os *Serviços Prisionais*.

Consideramos muito importante o trabalho em equipa multidisciplinar, pois bebemos dos saberes e experiências diversas, para adequarmos a implementação de práticas coerentes com os bons resultados saídos das sadias discussões nessas equipas. Porém, consideramos uma mais-valia se cada grupo de profissionais implementasse na prática programas directamente relacionados com o seu campo de saber, mesmo que coadjuvados por outros profissionais de outras áreas do saber. Pensamos que, assim, todos com os seus saberes individuais, mas trabalhando em equipa e em programas específicos que dominassem, estaríamos a trabalhar para uma efectiva (re)integração social do sujeito.

Pensamos ainda que, mais importante do que obedecer à implementação indiscriminada de uma quantidade de programas inflexivelmente definidos para rígida aplicação, a nosso ver, seria necessário proceder adaptações/adequações consonantes com a população específica a que fossem aplicados e às características da mesma em cada instituição. Colocam-se-nos, assim, algumas questões: Será que todos os doentes mentais estão identificados entre os condenados nas instituições prisionais e que deveriam ser tratados na sua problemática? Não haverá entre os enquadrados no internamento de doentes mentais indivíduos que não têm doença mental? Será que é indiferente aplicar literalmente alguns programas (que não deixa de ser uma forma de intervenção técnica) a toxicodependentes, alcoólicos, ofensores sexuais, homicidas ou infractores estradais, indivíduos com perturbações comportamentais, débeis mentais ou psicóticos? Não haverá necessidade de uma avaliação psicológica prévia para decidir da pertinência ou não da integração no programa A, B ou C? Será que questionários aplicados indiscriminadamente por qualquer técnico (guarda ou TSR...) podem resultar numa apreciação válida efectiva/credível para o fim a que o mesmo foi criado? Não será que um parecer global de qualquer desses técnicos fundado na sua praxis, no seu *know-how* e no seu bom-senso sobre o indivíduo que se lhe apresenta não terá um efeito mais abrangente e positivo?

Questões e mais questões se poderiam colocar e todas elas a entroncar na questão da saúde em meio prisional e nos factores psicossociais e comportamentais com ela relacionados. Outras foram tratadas no presente trabalho de investigação, entre as quais: *a)* resultantes da dinâmica bio-psico-social e da motivação subjacente ao comportamento, como risco, estilos de vida, (a)normalidade, atribuição de significados aos acontecimentos de vida, internalização de valores pró ou anti-sociais, escolhas pessoais, tomadas de decisão...; *b)* referentes a vários documentos e/ou diplomas (inter)nacionais, versando sobre aspectos gerais do âmbito do Direito e, de forma restrita, sobre questões ético-deontológicos, como as relativas à investigação com (in)imputáveis, nomeadamente sobre a sua avaliação e consentimento informado. Cada uma destas questões poderia servir de temática específica de investigação a qualquer desses tipos de população: (in)imputáveis.

É um quase lugar-comum terminar um estudo desta natureza com a referência: a investigação que a autora empreendeu não esgota as temáticas nela tratadas. De facto, há outros ângulos, outras perspectivas, outras questões e outros contextos que podem constituir motivações para novas pesquisas e novas abordagens. Se isso acontecer, e creio bem que vai acontecer, todos ficaremos a ganhar: instituições, investigadores e comunidade científica em particular, e o público-leitor interessado, em geral.

Referências

- Academia das Ciências de Lisboa (2001). *Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea*. Lisboa: Verbo.
- Agra, C., & Matos, A. P. (1997). *Droga – Crime, Trajectórias Desviantes*. Ministério da Justiça: Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga.
- Almedina (1999). *Código Civil*. Coimbra: Almedina.
- Almeida, F. (1999). *Homicidas em Portugal*. Maia: PUBLISMAI.
- Almeida, F. (2007, Novembro). Psicose Esquizofrénica e Criminalidade. *Psiquiatria, Psicologia & Justiça, 1*, 5-33.
- Almeida, J. (2000, Março). O admirável mundo novo do século XXI (ante)visão de Alvin Tofler, conferencista em Aveiro. Disponível em: www.aceav.pt/
- Alvarez, M., Machado, M., Fernandes, R. P., & Marques-Teixeira, J. E. (2005, Maio/Junho). Avaliação Neurocognitiva de Doentes Esquizofrénicos Institucionalizados: Da Dimensão Neurobiológica ao Viver Quotidiano. *Saúde Mental, VII* (3), 13-16.
- American Psychological Association – APA (2002, Agosto 10). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. Disponível em: <http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx>
- American Psychological Association (APA) *Format (6th Edition, 2009)* (2010). Disponível em: <http://umclibrary.crk.umn.edu/apa6thedition.pdf>
- Annandale, E. (1998). *The Sociology of Health and Medicine: A Critical Introduction*. Malden, MA: Polity Press.
- Antoniazzi, A. S., Dell’Aglia, D. D., & Bandeira, D. R. (1998, Julho/Dezembro). O conceito de *coping*: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia* (Natal), 3 (2), 273-294. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X1998000200006&script=sci_arttext
- Antonovsky, A. (1990). Personality and health: Testing the sense of coherence model. In H. S. Friedman (Ed.), *Personality and disease* (pp. 155-177). New York: John Wiley & Sons.
- Antunes, M. A. (s.d.). Comunicação, Público e Multidão em Gabriel Tarde (Análise). Boletim Jurídico. Disponível em: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/antunes-marco-antonio-comunicacao-publico-multidao.pdf>

- Areosa, J. (2008, Junho 25/28). O risco no âmbito da teoria social. *VI Congresso Português de Sociologia*, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/323.pdf>
- Ariès, P., & Duby, G. (Dir.) (1990a). *História da vida privada. Do Renascimento ao Século das Luzes*. Vol. III. Porto: Edições Afrontamento.
- Ariès, P., & Duby, G. (Dir.) (1990b). *História da vida privada. Da Revolução à Grande Guerra*. Vol. IV. Porto: Edições Afrontamento.
- Ariès, P., & Duby, G. (Dir.) (1991). *História da vida privada. Da Primeira Guerra Mundial aos Nossos Dias*. Vol. V. Porto: Edições Afrontamento.
- Arquivo Nacional da Torre do Tombo (2007). *Celebrando a abolição da pena de morte*. Disponível em: www.ianntt.pt
- Arroyo, J. M., & Ortega, E. (2009). Los trastornos de personalidad en reclusos como factor de distorsión del clima social de la prisión. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 11, 11-15. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v11n1/02_original_1.pdf
- Balbinotti, M. A. A., Barbosa, M. L. L., Wiethaeuper, D., & Teodoro, M. L. M. (2006, Maio/Agosto). Estrutura factorial do Inventário Multifactorial de Coping para Adolescentes (IMCA-43). *Psico*, 37 (2), 123-130. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1426/1119>
- Ballone, G. J. (2005). Personalidade Criminosa. *PsiquWeb*. Disponível em <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=185>
- Barahona Fernandes, H. (1998). *Antropociências da Psiquiatria e da Saúde Mental*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Barbosa, M. F. S. (2003). Psicobiologia da liberdade do criminoso reincidente. *Repositório Aberto*. Porto: Universidade do Porto. Disponível em: <http://www.repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/15246/2/3001.pdf>
- Barreto, M. L. S. (2006). Depois das grades: um reflexo da cultura prisional em indivíduos libertos. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 26 (4), 582-593. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000400006&lng=pt&nrm=iso
- Batista, N. (2002). *Introdução crítica ao Direito Penal Brasileiro*. Rio de Janeiro: Revan.
- Bauman, Z. (2004). *Amor Líquido. Sobre a Fragilidade dos Laços Humanos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores.

- Beck, A., & Freeman, A. (1993). *Terapia Cognitiva dos Transtornos de Personalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bennewith, O., Stocks, N., Gunnell, D., Peters, T., Evans, M., & Sharp, D. (2002, May). General practice based intervention to prevent repeat episodes of deliberate self-harm: Cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 324, 1254-1257. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC113279/>
- Bergamini, C. W. (2005). *Psicologia Aplicada à Administração de Empresas: Psicologia do Comportamento Organizacional*. São Paulo: Atlas.
- Bergeret, J. (1998). Noção de Normalidade. In J. Bergeret (1998), *Psicopatologia Patológica – Teórica e Clínica* (pp. 145-147). Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Bernstein, P. (1996). *Desafio aos Deuses: A fascinante história do risco*. Rio de Janeiro: Campus Editora.
- Miller, I. W., Bishop, D. S., Herman, D., & Stein, M. D. (2007, February). Relationship quality among HIV patients and their caregivers. *AIDS care*, 19 (2), 203-211. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17364399>
- Blaauw, E. & Kerkhof, A. (1998). Suicide in Police Custody in the Netherlands. In R. J. Kosky, H. S. Eshkevari, R. D. Goldney, & Hassan, R. (Eds.), *Suicide Prevention. The Global Context* (pp. 131-137). New York: Plenum Press.
- Bourdieu, P. (1999). *A Miséria do Mundo*. Petrópolis: Vozes.
- Bravo, R. E. (1998). Adaptación del Cuestionario Clínico de Krug. *Revista de Investigación en Psicología*, 1 (2), 151-166. Disponível em: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v01_n2/pdf/a07v1n2.pdf
- Brenner, G. (2001). *A Racionalidade Econômica do Comportamento Criminoso Perante a Ação de Incentivos*. Porto Alegre, UFRGS-IEPE.
- Briz, T. (2003). Saúde nas prisões portuguesas – Contributo da ENSP para o debate nacional, em 2003. CEDRSP – Comissão de Estudo e Debate da Reforma do Sistema Prisional. Disponível em: <http://www.observaaport.org/OPSS/Menus/Governacao/Promocao+e+protecao+da+sau+de>
- Brutti, R. S. (2006, Maio 8). A gênese da criminalidade. *Boletim Jurídico*. Disponível em: <http://www.boletimjuridico.com.br/doutrina/texto.asp?id=1266>

- Cabette, E. L. S. (2009, Abril/Maio/Junho). Robert Merton e a criminalidade de colarinho branco: formulando uma hipóteses de compatibilidade. *MPMG Jurídico*, IV (16), 53-54. Disponível em: <http://aplicacao.mp.mg.gov.br/xmlui/handle/123456789/518>
- Cabral, S. J. R. (2003). *Temas de Ética*. Braga: Publicações da Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa.
- Canguilhem, G. (1995). *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1994, Janeiro). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66 (1), 184-195. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1994-29622-001>
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2000). *Perspectives on personality*. Boston: Allyn and Bacon. Disponível em: <http://books.google.com/books?hl=pt-PT&id=mEHuAAAAMAAJ&q=psychophysical+>
- Carver, C. S.; Scheier, M. F.; & Weintraub, J. K. (1989, February). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2926629>
- Cattell, R. B., & Krug, S. E. (1986). The number of factor in the 16PF: a review of the evidence with special emphasis on methodological problems. *Educational and Psychological Measurement*, 46, 509-522. DOI: 10.1177/0013164486463002
- Castro, A. M. (2002, Novembro). Auto-mutilação: A emergência de sentir. *Jornal de Psicologia Clínica*, 5 (6), 21-34. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v5n2/v5n2a06.pdf>
- Centro de Informação das Nações Unidas em Portugal (2010). *Declaração Universal dos Direitos do Homem*. Disponível em: www.onuportugal.pt
- Chaves, E. (2004, Maio 2). Resumo da Palestra de Alvin Toffler no Congresso Nacional de Informática da SUCESU em 24/8/1993. Disponível em: <http://www.faad.icsa.ufpa.br/admead/documentos/submetidos/Palestra%20de%20Alvin%20Toffler.pdf.pdf>
- Código Civil Português* (2008). Texto actualizado pela Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa – <http://www.pgdlisboa.pt> – e gentilmente cedido ao portolegal.com para publicação. Disponível em: www.portolegal.com/CodigoCivil.html
- Código Civil Portuguez. Aprovado por carta de lei de 1 de Julho de 1867*. Lisboa, Imprensa Nacional. Disponível em:

- http://books.google.pt/books?id=0bFBAAAAYAAJ&source=gbs_similarbooks_s&cad=0 [consulta em 12-06-2010]
- Código Penal Português* (2009). Direcção-Geral da Política de Justiça do Ministério da Justiça. Disponível em: <http://www.dgpj.mj.pt/sections/citius/livro-iv-leis-criminais/leis-criminais/codigo-penal/diplomas-que-publicam>.
- Compas, B. E.; Banez, G. A.; Malcarne, V., & Worsham, N. (1991). Perceived control, and coping with stress: A developmental perspective. *Journal of Social Issues*, 47 (4), 23-34. DOI: 10.1111/j.1540-4560.1991.tb01832.x
- Constituição Portuguesa de 1911*. In *República e Laicidade Associação Cívica*. Disponível em: www.laicidade.org/wp-content/uploads/2006/10/constituicao-1911.pdf
- Council for International Organizations of Medical Sciences. (2002). *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects* [en linea] [ficha de consulta em 12-04-2009]. Disponível em http://www.cioms.ch/frame_guidelines_nov_2002.htm.
- Cummins, R. A. (2000, Outubro). Objective and subjective quality of life: an interactive model. *Social Indicators Research*, 52 (1), 55-72.
- Cunha, J. A. (2000). *Psicodiagnóstico V*. Porto Alegre: ARTMED.
- Deci, E. L., & Chandler, C. L. (1986, Dezembro). The importance of motivation for the future of the LD field. *Journal of Learning Disabilities*, 19 (10), 587-594. DOI: 10.1177/002221948601901003
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behaviour*. New York: Plenum Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The ‘what’ and ‘why’ of goal pursuits: Human needs and self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11 (4), 227-268. Disponível em: http://www.updatenet.ch/images/7/75/Selbstbestimmung_Deci_Ryan_2000.pdf
- Deci, E. & Ryan, R. M. (2004). An Overview of Self-Determination Theory: An Organismic-Dialectical Perspective. In *Handbook of Self-Determination Research* (3-36). Rochester, NY: University of Rochester Press. Disponível em: <http://books.google.pt/books>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life’s domains. *Canadian Psychology*, 49, 14-23. DOI: 10.1037/0708-5591.49.1.14
- Deci, E. L., & Vansteenkiste, M. (2006). Self-Determination Theory and basic need satisfaction: understanding human development in positive psychology. *Recherche di*

- Psicologia*, 27 (1), 23-39. Disponível em: http://www.psych.rochester.edu/SDT/documents/2004_DeciVansteenkiste_SDTandBasicNeedSatisfaction.pdf
- Decreto-Lei n.º 35/99 de 5 de Fevereiro (1999). *Diário da República Electrónico n.º 30 – Série I-A*. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.dre.pt/sug/1s/diplomas-lista.asp>
- Decreto-Lei n.º 97/94 de 9 de Abril (1994). *Diário da República Electrónico n.º 83 – Série I-A*. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.dre.pt/sug/1s/diplomas-lista.asp>
- Decreto-Lei n.º 97/95 de 10 de Maio (1995). *Diário da República Electrónico n.º 108 – Série I-A*. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.dre.pt/sug/1s/diplomas-lista.asp>
- Decreto-Lei N.º 125/2007. *Diário da República, 1.ª Série – N.º 82 – 27 de Abril*. Ministério da Justiça. Disponível em: <http://www.dre.pt/sug/1s/diplomas-lista.asp>
- Decreto-Lei N.º 206/2006. *Diário da República, 1.ª Série – N.º 208 – 27 de Outubro*. Ministério da Justiça. Disponível em: <http://www.dre.pt/sug/1s/diplomas-lista.asp>
- Descartes, R. (2004, 1.ª ed. 1637). *Discurso do Método*. (Trad. Gomes, P.). Lisboa: Guimarães Editores, Lda.
- Despacho, 30-04-2007 (sem n.º), Centro de Competências para a Prestação de Cuidados de Saúde da Direcção-Geral dos Serviços Prisionais.
- DGSP – Direcção-Geral dos Serviços Prisionais (2011a). Estatísticas anuais – Anos anteriores. 2010. Disponível em http://www.dgsp.mj.pt/backoffice/uploads/anuais/20110315100353RecExist_SitPenSexNac.pdf
- DGSP – Direcção-Geral dos Serviços Prisionais (2011b). Estatísticas anuais – Anos anteriores. 2010. Disponível em <http://www.dgsp.mj.pt/backoffice/uploads/anuais/20110315100353LotRecExist.pdf>
- DGSP – Direcção-Geral dos Serviços Prisionais (2011c). Estatísticas anuais – Anos anteriores. 2010. Disponível em http://www.dgsp.mj.pt/backoffice/uploads/anuais/20110315100341RecExistSexEscId_Nac.pdf
- DGSP – Direcção-Geral dos Serviços Prisionais (2011d). Estatísticas anuais – Anos anteriores. 2010. Disponível em http://www.dgsp.mj.pt/backoffice/uploads/anuais/20110315100340RecExist_InstSexNac.pdf

- Diniz, D. S. (2006). A “ciência das doenças” e a “arte de curar”: Trajetórias da medicina hipocrática. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: http://www.cesaho.com.br/biblioteca_virtual/arquivos/arquivo_185_cesaho.pdf
- Dores, A. P. (2005a, Janeiro/Fevereiro). Discriminação contra doentes entope serviços prisionais. *Informação Sida*, 48, 24-25. Disponível em: <http://iscte.pt/~apad/textos.html>
- Dores, A. P. (2005b). As modernas formas elementares de vida – Estudos sobre prisões e não nacionais. Disponível em <http://home.iscte.pt/~apad/textos.html>
- Douglas, M. (1992). *Risk and Blame: Essays in Cultural Theory*. London: Routledge.
- Drumond, J. G. F. (2007). Ética e inovação tecnológica em medicina. *Bioethikos – Centro Universitário São Camilo*, 1 (1), 24-33. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/54/Etica_e_inovacao.pdf
- DSM-IV-TR – *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Revisão de Texto*, American Psychiatric Association (2002). Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Duque, A., & Neves, P. G. (2004, Novembro). Auto-Mutilação em Meio Prisional: Avaliação das Perturbações da Personalidade. *Psicologia., Saúde & Doenças*, 5 (2), 215-227. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v5n2/v5n2a06.pdf>
- Egger, G., Spark, R., Lawson, J., & Donovan R. (1999). *Health promotion strategies and methods*. Sydney: McGraw-Hill.
- Endler, N. S.; & Parker, J. D. A. (1990). Stress and anxiety: Conceptual and assessment issues. *Stresse Medicine*, 6, 243-248.
- Fallowfield, L. (1990). *The Quality of Life. The Missing Measurement in Health Care*. London: Souvenir Press.
- Feldman, M. P. (1989). *Comportamiento Criminal: un análisis psicológico*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Felício, L. F. P. (2007). Programa Integrado de Educação e Formação (PIEF) – Um contributo para a reintegração de jovens no sistema educativo. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/bitstream/10400.2/653/1/LC290.pdf>
- Fernandes de Freitas, G., Fernandes, M. F. P. (2006). Ética e moral. In T. Oguisso, & E. Zoboli (Orgs.). *Ética e Bioética: Desafios para a Enfermagem e a Saúde* (pp. 45-60). Barueri: Editora Manole.
- Fernandes, N., & Fernandes, V. (2002). *Criminologia Integrada*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais.

- Ferreira, A. B. H. (1999). *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.
- Ferreira, F. A. G. (1990). *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.
- Ferreira, M. C. (1992). *Lições de Direito Penal*. Parte I. Lisboa: Editorial Verbo.
- Ferreira, A. B. H. (1999). *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.
- Feuerbach, P. J. A. R. von (2007, 1.^a ed. 1801). *Tratado de Derecho Penal*. Buenos Aires: Hammurabi.
- Figueiredo Dias, J. de (1993). *Direito Penal Português. As consequências jurídicas do crime*. Lisboa, Aequitas / Editorial Notícias.
- Figueiredo Dias, J. , & Andrade, M. C. (1997). *Criminologia. O Homem Delinvente e a Sociedade Criminógena*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Folkman, S., Lazarus, R., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. (1986, May). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000, June). Positive affect and the other Side of coping. *American Psychologist*, 55 (6), 647-654. DOI: 10:1037//0003-D66X.55.6.647
- Fontana, A.; & Frey, J. H. (1994). Interviewing: The art of science. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 361-376). London: SAGE.
- Foucault, M. (1991). *História da Loucura*. S. Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (1998). *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Frasquilho, M. A. (1996). *Comportamentos-problema em adolescentes: factores protectores e educação para a saúde. O caso da toxicoddependência*. Lisboa: Laboterapia.
- Frisch, M. B. (2000). Improving mental and physical health care trough Quality of Life Therapy and assessment. In Diener & D. R. Rahtz (Eds.). *Advances in Quality of Life Theory and Research* (pp. 207-241). Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6 (2), 203-214. <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v6n2/v6n2a08.pdf>
- Gallego, J. M., & Herrera, R. (2010). Atención a los trastornos somatomorfos en poblacion reclusa. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 12 (2), 13-20. http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v12n2/02_especial1.pdf

- Gallhofer, B. (1998, Fevereiro). Disfunção cognitiva na esquizofrenia e o papel dos tratamentos farmacológicos (separata distribuída por delegados de propaganda médica). In *Japanese Journal of Clinical Psychopharmacology*, 1 (2), 3-19.
- Gavazzoni, A. (2002). *História do Direito dos Sumérios até à Nossa Era*. Rio de Janeiro: Freitas Bastos Editora.
- Giddens, A. (1997). Risco, confiança e reflexividade. In A. Gidens, U, Beck, & S. Lash (Orgs.). *Modernidade Reflexiva* (pp. 207-254). São Paulo: UNESP.
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Editora Atlas, 1999.
- Gonçalves, R. A. (2002). *Delinquência, Crime e Adaptação à Prisão*. Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, R. A. & Vieira, H. (1995, Abril/Junho). Sobrepopoamento, stress e estratégias de confronto em meio prisional. *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, 5 (2), 173-207.
- Gonçalves, R. A., & Vieira, S. (2005). A avaliação do estilo de vida criminal em ofensores sexuais. *Psicologia. Teoria: Investigação e Prática*, 1, 81-92. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4357/1/10Rui%20Goncalves.pdf>
- Gondim, G. M. M. (2007). Do Conceito de Risco ao da Precaução: entre determinismos e incertezas. In A. F., Fonseca, & A. D'A. Corbo (Orgs.). *O Território e o Processo Saúde-Doença* (pp. 87-120). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz. Disponível em: www.epsjv.fiocruz.br/pdtpsp/includes/header_pdf.php?id=506&ext...
- Gouveia, V. V., & Prieto, J. M. (2004). A estrutura do 16PF-5, versão espanhola: uma análise fatorial dos itens. In *Estudos de Psicologia*, 9 (2), 217-225. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/261/26190203.pdf>
- Guedes, F. (2006). *Dicionário Enciclopédico Português*. Vol. 4. QUIDNOVI / Verbo.
- Guéguen, Nicolas (1999). *Manual de Estatística para Psicólogos*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Guimarães, S. E. R., & Boruchovitch, E. (2004). O estilo motivacional do professor e a motivação intrínseca dos estudantes: uma perspectiva da Teoria da Autodeterminação. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 17 (2), 143-150. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v17n2/22466.pdf>
- Haguette, T. M. F. (1997). *Metodologias qualitativas na Sociologia*. 5^a edição. Petrópolis: Vozes.
- Hawton, K., Kingsbury, S., Steinhardt, K., James, A., & Fagg, J. (1999, Jun). Repetition of deliberate self-harm by adolescents: The role of psychological factors. *Journal of*

- Adolescents*, 22, 369-378. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10462427>
- Heitman, L. K. (2004, January/February). Social support and cardiovascular health promotion in families. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 19 (1), 86-91. Disponível em http://journals.lww.com/jcnjournal/Abstract/2004/01000/Social_Support_and_Cardiovascular_Health_Promotion.13.aspx
- Hipócrates (2007). *Da natureza do Homem*. (Trad. Cairus, H.). Disponível em: <http://www.astrothon.com/Artigos/ArtigoIt0076>
- Hipócrates (2010). *Aforismos e sentenças*. Disponível em: <http://dominiopublico.es/libros/Hipocrates/Hip%C3%B3crates%20-%20Aforismos%20Y%20Sentencias.pdf>
- Hippocrate (1999). *L'art de la médecine. Serment. Ancienne médecine. Art. Airs, eaux, lieux. Maladie sacrée. Nature de l'homme. Pronostic. Aphorismes*. Présentation, trad., chronologie, bibliogr. et notes par Jacques Jouanna et Caroline Magdelaine. Paris : Flammarion.
- Hobsbawm, E. J. (1988). *A Era do Capital. 1848-1875*. Lisboa: Presença.
- Hobsbawm, E. J. (1990). *A Era do Império. 1870-1914*. Lisboa: Presença.
- Hobsbawm, E. J. (1992). *A Era das Revoluções. 1789-1848*. Lisboa: Presença.
- Hobsbawm, E. J. (1996). *A Era dos Extremos. 1914-1991*. Lisboa: Presença.
- Hooke, R. (1989, 1.^a ed. 1664). *Micrografia*. (Trad. Santos, C. S.). Madrid: Alfaguara, 1989.
- Hope, J., & Hope, T. (1997). *Competing in the Third Wave: The Ten Key Management Issues of the Information Age*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press.
- IDT – Instituto da Droga e da toxicodpendência (2011). *Substâncias*. Disponível em <http://www.idt.pt/PT/Paginas/HomePage.aspx>
- Infante, V. S., & Souza, R. L. (2003). Sobre os valores humanos: Uma hierarquização empírica. *Revista Espaço Acadêmico*, II (21). Disponível em: <http://www.espacoacademico.com.br/021/21cvidal.htm>
- Jacob, F. (2001). *A Lógica da Vida: Uma História da Hereditariedade*. Rio de Janeiro: Graal.
- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2005). *Psicologia da Doença para Cuidados de Saúde*. Porto: ASA.
- Joyce-Moniz, L., & Reis, J. (1991). Desenvolvimento e dialéctica de significações de doença e confronto em Psicologia da Saúde. *Psychologica*, 6, 105-127.

- Kasser, T., & Ryan, R. M. (1996). Further examining the American dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 280-287. Disponível em: http://www.psych.rochester.edu/SDT/documents/1996_KasserRyan_AmericanDream.pdf
- Kirchner, T. (2003). Estrategias de afrontamiento y nivel de psicopatología en jóvenes presidiarios. Relación con el tiempo de reclusión y situación penitenciaria. In *Acción Psicológica*, 2 (3), 199-211. Disponível em <http://e-spacio.uned.es/fez/view.php?pid=bibliuned:AccionPsicologica2003-numero3-0001>
- Kosky, R. J.; Eshkevari, H. S.; Goldney, R. D.; & Hassan, R. (Eds.) (1998). *Suicide Prevention The Global Context*. New York: Plenum Press.
- Lakatos, E. M.; & Marconi, M. A. (1996). *Técnicas de Pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas.
- Lalonde, M. (1981). *A New Perspective on the Health of Canadians: a working document*. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2130.pdf>
- La Mettrie, J. O. (2010, 1.^a ed. 1748). *L'Homme Machine*. Disponível em: http://bibliothek.bbaw.de/quellendigital/lametrie/metr_homm_fr_1748/LAMETTRIEHOMMEMACHINE.pdf
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. (1986). Coping strategies. In S. McHugh, & M. Vallis (Eds.), *Illness Behavior: A multidisciplinary model*. New York: Plenum.
- Leal, I. P. (1999). *Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio*. Lisboa: ISPA.
- Leal, I. (2008). *A Entrevista Psicológica. Técnica, Teoria e Clínica*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- Lei n.º 6/84, de 11 de Maio (1984). *Diário da República N.º 109 – Série I*. Assembleia da República. Disponível em: <http://www.dre.pt/sug/1s/diplomas-lista.asp>
- Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril (2007). *Diário da República Electrónico N.º 75 – Série I-A*. Assembleia da República. Disponível em: <http://www.dre.pt/sug/1s/diplomas-lista.asp>
- Lei n.º 36/98 de 24 de Julho (1998). *Diário da República Electrónico n.º 169 – Série I-A*. Assembleia da República. Disponível em: <http://www.dre.pt/sug/1s/diplomas-lista.asp>
- Lei n.º 40/2010, de 3 de Setembro (2010). *Diário da República Electrónico n.º 172 – Série I*. Assembleia da República. Disponível em: <http://www.dre.pt/sug/1s/diplomas-lista.asp>
- Lei n.º 46/2004 de 3 de Março (2004). *Diário da República Electrónico n.º 195 – Série I-A*. Assembleia da República. Disponível em: <http://www.dre.pt/sug/1s/diplomas-lista.asp>

- Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto (1990). *Diário da República Electrónico n.º 19 – Série I-A*. Assembleia da República. Disponível em: <http://www.dre.pt/sug/1s/diplomas-lista.asp>
- Lei n.º 57/2008 de 4 de Setembro (2008). *Diário da República Electrónico n.º 247 – Série I-A*. Assembleia da República. Disponível em: <http://www.dre.pt/sug/1s/diplomas-lista.asp>
- Lei n.º 67/98 de 26 de Outubro (1998). *Diário da República Electrónico n.º 171 – Série I-A*. Assembleia da República. Disponível em: <http://www.dre.pt/sug/1s/diplomas-lista.asp>
- Lei n.º 90/97, de 30 de Julho (1997). *Diário da República N.º 174 – Série I-A*. Assembleia da República. Disponível em: <http://www.dre.pt/sug/1s/diplomas-lista.asp>
- Lei n.º 115/2009 de 12 de Outubro (2009). *Diário da República Electrónico n.º 197 – Série I*. Assembleia da República. Disponível em: <http://www.dre.pt/sug/1s/diplomas-lista.asp>
- Lei n.º 635, de 28 de Setembro (1916). Disponível em: www.laicidade.org/wp-content/uploads/2007/04/lei-635-1916.pdf
- Liebling, A. (1992). *Suicides in Prison*. London: Routledge.
- Liebling, A. (1993). *Suicide Attempts and Self-Injury in Male Prisons*. New York: Cambridge University, Institute of Criminology.
- López-Barrachina, R., Lafuente, O., & García-Latas, J. L. (2007). Del mito de Narciso a los trastornos de la personalidad en las cárceles aragonesas: Una aproximación al perfil de estos desórdenes en las personas privadas de libertad. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 9 (2), 53-63. <http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v9n2/original2.pdf>
- Luhmann, N. (1993). *Risk: A Sociological Theory*. New York: Aldine de Gruyter.
- Lupton, D. (1999). *Risk*. New York: Routledge.
- McDonald, D., & Thomson, N. J. (1993, November). Australian deaths in custody, 1980-1989. : Relative Risks of Aborigines and non-Aborigines. *The Medical Journal of Australia*, 159, 577-581. Disponível em: <http://www.mendeley.com/research/australian-deaths-custody-19801989-1-relative-risks-aborigines-nonaborigines/>
- Machado, B. (1985). *Introdução ao Direito e ao Discurso Legitimador*. Lisboa, Almedina.
- Machado, J. P. (1990). *Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa*. Lisboa: Livros Horizonte.
- McIntyre, T. M. (1994). A Psicologia da Saúde: Unidade na diversidade. In T. M. McIntyre (Ed.) *Psicologia da Saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp. 17-32). Braga: APPORT.

- Marlatt, G. A., & Gordon J. R. (1993). *Prevenção da Recaída*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Marques, A. L. (2000, Novembro). Os quatro elementos e a vida quotidiana. Dos doentes na obra de Amato Lusitano. *Cadernos de Cultura. Medicina na Beira Interior – Da Pré-História ao Séc. XXI*, 14, 34-38.
- Marques, E. T. (2001, 2.º Semestre). Esquizofrenia e dificuldades de processamento da informação. *Perspectivas XXI*, 4 (8), pp. 89-100. Maia, PUBLISMAI.
- Marques, E. T. (2007). *Da Loucura à Doença Mental. Da Doença Mental à Inimputabilidade – Avaliação de doentes esquizofrénicos inimputáveis internados numa clínica psiquiátrica em meio prisional*. Maia, Edições ISMAI.
- Marques, E. T. (2008, Setembro). Tratamento em meio prisional: desafios e problemas na prática clínica do psicólogo – internamento de inimputáveis / intervenção em toxicodependentes. *Psiquiatria, Psicologia & Justiça*, 2, 55-69.
- Marques, E. T., & Pais-Ribeiro, J. L. (2009). O detido: sujeito bio-psico-social. In: S.N. de Jesus, I. Leal, & M. Rezende (Eds.). *Actas do I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde* (pp. 1089-1105). Faro: CUIP.
- Marques, E. T., Pais-Ribeiro, J. L., Alves, C., & Neves, A. (2010, Março). Consentimento informado na investigação psicológica na área da saúde: contributo das regulamentações (inter)nacionais. *Psiquiatria, Psicologia & Justiça*, 3, 131-145.
- Marques, T., & Pais-Ribeiro, J. L. (2011a). (A)normalidade no sujeito juridicamente privado de liberdade e recurso à entrevista estruturada. [submetido]
- Marques, E. T., & Pais-Ribeiro, J. L. (2011b). Consentimento informado e investigação em (in)imputáveis [submetido].
- Marques-Teixeira, J. E. (1993). *Toxicodependência e Auto-Organização*. Lisboa, Instituto Piaget.
- Marques-Teixeira, J. E. (2001). Drogas e Emoções. *Saúde Mental*, 3 (4), 19-31. Disponível em: http://www.saude-mental.net/pdf/vol3_rev4_artigo2.pdf
- Matos, M. G. (2004mes dia). Psicologia da saúde, saúde pública e saúde internacional. *Análise Psicológica*, 22 (3), 449-462. Disponível em: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82312004000300003&script=sci_arttext
- Matteson, M. T., & Yivancevich, J. M. (1987). *Controlling work estrés. Effective human resource and management strategies*. San Francisco: Josey-Bas Publishers.

- Mattos, P. (2009). Os efeitos do não reconhecimento. Um estudo empírico sobre a prostituição. In K. B. Oliveira, & Oliveira, G. G. (Orgs.), *Olhares sobre a Prevenção à Criminalidade* (pp. 81-98). Belo Horizonte: Instituto Elo. Disponível em: <http://www.institutoelo.org.br/site/files/publications/936d394e644a6e7298ad713d3fedc423.pdf>
- Mendel, G. (1996, 1865). Experiments in plant hybridization. *Electronic Scholarly Publishing Project*. Disponível em: <http://www.esp.org/foundations/genetics/classical/gm-65.pdf>
- Milheiro, J. (2000). *Loucos São os Outros*. Lisboa: Edições Fim de Século.
- Millon, T. (1981). *Disorders of Personality DSM-III: Axis II*. New York: John Wiley & Sons.
- Millon, T. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond*. New York: John Wiley & Sons, Incorporated.
- Millon, T., & Davis, R. D. (1996). An evolutionary theory of personality disorders. Major theories of personality disorder. In J. F. Clarkin, & M. F. Lenzenweger (ano), *Major Theories of Personality Disorder* (pp. 221-346). New York: Guilford Press.
- Millon, T., & Klerman, G. L. (Eds.) (1986). *Contemporary Directions in Psychopathology: Toward the DSM-IV*. New York: Guilford Press.
- Millon, T., Davis, R., & Millon, C. (2007). *MCMII-III – Inventário Clínico Multiaxial de Millon – III*. Madrid: TEA Ediciones.
- Ministério da Saúde (2004). *Plano de Acção para a Saúde 2004*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010, I e II*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Miranda, J. (2004). *As Constituições Portuguesas – De 1822 ao Texto Actual da Constituição*, Lisboa, Petrony.
- Mitscherlich A, Mielke F. (1949, 1.^a ed. 1947). *The Nuremberg Code*. In *Doctors of infamy: the story of the Nazi medical crimes* (pp. xxiii-xxv). New York: Schuman.
- Mohino, S., Kirchner, T. & Forns, M. (2003). Coping Strategies in Young Male Prisoners. *Journal of Youth and Adolescence*, 33 (1), 41-49. DOI: 10.1023/A:1027382229951
- Molina, A. G.-P., & Gomes, L. F. (1997). *Criminologia*. São Paulo: Revista dos Tribunais.
- Monteiro, C. L. (1997). *Perigosidade de Inimputáveis e «In Dubio Pro Reo»*. Coimbra, Coimbra Editora.

- Moreira, N. A. C., & Gonçalves, R. A. (2010, Janeiro). Perturbação mental e ideação suicida entre reclusos preventivos. *Análise Psicológica*, 28 (1), 133-148. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v28n1/v28n1a10.pdf>
- Mota, S. (2003, Janeiro/Julho). O biodireito como novo ramo do direito. *Dissertar*, 2 (4) 49-51. Disponível em: <http://www.silviamota.com.br/enciclopediabiobio/artigosbiobio/biodcomonovoramododirciv.htm>
- Nascimento, J. F. B. (2003). *Curso de Criminologia*. São Paulo: Editora Juarez de Oliveira.
- Negrão, F. (2004). Direitos Fundamentais e Exclusão Social. In R. Nunes, M. Ricou, & C. Nunes (Coords.), *Dependências Individuais e Valores Sociais* (pp. 53-62). Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.
- Neves, P. A. (1996). *A Escolarização dos Saberes Elementares em Portugal nos Finais do Antigo Regime*. Maia: Instituto Superior da Maia.
- Neves, P. A. (2009). Transformações políticas e socioculturais decorrentes do pós-2.^a Guerra Mundial [submetido].
- Neves, P. A. (2010). *Tempos, Espaços e Protagonistas*. Porto: Porto Editora.
- Newton, I. (2002, 1.^a ed. 1704). *Óptica*. (Trad. Assis, A. K. T. São Paulo: EDUSP – Editora da Universidade de São Paulo). Disponível em http://books.google.pt/books?id=K2UhdYqwVQsC&pg=PA290&lpg=PA290&dq=%22parece-me+prov%C3%A1vel%22+newton+%C3%B3ptica+2002&source=bl&ots=s6v-DKsW3V&sig=KqzTr1swRdfBcwWYwPoAuciR0NU&hl=pt-PT&ei=BUqvTZvpLMaYhQeEtaXeAw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CBcQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false
- Niemiec, C. P., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2010). Self-determination theory and the relation of autonomy to self-regulatory processes and personality development. In R. H. Hoyle (Ed.), *Handbook of personality and self-regulation* (pp. 169-191). New York: Wiley-Blackwell. DOI: 10.1002/9781444318111.ch8
- Nunes, R. (2004). Os valores e a sociedade Plural. In R. Nunes, M. Ricou, & C. Nunes (Coords.), *Dependências Individuais e Valores Sociais* (pp. 11-24). Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.
- Nunes, R., Ricou, M., & Nunes, C. (2004). Nota Introdutória. In: Nunes, R., Ricou, M., & Nunes, C. (2004). *Dependências Individuais e Valores Sociais*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.

- OMS – Organização Mundial de Saúde (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. Disponível em: <http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Ottawa.pdf>
- OMS (2002). *Estabelecendo um diálogo sobre riscos de campos eletromagnéticos*. Disponível em: http://www.who.int/peh-emf/publications/Risk_Portuguese.pdf
- OMS (2002). WHO (2001). *Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf
- OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). *Código Deontológico da OPP*. Disponível em: <https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/noticia/115>
- Ornelas, J. (1997). *Psicologia comunitária. Origens, fundamento e áreas de intervenção. Análise Psicológica*, 3 (XV), 375-388. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v15n3/v15n3a02.pdf>
- Pais-Ribeiro, J. L. (1993). *Características Psicológicas Associadas à Saúde em Estudantes Jovens da Cidade do Porto* (Tese de Doutoramento). Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/16220>
- Pais-Ribeiro, J. L. (1994). A importância da qualidade de vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, XII (2-3), 179-191. Disponível em: https://sigarra.up.pt/fpceup/PUBLS_PESQUISA.FORMVIEW?p_id=10161
- Pais-Ribeiro, J. L. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1999a). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (XVII), 547-558. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a10.pdf>
- Pais-Ribeiro, J. L. (1999b). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2002). O consentimento informado na investigação em psicologia da saúde é necessário? *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3 (1), 11-22. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v3n1/v3n1a02.pdf>
- Pais-Ribeiro, J. L. (2004). Quality of life is a primary end-point in clinical settings. *Clinical Nutrition*, 23 (1), 121-130. DOI:10.1016/S0261-5614(03)00109-2
- Pais-Ribeiro, J. L. (2005a). *O Importante é a Saúde. Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde – SF-36*. Fundação Merck Sharp & Dohme.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2005b). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2007a). *Avaliação em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.

- Pais-Ribeiro, J. L. (2007b). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis Editora/Livpsic.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis Editora / Livpsic.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e *stress* (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5 (2), 229-239. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v5n2/v5n2a07.pdf>
- Pais-Ribeiro, J. L., & Leal, I. P. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise Psicológica*, XIV (4), 589-599. Disponível em: http://www.isabel-leal.com/portals/1/pdfs/1996_4_589.pdf
- Pais-Ribeiro, J. L., Ramos, D., & Samico, S. (2003). Contribuição para uma validação conservadora da escala reduzida de ajustamento mental ao cancro (MINI-MAC). *Psicologia, Saúde e Doenças IV* (2). Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=36240205> ISSN 1645-0086
- Pais-Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do *coping*: a propósito do estudo de adaptação do Brief COPE. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 3-15. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v5n1/v5n1a01.pdf>
- Peiró, J. M. (1993). *Desencadeantes del Estrés Laboral*. Salamanca: Endema.
- Pereira, A. G. D. (2004). *O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Pierce, G. R., Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (1996). Coping and social support. In M. Zeidner, & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications* (pp. 434-451). New York: John Wiley & Sons.
- Pinto, H. (2009). A Medicina no “Discurso do Método” de Descartes. Um Breve Apontamento. *ArquiMed*, 23 (1), 23-26. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/am/v23n1/v23n1a05.pdf>
- Pires, C. (2000). Indivíduo. In Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura. Vol. 10. São Paulo – Lisboa: Verbo.
- Porto Editora (1998). *Constituição da República Portuguesa – As 5 versões após 25 de Abril*. Porto, Porto Editora.
- Rabot, J.-M. (2004). Pós-modernidade e politeísmo dos valores. In *Actas do V Congresso Português de Sociologia. Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção*. Atelier:

- Quotidiano, crenças e religiosidade*. Braga: Universidade do Minho.
http://www.aps.pt/Index.php?area=001&marea=003&id_pub=PUB460a50b168fd1&id_tema=TEM460aaed194f6a
- Rangel, C. R. R. (2009, Julho/Dezembro). A cidade como objecto da historiografia. *Sculum – Revista de História*, 21, 111-122. Disponível em: http://www.cchla.ufpb.br/saeculum/saeculum21_dos08_rangel.pdf
- Rapley, M. (2003). *Quality of Life Research. A Critical introduction*. London: Sage Publications.
- Rasteiro, A. (2000, Novembro). Quatro elementos, Reacção Hipocrática, Amato Lusitano e “O Múmia”. *Cadernos de Cultura. Medicina na Beira Interior – Da Pré-História ao Séc. XXI*, 14, 14-20.
- Reeve, J., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2004). Self-determination theory: A dialectical framework for understanding socio-cultural influences on student motivation. In D. M. McInerney, & S. Van Etten (Eds.), *Big theories revisited* (pp. 31-60). Greenwich, CT: Information Age Press.
- Rentfrow, P. J. (2010, Setembro). Statewide Differences in Personality. Toward a psychological geography of the United States. In *American Psychologist*, 65(6), 548-558. DOI: 10.1037/a0018194
- Resende, S., Fernandes, B., & Crúz, F. T. (2005, Julho/Dezembro). A estrutura universal dos valores humanos. In: *Faculdade de Ciências da Saúde*, da Universidade de Brasília, 3, (2), 227-248. Disponível em: <http://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/index.php/cienciasaude/article/viewFile/556/376>
- Richman, J. M., & Fraser, M. W. (Eds.) (2001). *The Context of Youth Violence: Resilience, Risk, and Protection*. Westport, Connecticut: Praeger Publishers.
- Richmond, J. (1979). *Healthy people: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*. Washington: US Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, Office of the Assistant Secretary for Health and Surgeon General. Disponível em: <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/NNBBGK.pdf>
- Rifkin, J. (1999). *O Século da Biotecnologia*. São Paulo: Makron Books.
- Rocha, A. M. (Dir.) (1995). *CAQ – Questionário de Análise Clínica – Manual*. Lisboa: TEA Ediciones S.A. / CEGOC.
- Rocha, I. (2008). *Códigos Penal e Processo Penal e Legislação Avulsa*. Porto, Porto Editora.

- Rodrigues, J. P. (2009, 2.º Semestre). A imparcialidade do Magistrado: uma perspectiva histórica. *Thesis*. V (10), pp. 96-109. Disponível em: http://www.cantareira.br/thesis2/atual/jefferson_final_10.pdf
- Rodrigues, J. V. (2001). *O Consentimento Informado para o Acto Médico no Ordenamento Jurídico Português (Elementos para o Estudo da Manifestação da Vontade do Paciente)*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Rodrigues, M. S. P., Sobrinho, E. H. G., & Silva, R. M. (2000, Julho/Dezembro). A família e a sua importância na formação do cidadão. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 2 (2), 40-48. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/4934/3754>
- Rodrigues, V. A., & Gonçalves, L. (1998). *Patologia da Personalidade. Teoria, Clínica e Terapêutica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Rutter, M. (2010). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In Rolf, J., Masten; A. S., Cicchetti; D., Nüchterlein; K. H., & Weintraub, S. (Eds.), *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology* (pp.181-214). New York: Cambridge University Press. <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511752872.013>
- Ryan, R. M. (2009, June). Self-determination Theory and Wellbeing. *WED Research Review*, 1. Disponível em: http://www.bath.ac.uk/soc-pol/wellddev/wed-new/network/research-review/Review_1_Ryan.pdf
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000a, January). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2000-13324-007>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000b). The darker and brighter sides of human existence: Basic psychological needs as a unifying concept. *Psychological Inquiry*, 11 (4), 319-338. Disponível em: http://www.psych.rochester.edu/SDT/documents/2000_RyanDeci_DarkBrightResponse.pdf
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000c). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25 (1), 54-67. DOI: 10.1006/ceps.1999.1020
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2004). Autonomy is no illusion: Self-determination theory and the empirical study of authenticity, awareness, and will. In Greenberg, J., Koole, S. L., & Pyszczynski, T. (Eds.), *Handbook of Experimental Existential Psychology* (pp. 449-

- 479). New York: Guilford Press. Disponível em: http://www.psych.rochester.edu/SDT/publications_search.php?action=domain_search&dID=1
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2007). Active human nature: Self-determination theory and the promotion and maintenance of sport, exercise, and health. In Hagger, M. S., & Chatzisarantis, N. L. D. (Eds.), *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Exercise and Sport* (pp. 1-19). UK: Human Kinetics Europe Ltd.
- Ryan, R. M., Kuhl, J., & Deci, E. L. (1997). Nature and autonomy: An organizational view of social and neurobiological aspects of self-regulation in behavior and development. *Development and Psychopathology*, 9, 701-728. Disponível em: http://www.psych.rochester.edu/SDT/documents/1997_RyanKuhlDeci_DP.pdf
- Sánchez-López, M. P., & Casullo, M. M. (2000). *Estilos de personalidad. Una perspectiva iberoamericana*. Madrid/Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Santos, B. S. S. (2002, Agosto 22). Os processos de globalização. *Eurozine*, 1-20. Disponível em: <http://www.eurozine.com/pdf/2002-08-22-santos-pt.pdf>
- Santos, C. S. V. B., Pais-Ribeiro, J. L., & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da escala de satisfação com o suporte social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (2), 185-204. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v4n2/v4n2a02.pdf>
- Sartre, J.-P. (1999). *O Ser e o Nada*. Petrópolis: Vozes.
- Sayd, J. D. (1998). *Mediar, Mediar, Remediar: aspectos da terapêutica na medicina ocidental*. Rio de Janeiro: UERJ.
- Sayd, J. D., & Nunes-Moreira, M. C. (2000). Medicina baseada em evidências – Ceticismo terapêutico, recorrência e história. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 10 (1), pp. 11-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v10n1/a02.pdf>
- Schenker, M., & Minayo, M. C. S. (2005, Outubro 23). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (3), 707-717. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a27v10n3.pdf>
- Serpa, O. D. (2004, Junho). Psiquiatria e neurociências: como “redescobrir” o cérebro sem eclipsar o sujeito. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, VII (2), 110-124.
- Serrão, D. (2004). O difícil diálogo entre Ética e Ciência. Disponível em: <http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=171>

- Sgreccia, E. (1996). *Manual de Bioética—I. Fundamentos e Ética Biomédica*. São Paulo, Loyola.
- Sharfetter, C. (1997). *Introdução à Psicopatologia Geral*. Lisboa: CLIMEPSI.
- Shorter, E. (2001). *Uma História da Psiquiatria: Da Era do Manicóquio à Idade do Prozac*. Lisboa: Climepsi.
- Silva, J. R. (2000). *Bioética Contemporânea*. Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Silveira, P. H. F. (2005). *Medicina da alma – Artes do viver e discursos terapêuticos*. (Tese de Doutoramento). Disponível em: <http://www.fflch.usp.br/df/site/posgraduacao/teses-2005.php>
- Sournia, J.-C. (1995). *História da Medicina*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Sternberg, R. J. (2000). *Psicologia Cognitiva*, Porto Alegre, Artes Médicas.
- Tamayo, A. (2007). Hierarquia de Valores Transculturais e Brasileiros. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23, número especial, 7-15. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23nspe/02.pdf>
- Tedim, F., & Barros, I. (2010, Outubro). A geografia do crime na Grande Área Metropolitana do Porto: alguns apontamentos. Disponível em: <http://web.lettras.up.pt/xiicig/resumos/74.pdf>
- Toffler, A. (2000). *A Terceira vaga*. Lisboa: Livros do Brasil.
- Toffler, A., & Toffler, H. (1999). *Criando uma Nova Civilização: A Política da Terceira Vaga*. Lisboa: Livros do Brasil.
- Tratado de Amesterdão que altera o Tratado da União Europeia, os tratados que instituem as Comunidades Europeias e alguns actos relativos a esses tratados (1997). *Jornal Oficial das Comunidades Europeias*, 97/C 340/01. Disponível em: http://www.ecb.int/ecb/legal/pdf/amsterdam_pt.pdf
- Trigo, M. (2000, Julho/Dezembro). Modelos em saúde: perspectiva crítica sobre as origens e a história. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 18 (2), 5-22.
- Tubiana, M. (2000). *História da Medicina e do Pensamento Médico*. Lisboa: Editorial Teorema.
- US Department of Health and Human Services (1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General – Executive Summary*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health. Disponível em <http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/home.htm>.

- Van Praag, B., & Fritjers, P. (1999). The measurement of welfare and well-being: The Leyden approach. In Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (Eds.), *Well-Being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 413-433). New York: Russel Sage Foundation.
- Vansteenkiste, M., Lens, W., & Deci, E. L. (2006). Intrinsic Versus Extrinsic Goal Contents in Self-Determination Theory: Another Look at the Quality of Academic Motivation. *Educational Psychologist*, *41*(1), 19–31. http://www.psych.rochester.edu/SDT/documents/2006_VansteenkisteLensDeci_IntrinsicvExtrinsicGoal_EP.pdf
- Vansteenkiste, M., Niemiec, C. P., & Soenens, B. (2010). The development of the five mini-theories of Self-determination theory: An historical overview, Emerging trends, and Future directions. *The Decade Ahead: Theoretical Perspectives on Motivation and Achievement Advances in Motivation and Achievement*, *16A*, 105-165. DOI: 10.1108/S0749-7423(2010)000016A007
- Vaz Serra, A. (1999). *O Stress na Vida de Todos os Dias*. Coimbra: edição do autor.
- Vieira, A. B. (1983). *Etologia e Ciências Sociais*, Lisboa, I.N.C.M.
- Vieira, H. (2007, Novembro). A Caminho da Segurança Máxima. *Psiquiatria, Psicologia & Justiça*, *1*, pp. 35-50.
- Vieira, W. N. (2007). *Lições de História do Direito*. Rio de Janeiro: Forense.
- Walker, Z., & Seifert, R. (1994). Violent incidents in a psychiatric intensive care unit. *British Journal of Psychiatry*. *164*, 826-828. Disponível em <http://discovery.ucl.ac.uk/148410/>
- Wallace, A. R. (2004). *Viagens pelo Amazonas e Rio Negro*. Brasília: Edições Eletrônicas, Edições do Senado Federal.
- Wallace, M., Levens, M., & Singer, G. (1988). *Blue Collar Stress; Coping and Consequences of Stress Work*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Walters, K. L. (1999). Urban American Indian Identity Attitudes and Acculturation Styles. *Journal Of Human Behavior and the Social Environment*, *2* (1-2), 163-178. Disponível em: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J137v02n01_11
- Wang, M. C., Haertel, G. D., & Walberg, H. J. (1994). Educational resilience in inner-cities. In M. C. Wang and E. W. Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner-city America: challenges and prospects* (pp. 45-72). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. Disponível em: http://books.google.com/books?id=t-QdWehERXUC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

- Wang, M. C., & Reynolds, M. C. (Eds.) (1995). *Making a Difference for Students at Risk Trends and Alternatives*. Thousand Oaks, California: Sage Publications Company.
- WHO – World Health Organization (1946). Constitution of the World Health Organization. New York: WHO. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf
- WHO (1978). Primary health care. Report of the Inter-ational Conference of primary health care. Alma-Ata, USSR. Geneva: WHO. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf>
- WHO (1984). Health promotion: concepts and principles. Copenhagen: WHO. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/ICP_HSR_602__m01.pdf
- WHO (1986a). Charte d'Ottawa pour la Promotion de da Santé. Public Health Agency of Canada. Ottawa: WHO. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/chartre.pdf>
- WHO (1986b). Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: WHO. Disponível em: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
- WHO (1986c). Young people's health – A challenge for society: report of a WHO study group on young people and "Health for all by the year 2000". Geneva: WHO. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_731.pdf
- WHO (1988). Priority research for health for all. Copenhagen: WHO. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/euro/HFAS/EURO_HFAS_3.pdf
- WHO (1999). Medical genetics and biotechnology: implications for public health. Oman: College of Medicine / Sultan Qaboos University. Disponível em: <http://www.nature.com/wcs/b23a.html>
- Zamble, E. & Porporino, F. J. (1990, March). *Coping imprisonment and rehabilitation. Some data and their implications. Criminal Justice and Behaviour, 17, 53-70.* DOI: 10.1177/0093854890017001005