

Saúde mental, suporte percebido, utilização de serviços e satisfação: Um estudo com reclusos em contexto prisional português

Lídia Mourão Pimentel Lobo

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos ou mestrado integrado)

Orientadora: Prof. Doutora Ana Isabel Silva Santos Barbosa Cunha
Co-orientador: Prof. Doutor Vítor Manuel Valente da Costa

junho de 2020

Agradecimentos

Num primeiro momento torna-se fundamental agradecer a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a concretização deste ano, repleto de oportunidades para novas aprendizagens.

À minha orientadora, Professora Doutora Ana Isabel Silva Santos Barbosa Cunha e ao meu co-orientador, Professor Doutor Vítor Manuel Valente da Costa, por todo o apoio, paciência, dedicação e disponibilidade prestadas durante o presente ano letivo, que constituíram um pilar essencial para a concretização desta dissertação, num ano cheio de imprevistos.

Aos meus pais, um profundo agradecimento, por me terem oferecido a oportunidade de completar este percurso académico, refletindo sempre um apoio incondicional.

Ao Ivo, por me ter dado a mão ao longo de todo este percurso, pela paciência, suporte e motivação para enfrentar os bons e maus momentos de forma mais otimista.

Aos meus amigos, que sempre estiveram lá para dar conselhos, partilhar momentos inesquecíveis, que permitiram a boa disposição e motivação ao longo deste ano letivo.

Resumo

OBJETIVOS: Nos últimos anos, tem-se evidenciado a importância de compreender as questões relacionadas com a saúde mental em contexto prisional. O presente trabalho tem como objetivo analisar a perceção de reclusos sobre a sua saúde mental, bem como sobre a utilização de serviços de saúde mental, suporte e satisfação com a prisão. **MÉTODO:** A amostra é constituída por 136 participantes do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 21 e os 68 anos ($M= 38.27$, $DP= 11.408$). A recolha de dados foi realizada com recurso a um instrumento desenvolvido no âmbito de um projeto Europeu (AWARE, 2018-2021). **RESULTADOS:** Verificou-se que, relativamente à perceção de saúde mental, a preocupação diária assinalada mais frequentemente refere-se a “Sinto-me um falhado e que deixei a minha família mal” (52.6%), sendo que os reclusos consideram que estas preocupações têm um impacto atual (22.83%) e futuro (22.11%). Ao nível da perceção de saúde mental, esta parece ser pior nos reclusos que não têm escolaridade obrigatória, assim como nos participantes que pediram ajuda profissional e indicam que a mesma não foi atendida. Relativamente ao suporte percebido, os resultados demonstram que a fonte de suporte à qual os participantes recorrem com maior frequência é a família/parceiro(a), bem como, que um maior suporte do colega de cela se associa a uma perceção de melhor saúde mental. Quanto à utilização de serviços, verificou-se que a maioria já recebeu algum tipo de apoio profissional, contudo, atualmente, a grande maioria dos participantes não se encontra em terapia, sendo os mais velhos aqueles que mais recorrem a este apoio. Verifica-se ainda que, quanto maior a perceção de barreiras à utilização de serviços, pior a perceção de saúde mental. No que diz respeito à satisfação com a prisão, um menor número de preocupações diárias, uma menor perceção de barreiras à utilização de serviços de saúde mental e um maior número de fontes de suporte percebido apresentam-se como preditores de uma maior probabilidade de estar satisfeito com a instituição. **CONCLUSÕES:** Um dos contributos deste estudo insere-se no facto de este ser inovador no estudo da perceção de barreiras à utilização de serviços de saúde mental e satisfação dos reclusos, no contexto português. No final, são ainda discutidas as implicações para a teoria e prática dos resultados do presente estudo, sugerindo propostas para estudos futuros.

Palavras-chave

Saúde Mental; Perceção de Barreiras; Suporte Social; Satisfação; Contexto Prisional

Abstract

OBJECTIVES: During the past years, the importance of understanding issues related to mental health in the prison context has become evident. This work aims to understand inmates' perception about their mental health, as well as the perception about the use of mental health services, support and satisfaction with prison. **METHOD:** The sample consists of 136 male participants, aged between 21 and 68 years old ($M = 38.27$, $SD = 11.408$). Data collection was performed using an instrument developed within the framework of a European project (AWARE, 2018-2021). **RESULTS:** It was found that, regarding the perception of mental health, the daily concern mentioned most often refers to "I feel like a failure and I made my family feel bad" (52.8%), with prisoners considering that these concerns have a current (22.83%) and future (22.11%) impact. In terms of the perception of mental health, this seems to be worse in participants who do not have compulsory education, as well as in participants who asked for professional help and indicate that it was not attended. Regarding the perceived support, the results demonstrated that the source of support that the participants use most often is the family member/partner, as well as that greater support from the cellmate is associated with a perception of better mental health. As for the use of services, it was found that most have already received some type of professional support, however, currently the vast majority of participants are not in therapy, with the older people who most resort to this support. It is also noted that the greater the perception of barriers to the use of services, the worse the perception of mental health. With regard satisfaction with prison, a lower number of daily concerns, a lower perception of barriers to the use of mental health services and a greater number of perceived sources of support are presented as predictors of a greater probability of being satisfied with the institution. **CONCLUSIONS:** One of the contributions of this study is that it is innovative in the study of the perception of barriers to the use of mental health services and on the satisfaction of prisoners, in the Portuguese context. In the end, the implications of the results of the present study are also discussed, suggesting proposals for future studies.

Keywords

Mental health; Perception of Barriers; Social Support; Satisfaction; Prison Context

Índice

Introdução	1
Capítulo I – Enquadramento Teórico	3
1.1. Saúde mental em contexto prisional	3
1.1.1. Problemáticas frequentes em contexto prisional	3
1.1.2. Fatores associados	7
Antecedentes	7
Contexto Prisional	8
Suporte Percebido	9
Duração da Pena	11
1.1.3. Satisfação com a prisão	12
1.1.4. Necessidades dos Reclusos	13
1.1.5. Serviços de Saúde Mental	14
Capítulo II - Metodologia	18
2.1 Caracterização do estudo e objetivos	18
2.2. Variáveis em estudo	19
2.3. Participantes	20
2.4. Instrumentos	22
2.5. Procedimentos	23
2.6. Análises estatísticas	23
Capítulo III - Resultados	25
3.1. Caracterização das dimensões da perceção de saúde mental, suporte percebido e utilização de serviços	25
3.2. Diferenças na perceção de saúde mental em função de fatores sociofamiliares e utilização de serviços	28
3.3. Analisar a experiência atual de apoio em diferentes grupos etários	29
3.4. Associação entre a perceção de saúde mental e o suporte percebido, perceção de barreiras à utilização dos serviços de saúde mental, idade	30
3.5. Avaliar a importância preditiva da perceção de saúde mental, perceção de barreiras e fontes de suporte na satisfação com a prisão	31
Capítulo IV - Discussão	33
Capítulo V - Considerações finais	39
Bibliografia	41

Lista de Tabelas

Tabela 1	<i>Características sociodemográficas da amostra</i>
Tabela 2	<i>Características da pena</i>
Tabela 3	<i>Frequência dos problemas de adição (drogas/álcool)</i>
Tabela 4	<i>Frequência das fontes de suporte</i>
Tabela 5	<i>Frequência dos tipos de apoios de saúde mental recebidos</i>
Tabela 6	<i>Frequência dos itens relacionados com a terapia</i>
Tabela 7	<i>Experiência atual de apoio</i>
Tabela 8	<i>Frequência das barreiras à utilização dos serviços de saúde mental</i>
Tabela 9	<i>Teste de Mann-Whitney para 2 amostras independentes: Resultados da percepção de saúde mental (número de preocupações) em função de fatores sociodemográficos</i>
Tabela 10	<i>Teste de Mann-Whitney para 2 amostras independentes: Resultados da percepção de saúde mental em função da utilização de serviços</i>
Tabela 11	<i>Tabela cruzada entre a idade e a experiência atual de apoio.</i>
Tabela 12	<i>Correlação entre a percepção de saúde mental e as fontes de suporte</i>
Tabela 13	<i>Correlação entre a percepção de saúde mental e a percepção de barreiras à utilização dos serviços de saúde mental</i>
Tabela 14	<i>Previsão de satisfação com a prisão em função da percepção de saúde mental, percepção de barreiras e número de fontes de suporte com a satisfação com a prisão.</i>

Introdução

O que leva à entrada de uma pessoa numa instituição prisional é a inadequação de um comportamento, que infringe a lei, e que, na maioria das vezes, acontece associado a algum tipo de perturbação psicológica (Arroyo & Ortega, 2009). Na literatura há evidências que os reclusos passam por experiências adversas ao longo da vida, comprometendo a saúde mental e a própria vida com comportamentos de risco (Alves et al., 2013). As experiências vividas ao longo da vida influenciam consideravelmente o funcionamento biopsicossocial do indivíduo e, quando este passa por adversidades, essas adversidades podem potenciar uma série de sintomas psicopatológicos, sendo as perturbações de ansiedade, de humor, bem como o consumo de substâncias, as que estão mais associadas a esses eventos adversos (Alves et al., 2013; Felitti et al., 2019).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2007), dos 9 milhões de reclusos em todo o mundo, cerca de 1 milhão padece de perturbações mentais, sendo comum haver comorbidades com a dependência de substâncias psicoativas. Nos países Europeus, o número de pessoas com perturbações mentais no contexto prisional é elevado (Cobo, 2011; Fazel & Danesh, 2002), sendo que esta prevalência pode estar relacionada com o facto de, para além de muitos dos reclusos já serem institucionalizados com um histórico de perturbação mental, também o próprio ambiente do estabelecimento prisional (WHO, 2007) e a restrição de liberdade comprometem a saúde mental dos reclusos (Dressing & Salize, 2009; Gatherer et al., 2005). Desta forma, torna-se congruente a noção de que uma grande parte da população nas instituições prisionais sofre de perturbações mentais (Priebe, et al., 2008), sendo importante salientar que vários estudos remetem para o facto de haver uma maior prevalência de doença mental no contexto prisional em comparação com a população em geral (Brinded et al., 2001). Esta prevalência poderá estar relacionada com o facto de a perturbação mental parecer ser um fator de risco para a reclusão (Teplin, 1994).

Assim, torna-se pertinente estudar esta problemática no contexto português, de modo a compreender de que forma Portugal se aproxima ou diferencia dos restantes países Europeus, contribuindo para um melhor conhecimento acerca da perceção de saúde mental e as barreiras à utilização destes serviços, e assim procurar dar resposta às suas necessidades. Neste sentido, este trabalho insere-se no projeto Europeu AWARE (2018-2021), que tem como principal objetivo dar uma resposta à não discriminação, bem como integrar socialmente aqueles que, para além de sofrerem o estigma de um registo criminal, sofrem de problemas de saúde mental. Relativamente ao presente estudo, este tem como objetivo compreender a relação entre a perceção de saúde mental, as barreiras à utilização

de serviços e suporte percebido, no contexto português, estudando ainda o impacto destas variáveis na percepção de satisfação dos reclusos com o estabelecimento prisional.

O trabalho encontra-se organizado em cinco capítulos. Um primeiro dedicado à revisão da literatura acerca da saúde mental em contexto prisional que, para além de abordar as problemáticas mais frequentes, procura entender quais os fatores associados às mesmas, quais as necessidades dos reclusos neste sentido, a satisfação com a prisão e, ainda, como os serviços de saúde mental são geridos neste contexto. No segundo capítulo descreve-se o enquadramento metodológico, com a apresentação do estudo e os respetivos objetivos, da amostra e do instrumento utilizado, o procedimento de recolha da amostra e as análises estatísticas realizadas. O terceiro capítulo dirige-se à apresentação dos resultados obtidos, o quarto abrange a discussão dos resultados, atendendo à revisão de literatura apresentada inicialmente e, por fim, ao quinto capítulo, compete as considerações finais acerca do estudo.

Capítulo I – Enquadramento Teórico

1.1. Saúde mental em contexto prisional

Ao longo dos tempos, o termo saúde mental tem vindo a ser definido de variadas formas, mas revela-se comum a ideia de que é algo mais que a mera ausência de perturbação mental (Galinha & Ribeiro, 2005). De acordo com a WHO (2001), a saúde mental remete também para um estado completo de bem-estar físico, mental e social das pessoas, incluindo dimensões como o bem-estar subjetivo, a perceção de autoeficácia, a autonomia, competência, entre outros. Assim, no contexto prisional, torna-se fundamental atender a esta problemática, uma vez que a reclusão tem efeitos significativos na saúde mental de inúmeros reclusos, o que leva a uma prevalência considerável de perturbações mentais (WHO, 2007).

1.1.1. Problemáticas frequentes em contexto prisional

Vários estudos que envolvem reclusos em contexto Europeu¹ confirmam a presença elevada de perturbações psiquiátricas, como a esquizofrenia, perturbações de humor, ansiedade e, sobretudo, dependência de substâncias (Anderson, 2004; Dudeck et al., 2011; Elison et al., 2016).

De acordo com Blauuw et al. (2000), a prevalência de perturbações mentais difere consoante os instrumentos de diagnóstico utilizados, a amostra, entre outros. Numa revisão sistemática de estudos realizados em países Europeus (e.g., Irlanda, Inglaterra, Finlândia, Escócia), os autores verificaram que cerca de 63% dos reclusos apresentavam critérios para perturbações psiquiátricas, sendo as perturbações relacionadas com o consumo de substâncias as mais prevalentes (19 a 56%), seguidas das perturbação de humor ou ansiedade (6 a 29%) e das perturbações psicóticas (0.8 a 9%). Mais recentemente, Fazel et al. (2016), num estudo que decorreu de 2003 a 2015, considerando dados de vários países, apontam para o facto da perturbação psicótica e a depressão serem as mais frequentes entre os reclusos, sendo que um em cada sete reclusos apresentam uma destas perturbações.

No que diz respeito ao consumo de substâncias, Moschetti et al. (2015) verificaram, num estudo realizado na Suíça, que em 41% dos reclusos que se declararam consumidores de substâncias psicoativas, apenas 27% foram diagnosticados com perturbações a este nível, com acompanhamento psiquiátrico. Segundo os autores, a justificação para estes valores pode estar relacionada com o facto de muitos dos reclusos que consomem este tipo de

¹ Manteve-se o foco no contexto europeu, pois neste estudo pretende-se comparar a realidade prisional portuguesa com as dos restantes países europeus.

substâncias não considerarem ter esta adição, ou até mesmo não apresentarem sintomatologia suficiente para se requerer um exame psiquiátrico, acabando estes reclusos por não obter uma avaliação psiquiátrica.

De acordo com Reed (2003), cerca de sete reclusos em cada dez apresentam mais do que uma perturbação, sendo que aqueles que sofrem de perturbação psicótica são os que apresentam maior número de comorbilidades associadas. Neste sentido, Fazel e Danesh (2002) referem que as perturbações de personalidade são também muito frequentes neste contexto, havendo estudos que realçam o facto de haver dez vezes mais probabilidade de ter esta perturbação no contexto prisional do que na população em geral. Os autores referem ainda que entre as perturbações de personalidade, a perturbação de personalidade antissocial é uma das patologias mais frequentes na população prisional, em que 47% dos homens e 21% das mulheres reclusas apresentam esta perturbação. Num estudo realizado em Portugal (Talina, 2013), esta mesma perturbação foi a mais prevalente entre os reclusos (57.7%) sendo que estes reclusos são mais acompanhados na psiquiatria devido às características comportamentais associadas a esta perturbação, como a frustração e a violência.

Ainda no contexto prisional português, e num estudo com 294 reclusos do sexo masculino, verificou-se uma alta prevalência de perturbações de personalidade, em que apenas 20.1% dos participantes não cumpriam critérios para esta perturbação (Brazão et al., 2015). Esta elevada prevalência foi também verificada em estudos realizados noutros países Europeus, como a Alemanha (Watzke et al., 2006) e a Grécia (Alevizopoulos & Igoumenou, 2016). Brazão et al. (2015) verificaram então que a Perturbação Antissocial e Paranóide são as mais frequentes, com 39.1% e 10.2% respetivamente, ainda que se tivessem também verificado a presença de Perturbações Borderline, Narcisista, Obsessiva-compulsiva e de Personalidade Passivo-agressiva. É ainda relevante o facto de, neste estudo, quase metade dos reclusos participantes (42.8%) apresentar critérios para duas ou mais perturbações de personalidade. De acordo com a DSM 5, as Perturbações de Personalidade Antissocial são caracterizadas por apresentarem falta de empatia com o outro, dificuldade em se ajustar às normas sociais, intolerância a críticas, impulsividade, agressividade e irritabilidade, instabilidade emocional, entre outros, sendo bastante comum encontrar este tipo de características na maioria dos reclusos (Brazão et al., 2015), e talvez por esta mesma razão, seja comum a Perturbação de Personalidade e a violência estarem associadas (Gilbert & Daffern, 2011), especialmente à perturbação de personalidade antissocial (Roberts & Coid, 2010). A perturbação de personalidade dissociativa, parece também ser prevalente no contexto português, tendo Zavattini et al., (2015) averiguado que a presença elevada de sintomas psicóticos é justificada pelos níveis elevados de dissociação, o que alerta para a necessidade de realizar intervenções para reduzir esta sintomatologia nos reclusos.

A Perturbação do Espectro do Autismo parece ser também uma problemática comum no contexto prisional português, em que de acordo com o estudo realizado por Loureiro et al., (2018) parece haver uma relação entre traços de autismo e comportamento criminoso. Este estudo destaca também que não há qualquer relação entre esta perturbação e a psicopatia, contudo, a literatura revela que os indivíduos com características da Perturbação do Espectro do Autismo apresentam uma maior vulnerabilidade para comportamentos criminosos devido à dificuldade em avaliar emoções e pensamentos, levando a que haja uma menor empatia pelo outro (Loureiro, et al., 2018), afetando assim as relações sociais (Zavattini, et al., 2015).

De acordo com um estudo realizado em Portugal por Talina et al. (2013), 56.1% dos reclusos apresentam diagnóstico para Perturbação Depressiva Maior e devido à elevada prevalência desta perturbação em contexto prisional, têm sido apontadas diversas explicações para tal, nomeadamente de que se trata de uma resposta funcional para a inadequação social (Nesse, 2000). Neste sentido, o autor sugere que a depressão pode ser vista como uma adaptação e não propriamente como algo patológico. Por exemplo, tal como a febre alerta para algo disfuncional no nosso corpo, as teorias evolucionistas consideram que a depressão é uma resposta funcional para a inadequação social. Segundo o autor, os indivíduos diagnosticados com depressão costumam ter objetivos intangíveis e, neste sentido, Carvalho et al. (2016), num estudo realizado em Portugal, apontam para o facto de esta ser uma possível razão para a elevada prevalência de depressão na população prisional. Como já referido anteriormente, existe um número elevado de reclusos com depressão e, segundo Dudeck, et al., (2011) a sintomatologia deste quadro clínico pode estar relacionada à privação de liberdade, bem como às condições de vida que uma instituição prisional oferece. Segundo os autores, a depressão pode ainda potenciar o risco de suicídio e a automutilação dos reclusos. Os autores verificaram ainda que 50% dos reclusos em amostras nacionais europeias, de acordo com o instrumento de rastreio da depressão (BSI), necessitam de tratamento psicológico.

O suicídio é também uma problemática muito frequente na prisão, tendo vindo a ser alvo de várias investigações (Dooley, 1990). De acordo com o modelo explicativo de “importação de suicídio”, a ideação suicida, ou até mesmo o suicídio, pode ser explicado pelas influências que a própria prisão tem nas características pessoais dos reclusos (Dye & Aday, 2013). Segundo Dudeck et al. (2011), este modelo também dá ênfase ao facto de os reclusos suicidas já terem tido perturbações psicológicas ou mentais anteriormente à entrada na prisão, como depressão e esquizofrenia, o que se torna um elevado fator de risco quando estes dão entrada na prisão. De acordo com a teoria “Three-Step-Theory” de Klonsky e May (2015), a ideação suicida aparece relacionada com os sentimentos de desesperança e dor, progredindo para a sua concretização quando são adquiridas

competências para superar a dor e o medo de cometer suicídio. Assim, os autores referem ainda que a falta de esperança e a dor associada são fatores psicológicos que merecem atenção pois uma atuação preventiva pode precaver estes comportamentos. O motivo para esta população cometer suicídio pode estar relacionado com a sua história pessoal (Sattar & Killias, 2005), mas ainda assim é notável que o motivo mais comum seja o facto destas pessoas não tolerarem mais a reclusão. De acordo com um estudo realizado em prisões da Inglaterra e País de Gales, mais de 30% dos reclusos que cometeram suicídio tinham um histórico de tratamento psiquiátrico, o que realça o facto de haver fatores psicológicos que parecem estar inerentes à motivação para o suicídio (Dooley, 1990). Neste estudo, verifica-se também que a idade é algo que está associado ao suicídio, uma vez que grande parte dos suicídios no contexto prisional ocorrem a partir dos 30 anos de idade. Dooley (1990) refere que provavelmente esta circunstância poderá estar associada ao facto de os reclusos mais velhos terem um histórico de perturbação mental, realçando assim que a doença mental poderá estar também relacionada à taxa de suicídio.

De notar que a perturbação psicótica e a depressão são as perturbações mais frequentes relacionadas com o suicídio (Dooley, 1990; Hassan, et al., 2011), o que vai ao encontro da revisão sistemática realizada por Fazel e Danesh (2002), na qual é evidenciada que grande parte dos reclusos apresentam perturbações psicóticas e depressão major. Em termos sociodemográficos, Sánchez et al. (2017) verificaram, num estudo realizado em Espanha, que grande parte dos reclusos que tentaram o suicídio eram desempregados e solteiros. Ainda neste seguimento, se verificou que fatores familiares e sociais estão relacionados com esta problemática, especialmente no género masculino. De acordo com um estudo em prisões em países Europeus, o suicídio parece ser mais prevalente em reclusos condenados por crimes sexuais, vítimas de abuso sexual, com perturbações psiquiátricas (Ayhan, et al., 2017), bem como em reclusos presos há menos de um ano ou há mais de vinte, o que remete para o facto de que o tipo de crime e tempo de sentença poderem estar relacionados com o risco de suicídio (Rabe, 2012). Com o decorrer do tempo na prisão, os comportamentos autolesivos têm tendência a evoluir para o comportamento suicida (Dudeck, et al., 2011). Segundo Haney (2017), o próprio ambiente de um estabelecimento prisional gera diversas consequências psicológicas, que se podem tornar crónicas e graves, aumentando o risco de suicídio para reclusos com perturbação mental.

Quanto à sintomatologia dos reclusos durante a permanência na prisão, Hassan et al., (2011) realizaram um estudo no qual foi evidenciado que, quando um recluso entra na prisão já com histórico de perturbações psiquiátricas, a sintomatologia não se altera. O mesmo foi sugerido por Blaauw et al., (2007), num estudo realizado na Holanda, com um grupo de reclusos com perturbação psicótica, no qual se demonstrou que a sintomatologia se manteve estável ou com pequenas melhoras. No entanto, Bowler et al. (2018) verificaram,

num estudo realizado na Inglaterra, que o tipo de personalidade e a socialização são fatores que podem ser preditores do aparecimento de perturbação mental nos reclusos, sugerindo que os reclusos preocupados com a sua vida anteriormente à prisão, que tinham dificuldades na socialização ou que reagiam com impulsividade, eram aqueles que tinham uma maior probabilidade de vir a desenvolver uma perturbação mental dentro da prisão

1.1.2. Fatores associados

Bowler et al. (2018) referem que determinadas perturbações mentais estão relacionadas com experiências anteriores de vida, por vezes até mesmo desde a infância do recluso. Com isto os autores pretendem alertar para a importância de perceber os fatores prévios à reclusão, para que a intervenção seja a mais adequada possível. De um modo geral, os fatores de risco mais comuns junto da população reclusa, são as adversidades durante a vida, comportamentos que comprometem a saúde destes e ainda a elevada prevalência de perturbação mental (Alves et al., 2013).

Antecedentes

De acordo com Toman et al. (2015), as experiências antes da reclusão são importantes para entender a adaptação do recluso ao estabelecimento prisional, e neste sentido Altintas e Bilici (2018), num estudo realizado em Istambul verificaram, entre os reclusos, uma elevada prevalência de adversidades familiares na infância. Os autores constataram ainda que grande parte destes reclusos experienciaram negligência emocional (cerca de 68%), física (mais de 30%), bem como abusos sexuais. Neste sentido, no estudo citado procurou-se avaliar a relação entre experiências traumáticas vividas na infância e o comportamento violento, verificando-se que os reclusos que tinham passado por momentos traumáticos na infância, consumiam substâncias, bem como tinham cometido crimes de abuso sexual (Altintas & Bilici, 2018).

A presença de perturbações mentais graves, como as psicóticas, o abuso de consumo de substâncias e a reincidência, são problemáticas que aumentam significativamente a prática de crimes violentos (Persson et al., 2017; Vicens et al. 2016), sendo que Vicens et al. (2016) verificaram ainda que a presença de perturbações mentais em conjunto com o consumo de substâncias, aumenta a probabilidade destes crimes, ainda que os autores acreditem que as substâncias psicoativas levem ao crime violento e não propriamente a perturbação mental (que apesar de ser um fator de risco é agravada por este consumo). Neste mesmo estudo realizado em Espanha, constatou-se que grande parte dos reclusos que tinham cometido crimes violentos eram divorciados ou solteiros, tinham baixa escolaridade, bem como tinham ficado desempregados antes da reclusão. Assim, de acordo com a WHO (2007), é comum alguns dos reclusos já apresentarem esta dependência antes

da sua entrada na prisão, mas um vasto número realiza os primeiros consumos neste contexto. Boys, et al. (2002), num estudo realizado em Inglaterra e no País de Gales, evidenciaram que, quantos mais diagnósticos de perturbações psiquiátricas o recluso tiver, maior é a probabilidade de este vir a consumir heroína ou cocaína na prisão. Os autores verificaram, ainda, que os divórcios são também um fator que contribui para um maior consumo de cocaína na prisão.

Contexto Prisional

Carvalho et al. (2016) referem que a entrada na prisão pressupõe uma adaptação a um novo contexto, com mudanças físicas e sociais, no qual o indivíduo não se vai reconhecer inicialmente, havendo reclusos que interagem com este novo ambiente de forma a adaptarem-se, mas outros apresentam dificuldades neste sentido. De acordo com os autores, quando o processo de adaptação é problemático, no qual o indivíduo não consegue lidar nem se adaptar ao contexto prisional, há uma forte probabilidade desta inadaptação vir a tornar-se uma problemática, podendo levar a patologias profundas, como a depressão e perturbação de ansiedade. Os autores enfatizam o facto de estes reclusos adotarem estratégias de adaptação inadequadas, que provavelmente já advêm da vulnerabilidade depressiva do sujeito.

Para além dos problemas de adaptação que podem surgir, na própria prisão há uma exposição a diversos fatores que podem prejudicar a saúde mental dos reclusos, como a existência de ambientes pouco higiénicos e desgastantes, a violência (física e verbal), a acessibilidade a drogas ilícitas, a falta de privacidade, a solidão, o atendimento médico inadequado e a privação de oportunidades de relaxamento (WHO, 1998; Mansoor et al., 2015). Todos estes fatores aumentam a probabilidade de o sujeito desenvolver uma perturbação mental no início da reclusão (Anderson, 2004; Mansoor et al., 2015).

Desta forma, a prisão, por si só, pode ser vista como um fator de risco, uma vez que, para além de ser uma situação forçada para o indivíduo (Carvalho et al., 2016), também restringe a liberdade do recluso, o que leva à perda de autonomia, relacionamentos sociais, do emprego, bem como um afastamento da família (Mansoor et al., 2015; Bowler et al., 2018). Como uma forma de se protegerem deste ambiente ofensivo, é comum os reclusos controlarem, e até mesmo interromperem as suas próprias reações emocionais (Carvalho et al., 2016). Assim, num estudo realizado na Alemanha (Klatt et al., 2016) com jovens reclusos, verificou-se que para além do ambiente proporcionado por estes estabelecimentos, também o consumo de substâncias, as crenças violentas, bem como um mau relacionamento entre funcionários e reclusos, influenciam o comportamento violento e a violência sexual dos reclusos. Num estudo português, também se verificou que o

consumo de substâncias psicoativas e a agressividade influenciam o recluso a cometer infrações na própria prisão (Gonçalves & Gonçalves, 2012).

De acordo com Klatt et al. (2016) as práticas utilizadas nos estabelecimentos prisionais alemães, tal como o próprio meio prisional e o consumo de substâncias, influenciam a violência sexual dos reclusos. Num estudo português, também se verificou que o consumo de substâncias psicoativas e a agressividade influenciam o recluso a cometer infrações na própria prisão (Gonçalves & Gonçalves, 2012).

Durcan (2008) refere que os fatores de risco para o desenvolvimento de uma perturbação mental neste contexto podem estar relacionados com diversos fatores como: a separação da família; o bullying sofrido nestas instituições bem como a incompatibilidade com o colega de cela; o facto de não ter ninguém em quem confiar; a falta de atividades de entretenimento; a preocupação com a libertação, a autoagressão, e ainda a dificuldade em ter acesso a psicoterapia e aconselhamentos. Todos estes fatores proporcionam uma inibição afetiva e, conseqüentemente, levam a que haja por parte do recluso uma sobrecarga emocional, desconfiança e agressividade, deixando-o vulnerável a comportamentos desadequados e à manifestação de sintomatologia psicopatológica (Arroyo & Ortega, 2009)

Haney (2017) alerta para o facto das perturbações mentais nos estabelecimentos prisionais, também se revelarem uma vulnerabilidade psicológica para o recluso pois, para além da própria sintomatologia da doença já comprometer a saúde e bem-estar do mesmo, o funcionamento a nível social e psicológico é também desafiado. De acordo com o autor, os reclusos com perturbação mental são mais sensíveis, e, portanto, tendem a reagir mais facilmente com ansiedade e dor emocional a ambientes punitivos, estando vulneráveis à deterioração de outras dimensões mentais, emocionais e físicas.

Suporte Percebido

Segundo uma revisão sistemática realizada por Claire e Dixon (2016), as visitas aos reclusos acarretam efeitos positivos significativos quer no bem-estar, quer na reincidência, e ainda no comportamento ofensivo. Nesta revisão de literatura, verificou-se que este suporte obteve resultados significativos nas reincidências, uma vez que estes se mantiveram mais tempo na comunidade sem reincidir. Neste sentido Bales e Mears (2008), num estudo realizado em Florida, verificaram que os reclusos que receberam visitas, tiveram menos 30,7% de reincidência do que aqueles que não receberam. Enggist et al. (2014) referem que alguns reclusos têm a perspetiva de que a família é a única fonte de suporte com que podem contar e, por esta mesma razão, é importante que os reclusos possam manter o contacto com as suas famílias e preferencialmente manter redes sociais saudáveis.

O facto de os reclusos receberem visitas dos seus familiares acarreta diversos benefícios, quer em termos de saúde física quer na saúde mental dos mesmos, uma vez que

reduz a ansiedade vivida pelo recluso, podendo, desta forma, ajudar os reclusos a cometerem menor número de comportamentos repreensivos, melhorar a interação social (Connor & Tewksbury, 2015), e ainda aumentar a probabilidade de uma reintegração positiva na comunidade (Meyers et al., 2017; Enggist et al., 2014). Num estudo realizado em Portugal, Gonçalves e Gonçalves (2012) verificaram que aqueles que tinham menor número de visitas, eram os que estavam envolvidos na criminalidade, o que pode indicar que houve uma quebra de relações entre o recluso e a sua rede de suporte familiar e social. Os autores verificaram, ainda, que estes reclusos apresentavam maior agressividade na prisão, o que para além de indiciar um fator de risco para um estilo de vida antissocial, também pode gerar uma maior probabilidade de reincidência no crime.

Segundo Sampson et al. (2006), o relacionamento conjugal pode trazer vários benefícios para o recluso, uma vez que cria mudanças significativas na vida de uma pessoa, pois cria no sujeito um sentimento de pertença, bem como uma espécie de obrigação de família, ou seja, é comum um relacionamento significar o assumir de uma responsabilidade, de cuidar e de ser cuidado, especialmente quando entram filhos nesta equação. Desta forma, torna-se vantajoso o recluso manter a relação com o/a seu/sua parceiro/a, pois pode contribuir para que o recluso diminua os comportamentos criminosos, opte por companhias mais positivas neste contexto, acabando por influenciar de modo positivo o comportamento do recluso (Claire & Dixon, 2016). Segundo Apel et al. (2009) o divórcio tem também tendência a aumentar em reclusos que não tenham filhos e que tenham cometido crimes mais graves.

Num estudo realizado em Espanha, verificou-se que há determinadas características que se associam a uma melhor saúde mental nos reclusos, sendo elas: maior sociabilidade, pouco tempo para atingir a liberdade condicional, ser estrangeiro e ter uma maior satisfação sexual (Carcedo et al., 2015). Torna-se importante referir que, neste mesmo estudo, verificou-se que a satisfação sexual é um preditor de saúde a nível psicológico, mas para aqueles reclusos que padecem de abstinência sexual, ou seja, os reclusos privados de relações sexuais é que sofrem consequências negativas a nível psicológico. Segundo estes autores, para além de melhor saúde mental, parece que elevados níveis de satisfação sexual oferecem também bem-estar psicológico.

Carcedo et al. (2015) verificaram que os reclusos que sofrem de abstinência sexual referem mais vezes no seu discurso temas relacionados com o bem-estar sexual, bem como expressam mais raiva, levando os autores a acreditar que eles projetam estes assuntos devido à importância que lhes dão. Um outro aspeto notado por Connor e Tewksbury (2015), é que parece que quanto maior a escolaridade do recluso, maior probabilidade há de este receber visitas, provavelmente pelo facto de a educação ser um fator de aproximação entre o recluso e o seu meio de suporte social e familiar.

Como já referido anteriormente, quando o recluso entra para o estabelecimento prisional, existem diversos aspetos que podem prejudicar a saúde mental dos reclusos e a adaptação, como a privação de liberdade, de autonomia, de bens, bem como a própria negação de relacionamentos, o que provoca no recluso o sentimento de perda de uma fonte de suporte social que, neste caso, é o seu conjugue (Barth, 2012).

Em suma, para além de todos os aspetos positivos referidos anteriormente acerca das visitas aos reclusos, torna-se também importante realçar o facto de que a própria institucionalização também pode comprometer, ainda que não intencionalmente, a relação, podendo prejudicar a formação da família e até mesmo comprometer a progressão para o casamento, levando à interrupção casamentos considerados intactos e aumentando o risco de divórcio (Apel et al, 2009; Claire & Dixon, 2015).

Duração da Pena

De acordo com um estudo realizado por Madzharov (2016) com a população penitenciária da Bulgária, os resultados indicam que cada faixa etária acarreta diferentes determinantes psicológicas, o que se torna essencial perceber para que se adeque as intervenções necessárias nesta população. Assim, de acordo com os autores, entre os reclusos adultos (grande parte deles são reincidentes), geralmente verifica-se um cansaço perante a vida prisional, havendo um distanciamento da criminalidade. Os autores referem ainda que nos idosos é comum verificar-se uma regressão a nível biológico, psicológico e social, em que as funções mentais básicas ficam prejudicadas, provocadas pelo isolamento vivido neste ambiente, bem como se verifica uma maior prevalência de perturbações mentais (Moschetti, et al., 2015). Já nos reclusos mais jovens parece haver uma maior probabilidade destes se envolverem na criminalidade, pois para além desta ser uma faixa etária onde é comum haver crises de identidade, o próprio ambiente prisional também influencia um desenvolvimento menos saudável (Madzharov, 2016; Toman et al., 2015; Valentine et al., 2015). De acordo com o verificado num estudo realizado em Inglaterra por Mitchell e Latchford (2010), os reclusos mais velhos são aqueles que procuram mais ajuda, o que, segundo os autores, pode ser explicado por estes não terem tantas fontes de apoio informal como os reclusos mais jovens, e não propriamente devido à idade. Para além dos reclusos mais velhos, num estudo realizado na Nova Zelândia, verificou-se que aqueles que tinham mais anos de educação e que tinham algum contacto prévio com um profissional de saúde mental, também eram aqueles que tinham maior intenção de procurar ajuda a este nível (Skogstad et al., 2006).

De acordo com um estudo realizado na Alemanha por Toman et al. (2015), parece haver evidências de que a duração da sentença acarreta implicações para os reclusos. Assim,

segundo os autores, verifica-se que quanto maior a sentença, maior é o comportamento desviante nos primeiros seis meses de reclusão.

Ainda neste tópico torna-se importante abordar o tema da reincidência, em que de acordo com um estudo realizado na Suíça, variáveis como o número de condenações, o facto de serem jovens reclusos, o tipo de crime, antecedentes criminais e o consumo de substâncias psicoativas, são determinantes para tal ocorrência (Pflueger et al., 2015). De acordo com os autores, parece que as perturbações de personalidade e o consumo de substâncias estão também associados à reincidência, ressalvando que não se incluíram as perturbações psicóticas, pois havia poucos reclusos com esta perturbação. Neste sentido, Appleby et al, (2015), concordam que a reincidência é bastante complexa, uma vez que existem diversos fatores que podem aumentar a probabilidade de a mesma vir a acontecer, desde aspetos da personalidade, educação, fatores sociais e psicológicos, incluindo a perturbação mental, uma vez que esta pode comprometer todos estes aspetos referidos.

1.1.3. Satisfação com a prisão

O próprio ambiente do estabelecimento prisional pode gerar um impacto negativo sobre a saúde mental dos reclusos, não apenas àqueles já com problemas do foro psicológico, como também perante reclusos em que não se verifiquem estas problemáticas (Armour, 2012; Goomany & Dickinson, 2015; Nurse et al., 2003). Por esta razão revela-se essencial encontrar um equilíbrio entre as necessidades dos reclusos e os princípios de gerenciamento da prisão (Goomany & Dickinson, 2015).

De ressaltar que ainda existem poucos estudos relativamente aos efeitos do ambiente prisional na saúde mental os reclusos, pois poucos estudos incidem somente nesta questão, surgindo apenas como uma reflexão final (Walker, et al., 2013). Ainda assim, Mitchell e Latchford (2010) salientam que a perceção de saúde mental é explicada através de fatores sociais e ambientais, não podendo ser atendidos isoladamente. Verifica-se que a satisfação com a prisão pode depender de diversos fatores, como o isolamento, o uso inadequado de substâncias ilícitas, o maltrato moral, inibição do contacto familiar e longos períodos de encarceramento, o que parece influenciar negativamente a saúde mental dos reclusos (Birmingham, 2003; Nurse et al., 2003). Goomany e Dickinson (2015), referem ainda que, a atitude positiva dos funcionários prisionais pode promover positivamente a saúde mental dos reclusos.

De acordo com uma revisão de literatura realizada por Mansoor et al. (2015), baseada em estudo de países ocidentais, verificou-se que há aspetos do ambiente prisional que podem influenciar a saúde mental dos reclusos, como o tipo e duração de sentença, o crime cometido, bem como o número de reclusos com que partilha a cela.

No contexto português realizou-se um estudo com 75 jovens reclusos (Gonçalves et al., 2016), no qual se constatou que os reclusos com reduzida ou nenhuma sintomatologia de perturbação mental, percecionaram o clima prisional positivo, em que o mesmo se verificou nos reclusos que participam em atividades prisionais.

1.1.4. Necessidades dos Reclusos

Com o avançar dos anos, a saúde mental em contexto prisional tem vindo a ser cada vez mais explorada, com o intuito de oferecer os melhores cuidados possíveis aos reclusos (Romeva, et al., 2010). Desta forma, torna-se essencial conhecer as necessidades que estes consideram como fundamentais, para que se possa oferecer o serviço mais adequado, de modo a promover uma melhor saúde mental (Castelletti et al., 2014; Romeva et al., 2010)

Alguns estudos Europeus que utilizaram o instrumento Camberwell Assessment of Need – Forensic Version (CANFOR²), para avaliar as necessidades dos reclusos (Long et al., 2008; Castelletti et al., 2014), verificaram que aquilo que esta população entende como necessidades básicas dentro da prisão passam maioritariamente por aspetos relacionados com a alimentação, atividades diárias na prisão, informação acerca da própria doença e tratamento, bem como o próprio estabelecimento prisional. Contudo, torna-se importante referir que a prisão nem sempre consegue responder a todas as necessidades. Num estudo realizado em Inglaterra, os reclusos identificaram como necessidades não satisfeitas a sintomatologia psicótica e a expressão sexual (Long et al., 2008). Já num estudo Italiano, as necessidades que foram maioritariamente reconhecidas como não atendidas foram relacionadas com aspetos sociais, ansiedade, atividades diárias na prisão, acomodação, e ainda ao nível da informação sobre a saúde (Castelletti, et al., 2014).

Num outro estudo realizado na Inglaterra com reclusos com idade acima dos cinquenta anos, verificou-se que as necessidades mais frequentemente referidas estavam relacionadas com a visão, audição e comunicação (78%), seguidas de questões relacionadas com o tratamento (74%), informação sobre a doença ou tratamento (71%), bem como a alimentação e o dinheiro (68%) (Lorito et al., 2019). Desta forma, parece que a população prisional com mais idade, apresenta uma maior preocupação com a saúde em si, quando comparado com resultados obtidos na Inglaterra e na Itália referidos anteriormente (Long et al., 2008; Castelletti, et al., 2014).

No contexto português, os reclusos consideraram que algumas das necessidades que não são satisfeitas, correspondem a domínios relacionados com a própria segurança e a dos outros, a realização de atividades diárias, bem como a informação sobre o tratamento ou

² Instrumento que avalia as necessidades de pessoas com perturbações mentais, que tenham algum tipo de contacto com serviços forenses.

doença, e sobre os subsídios sociais (Talina, 2013). A ajuda profissional também foi considerada uma necessidade por estes reclusos.

Gonçalves et al. (2016) verificaram num estudo também realizado em Portugal, que os jovens reclusos necessitam de mais ajuda a nível psicológico, quando comparados com a população em geral. Os autores referem também que as necessidades de apoio psicológico aumentam com o decorrer da sentença, sendo que a participação em atividades prisionais leva a uma perceção de um clima positivo no ambiente prisional, o que se repercute numa melhor saúde mental desta população.

Gonçalves e Gonçalves (2012) consideram pertinente criar programas que incluam os visitantes pois, para além de serem de baixo custo, permitem promover as relações interpessoais de origem, o que traz diversos benefícios. Num estudo realizado na Inglaterra, também se verificou a importância que os reclusos dão ao facto de poderem expressar as suas opiniões dentro do estabelecimento prisional (Leaman et al., 2017). Num outro estudo na Inglaterra realizado por Mitchell e Latchford (2010), esta população reconheceu a necessidade de haver mais informação nas prisões sobre a quem recorrer consoante os problemas sentidos, bem como consideram ser importante os funcionários melhorarem as suas atitudes perante os reclusos. Neste sentido, os autores referem que haver reuniões entre os reclusos e os funcionários, pode ajudar a colmatar este problema.

1.1.5. Serviços de Saúde Mental

Segundo Patel, Harvey e Forrester (2018), existem diversas pesquisas sobre a necessidade de apoio psicológico junto dos reclusos, mas quando se fala em colmatar estas necessidades, existem ainda poucas evidências sobre esta prestação de cuidados. O próprio ambiente do estabelecimento prisional condiciona a saúde mental dos reclusos, sendo essencial que estes apresentem condições semelhantes às da comunidade a nível desta prestação de cuidados (Gatherer et al., 2005). Para alguns reclusos, a experiência prisional acaba por causar prejuízos irreversíveis a nível psicológico, o que pode levar a perturbações de stress pós-traumático após a libertação (Haney, 2002). Assim, torna-se congruente a ideia de que nem todos os reclusos se adaptam da mesma forma à prisão, e por esta mesma razão também requerem necessidades específicas neste sentido. Gonçalves e Gonçalves (2012) alertam para o facto de que os reclusos que têm maior dificuldade na adaptação necessitam de maior vigilância e intervenções terapêuticas como a psicoeducação, de modo a se tornarem mais assertivos na resolução de problemas, autocontrolo, entre outras características essenciais ao bem-estar do recluso. Os autores referem ainda que, em Portugal, existe esta tentativa de criar programas prisionais neste domínio, mas ainda são muito reduzidos e não é possível aplicar em todas as prisões portuguesas.

Numa revisão sistemática realizada em treze países Europeus, Blaauw et al. (2000) verificaram que existem prisões com unidades específicas para reclusos com perturbação mental, contudo, uma vez que há muitos reclusos nesta situação, nem todas as prisões conseguem dar resposta a estas problemáticas. Nestes casos é comum transferir estes reclusos para hospitais psiquiátricos, muitas vezes por dúvidas acerca do diagnóstico, mas também por precaução da segurança da população prisional (Gordon & Lindqvist, 2007). Prior (2007) refere que, atualmente, é preferível manter o recluso com perturbações mentais na prisão (preparadas para lidar com perturbações mentais) do que transferir para hospitais psiquiátricos, uma vez que estes podem ver a sua liberdade reduzida, e ainda serem tratados de forma diferente do que os outros reclusos. Segundo o autor, estes reclusos devem receber uma intervenção adequada para a sua perturbação, bem como ter os mesmos direitos que um paciente não recluso num hospital psiquiátrico. Prior (2007), realça que os países Europeus estão preparados para incorporar os procedimentos necessários para que as pessoas com perturbação mental usufruam dos direitos humanos, quer na justiça criminal, quer nos sistemas de saúde.

Contudo, de acordo com Sampson et al. (2016), o desvio do recluso para um hospital psiquiátrico nem sempre é possível, tal como acontece, por exemplo, na Croácia, Alemanha, Itália, Lituânia, Países Baixos e Sérvia. Segundo os autores, nestes países, quando se verifica que um dos reclusos necessita de uma intervenção psicológica, estes são atendidos pelos serviços psiquiátricos fornecidos pelo próprio estabelecimento prisional, ou então são encaminhados para hospitais prisionais específicos. Quando os reclusos completam o tratamento estipulado nestes hospitais, então regressam à prisão para completar a sentença que lhes havia sido estipulada, algo que não acontece em países como a Finlândia, Itália, Letónia, Lituânia, Polónia e Portugal, uma vez que aqui, os reclusos retornam para a comunidade ou são direcionados para instalações com menor segurança (Sampson et al., 2016).

Num estudo realizado no norte de Inglaterra, onde se avaliou a perceção dos reclusos sobre saúde mental, reconheceu-se a existência das perturbações mais comuns já referidas anteriormente, mas também se realçaram outras dificuldades que são sentidas neste contexto, como a discriminação, isolamento e a dificuldade em lidar com situações de crise (Mitchell & Latchford, 2010). Quanto às fontes de suporte neste contexto, para além de reconhecerem a importância da família e dos companheiros de cela, também identificaram a necessidade da presença de profissionais de saúde como psicólogos e psiquiatras (Mitchell & Latchford, 2010; Morgan et al., 2004). Mitchell e Latchford (2010) verificaram que os reclusos recorrem aos profissionais consoante a necessidade em si, isto é, caso considerem que necessitam de medicação recorrem, mas caso sintam que estão a ser vítimas de discriminação recorrem aos agentes penitenciários, pois reconhecem que estes irão

precar a sua segurança. Quanto ao setor de psicologia, Morgan et al. (2004) verificaram que os reclusos geralmente demonstram preferência pelas consultas individuais, de seguida o suporte familiar é o mais procurado e, por fim, com menor frequência, as intervenções em grupo. Ainda assim, os autores alertam para a importância das diferentes intervenções, sendo que as intervenções individuais são essenciais, mas intervenções grupais conseguem chegar a um grupo mais alargado de pessoas, o que é vantajoso neste contexto.

Num estudo realizado na Áustria, verificou-se que mais de 20% dos reclusos que cometeram suicídio não foram seguidos pelos serviços de saúde mental, mesmo após terem demonstrado a agentes penitenciários sinais para tal (Fruehwald et al., 2003). Neste mesmo estudo averiguou-se que mais de 60% dos reclusos haviam recebido apoio psiquiátrico, mas os sinais de suicídio foram ignorados. Segundo os autores, estes sinais não devem ser ignorados pelos profissionais de saúde mental, devendo ser imediatamente alvo de uma intervenção preventiva adequada, pelos serviços de saúde mental do próprio estabelecimento prisional, ou então encaminhados para hospitais psiquiátricos com mais experiência nesta problemática. Neste sentido Klonsky e May (2015) referem que alguns tipos de intervenção para prevenir o suicídio passam por reduzir a dor e aumentar a esperança nos reclusos.

No que remete para os agressores sexuais, Sigre-Leirós et al. (2015) analisaram que é comum estes apresentarem características como a insegurança e o medo da rejeição ao nível da intimidade, acreditando que não são amados por ninguém. Por esta razão acredita-se que os agressores sexuais pedófilos recorram a crianças para satisfazer as suas necessidades sexuais, por encararem estas como menos ameaçadoras e vulneráveis (Stirpe et al., 2006). Assim, os autores acreditam que é importante intervir nesta área, com intervenções terapêuticas específicas para os diferentes tipos de agressores sexuais, desenvolvendo habilidades interpessoais de modo a que consigam manter relacionamentos íntimos adequados e saudáveis.

Para além destes resultados, Blauuw et al. (2000), procuraram aprofundar como são realizados os procedimentos de triagem, bem como como são formados os trabalhadores em contexto prisional para detetar perturbação mental e intervir neste sentido em reclusos. Para este fim, os autores realizaram uma revisão sistemática em treze países Europeus, onde verificaram que apenas metade destes países têm funcionários especializados nestas problemáticas. Contudo, Blauuw et al. (2000) verificaram que os diferentes países incluídos neste estudo, adotam estratégias diferentes para lidar com as diferentes perturbações mentais, como por exemplo: na Polónia e na Ucrânia são criados programas de formação para funcionários prisionais; na Finlândia, Malta e Holanda utilizam a política de terem apenas um recluso por cela; na Inglaterra e País de Gales verifica-se a promoção de programas de educação e oportunidades de trabalho; e ainda na Hungria, Holanda, Malta

e Polónia, fornecem enfermarias adequadas para reclusos com dependências de consumo de substâncias.

De notar que cada país adota a sua forma de lidar com a população prisional, o que pode ser útil no sentido de interajuda nestas práticas (Blaauw et al., 2000), para alcançar a melhor intervenção possível. Desta forma, importa salientar que no contexto português, os cuidados de saúde mental são prestados por psicólogos e psiquiatras em regimes de internamento ou consulta externa (Talina, 2013). Ainda assim, um dos grandes desafios que os estabelecimentos prisionais enfrentam atualmente, é o envelhecimento da população prisional, levando a uma maior preocupação com as necessidades de saúde destes (Moschetti, et al., 2015). Segundo os autores, o próprio ambiente prisional acaba por influenciar, de modo negativo, a saúde desta população pois, inicialmente, estes estabelecimentos foram direcionados para pessoas autónomas, e não para aquilo que se necessita atualmente, ou seja, o fornecimento de cuidados diários.

Capítulo II - Metodologia

2.1 Caracterização do estudo e objetivos

O presente trabalho insere-se no Projeto AWARE (2018-2021). Este projeto “*Cross-sectoral awareness building mental health needs in the criminal justice system and on release*”³ é um projeto Europeu que idealiza dar uma resposta à não discriminação, bem como integrar socialmente aqueles que, para além de sofrerem o estigma de encarceração, sofrem de problemas de saúde mental. Assim, procura aprofundar as perceções das necessidades de bem-estar e saúde mental no contexto Europeu, de modo a proporcionar informações relevantes, quer para os técnicos, quer para os reclusos, para uma melhor atuação neste sentido.

No âmbito do presente trabalho, será estudada, no contexto português, a perceção de reclusos sobre a sua saúde mental, bem como a perceção sobre a utilização de serviços de saúde mental, suporte e satisfação com a prisão.

Especificamente, foram definidos os seguintes objetivos:

- Caracterizar dimensões de saúde mental, suporte percebido e utilização de serviços de saúde mental pelos participantes;
- Averiguar a existência de diferenças na perceção de saúde mental em função de fatores sociofamiliares e de utilização de serviços;
- Analisar a experiência atual de apoio em diferentes grupos etários;
- Analisar a associação entre a perceção de saúde mental, suporte percebido, barreiras à utilização de serviços e idade;
- Avaliar a importância preditiva da perceção de saúde mental, perceção de barreiras e fontes de suporte na satisfação com a prisão.

Para este objetivo, foram colocadas as seguintes hipóteses:

- 1) H1: O aumento de preocupações diárias é preditor de uma menor probabilidade de satisfação com a prisão;
- 2) H2: O aumento da perceção de barreiras é preditor de uma menor probabilidade de satisfação com a prisão;
- 3) H3: O aumento de fontes de suporte é preditor de uma maior probabilidade de satisfação com a prisão.

³ Para mais informações acerca do projeto AWARE visite: <http://www.aware-project.org/>

2.2. Variáveis em estudo

Com base nos objetivos definidos, foram estudadas as seguintes variáveis:

Perceção de Saúde Mental

Esta variável foi avaliada com base nas respostas (Sim/Não) à Questão 23 do protocolo, composta por 11 itens referentes a preocupações diárias tradutoras de sintomatologia (e.g. *g) Sinto-me cansado e não tenho energia; i) Sinto-me triste ou sem esperança*). Assim, a dimensão “Preocupações Diárias” foi operacionalizada pelo somatório dos 10 primeiros itens [a) a j)], obtendo-se um índice de consistência interna (Kuder-Richardson 20)⁴ de .683. Quanto maior a pontuação nesta dimensão, maior o número de preocupações diárias dos reclusos (isto é, pior a perceção de saúde mental). Atendendo a que o item 11 desta questão se refere especificamente a problemas de consumo de substâncias, optou-se por considerá-lo separadamente.⁵ A dimensão “Problemas de Adição” foi avaliada numa escala de resposta (Sim/Não) ao item k (*Tenho problemas de adição (drogas/álcool)*). No que diz respeito aos itens l) (...se respondeu “Sim” a alguma das afirmações anteriores, sente que estas o impedem de se envolver na formação e educação na prisão?) e m) (... se respondeu “Sim” a alguma das afirmações anteriores, pensa que estes problemas o podem impedir de voltar a trabalhar ou estudar quando for libertado?), estes foram também analisados separadamente, uma vez que remetem para a gravidade das preocupações diárias, sendo que estes dois itens apenas serão respondidos caso se tenha respondido “sim”, em algum dos anteriores.

Suporte percebido

Esta variável foi avaliada com base em itens da questão 21, referentes ao suporte percebido pelos reclusos face às suas preocupações (*Se se sentisse triste ou deprimido, a quem pediria ajuda?*). Foi operacionalizada através do somatório dos 10 últimos itens [c) a l)], referentes a diferentes fontes de suporte externas dentro e fora da prisão (e.g. *c) Amigos que estão fora; e) Guarda prisional*), tendo-se obtido um índice de consistência interna (Kuder-Richardson 20) de .723. Quanto maior pontuação, maior o número de fontes de suporte percebidas pelo recluso.

⁴ Atendendo ao facto de terem sido utilizadas variáveis dicotómicas, optou-se por utilizar a medida de consistência interna Kuder-Richardson 20 (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

⁵ Embora no questionário este item pertencesse ao mesmo leque de afirmações, considerou-se que a formulação do item (experiência de consumo de substâncias) apresentava uma especificidade relativamente aos anteriores. Por outro lado, a inclusão deste item no cálculo total da dimensão conduziria a uma diminuição na sua consistência interna (.676).

Apoio profissional recebido

Esta variável foi avaliada com base em itens da questão 14, referentes aos tipos de apoio relacionados com a saúde mental (*Alguma vez recebeu algum dos seguintes tipos de apoio relacionados com saúde mental?*). Foi operacionalizada considerando-se os três primeiros itens (*Sessões individuais (psiquiatria, psicologia, outro)*; *Sessões de grupo*; *Terapia por abuso de substâncias*), tendo estes sido codificados numa variável dicotômica, em que “0” representa ausência de terapia fora ou dentro da prisão, e “1” pode remeter-se tanto sessões individuais, como de grupo ou terapia por abuso de substâncias. Para avaliar a experiência atual de apoio, foram considerados os itens da Questão 15, referente ao frequentar terapia atualmente (*Estou, atualmente, em terapia*), a qual é dicotômica, tendo sido codificada em “0”, que representa não estar em terapia atualmente, e “1” que representa o frequentar terapia atualmente. Foram ainda considerados os itens da Questão 16, referente a um pedido de ajuda considerado pelo recluso como não atendido (*Pedi ajuda profissional aos trabalhadores da prisão, mas não a recebi*), na qual “0” representa que esse pedido foi atendido, e “1” que esse pedido não foi atendido, e da Questão 17, referente à recusa de ajuda por parte do recluso (*Os trabalhadores da prisão recomendaram-me ajuda profissional, mas eu não quero ajuda*), na qual “0” representa que o recluso não rejeita essa ajuda, e “1” represente a recusa de ajuda por parte do recluso.

Barreiras à utilização de serviços

Esta variável foi avaliada com base nos itens da Questão 22 (*O que pensa sobre utilizar serviços de saúde mental na prisão?*). Foi operacionalizada através do somatório de 5 itens [a) a d) e g)], referentes a diferentes afirmações tradutoras de barreiras à utilização dos serviços de saúde mental (e.g. a) *Teria medo da falta de confidencialidade*; g) *Penso que a terapia é só para pessoas malucas*), apresentando um índice de consistência interna (Kuder-Richardson 20) de .716. Assim, quanto maior a pontuação, maior é a percepção de barreiras pelos reclusos.

Satisfação com a prisão

Esta variável foi avaliada com base no item da Questão 24 (*No geral, estou satisfeito com esta instituição*), cuja resposta é dicotômica (estar ou não estar satisfeito com a prisão).

2.3. Participantes

A amostra foi selecionada por conveniência, sendo os critérios de inclusão no estudo: estar detido num estabelecimento prisional português, ser do sexo masculino, ter mais de 18 anos e saber ler e escrever.

A amostra é constituída por 136 participantes do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 21 e 68 anos ($M= 38.27$, $DP= 11.408$), sendo as faixas etárias mais prevalentes entre os 31 e 40 (31.1%) e os 21 e 30 (29.6%) (Tabela 1). A grande maioria dos participantes (87%) tem nacionalidade portuguesa, embora também existam participantes de outras nacionalidades. No que diz respeito às habilitações literárias e ocupação, a maioria não completou a escolaridade obrigatória (68.9%) e encontrava-se a trabalhar antes da reclusão (72.6%). No que diz respeito ao estado civil, 50.4% são casados e 63.2% têm filhos.

Tabela 1: Características sociodemográficas da amostra

	Min	Máx.	M	DP
Idade	21	68	38.27	11.408
			N	%
Idade	21-30		40	30.3
	31-40		42	31.8
	41-50		26	19.7
	51-68		24	18.2
Nacionalidade	Portuguesa		114	87.0
	Outra		17	13.0
Completou escolaridade obrigatória	Sim		41	31.1
	Não		91	68.9
Emprego antes da prisão	Sim		98	72.6
	Não		37	27.4
Parceiro	Sim		68	50.4
	Não		67	49.6
Filhos	Sim		86	63.2
	Não		50	36.8

Na tabela 2, encontram-se as características descritivas do cumprimento da pena dos participantes, verificando-se que a duração da sentença varia entre os 7 e 284 meses ($M=72.95$, $DP=45.944$) e que o total da pena cumprida varia de 1 a 170 meses ($M=28.20$, $DP=25.124$). Para 59.3% dos participantes, esta é a sua primeira vez na prisão e 34.8% já reincidiram duas a três vezes.

Tabela 2: Características da pena

	Min.	Máx.	M	DP
Duração da sentença (em meses)	7	284	73.48	46.30
Pena cumprida (em meses)	1	170	27.92	25.106
			N	%
Nº de sentenças	1		78	59.1
	2-3		46	34.8
	4-6		5	3.8
	>6		3	2.3

2.4. Instrumentos

O protocolo de investigação utilizado foi o *Needs Assessment Questionnaire* (Projeto AWARE), instrumento criado no âmbito do projeto. É composto por 24 questões, na sua maioria em formato de resposta dicotómico (SIM/NÃO), cobrindo diferentes tópicos relacionados com saúde mental, bem-estar, serviços de apoio, contactos externos ou satisfação com a prisão.

Os itens utilizados resultam da adaptação de diferentes questionários que avaliam a importância das fontes de suporte para a saúde mental, as atitudes e percepções dos reclusos face aos serviços de saúde mental e as barreiras que impedem os reclusos de procurar estes serviços (Mitchell & Latchford, 2010; Morgan et al., 2004; Morgan et al., 2007), bem como do *feedback* recebido dos parceiros do projeto (que inclui administrações prisionais, universidades e organizações do setor privado). A exequibilidade do presente questionário desempenhou um papel determinante no seu desenvolvimento, tendo sido simplificada a escala de resposta após realização de pré-teste, onde se verificou uma dificuldade dos reclusos na distinção entre os pontos de uma escala tipo Likert.

Neste estudo, foram utilizadas as seguintes questões do referido protocolo:

Questões 1 a 6: Referentes a dados sócio demográficos dos participantes (e.g. idade, escolaridade, estado civil, emprego);

Questões 8, 9 e 10: referentes às características da sentença (como a duração da pena e os meses já permanecidos dentro da prisão) e de reincidência (primeira vez na prisão ou número de vezes anteriores: 2-3; 4-6; + 6);

Questões 14, 15 e 16: referentes ao apoio percebido, sendo a questão 14 constituída por 6 itens, em que os primeiros três constituem o tipo de apoios recebidos (*sessões individuais (psiquiatria, psicologia, outro); sessões de grupo; terapia por abuso de substâncias*); o seguinte, indica se foi dentro ou fora da prisão; de seguida, se esse apoio foi percebido como útil ou não; As questões 15, 16 e 17 são respondidas em formato Sim/Não, nas quais a 15 remete para estar atualmente em terapia (Sim/Não), a 16 remete para um pedido de ajuda, o qual não foi percecionado como atendido (Sim/Não), e a questão 17 refere-se ao facto de ter sido sugerida ajuda profissional, contudo esta foi recusada pelo recluso (Sim/Não);

Questão 21: é composta por 12 itens com um formato de resposta de Sim/Não, referentes a apoios externos fora e dentro da prisão, como por exemplo “guarda prisional” e “amigos que estão fora”;

Questão 22: é composta por 7 itens com um formato de resposta de Sim/Não, referentes à percepção das barreiras à utilização de serviços de saúde mental, com itens como

“Penso que a terapia é só para malucos”, “Teria medo que a informação que desse pudesse ser usada contra mim”, entre outros;

Questão 23: referente à percepção de saúde mental do próprio, composta por onze itens que avaliam sintomatologia depressiva (e.g. “tenho pouco interesse em fazer coisas”, sinto-me triste ou sem esperança”), com um formato de resposta de Sim/Não, e ainda outros dois itens relacionados com a percepção de incapacidade que esses sintomas geram;

Questão 24: referente à satisfação com a instituição prisional, com um formato de resposta de Sim/Não.

2.5. Procedimentos

Os dados foram recolhidos presencialmente, em dois estabelecimentos prisionais Portugueses, por técnicos em contexto prisional que receberam formação no âmbito do projeto e conheciam os seus objetivos. Previamente à administração do protocolo, foi pedido a cada participante a sua colaboração e consentimento informado, assegurando as questões éticas, garantindo o anonimato e confidencialidade das respostas dadas pelos participantes, bem como a inexistência de qualquer risco que pudesse pôr em causa a integridade física ou emocional dos mesmos.

A introdução dos dados na base de dados foi feita no âmbito deste trabalho, assim como a participação numa entrevista a um técnico de um estabelecimento prisional, que apesar de não ter sido utilizada no presente estudo, foi também importante para consolidar conhecimentos acerca do ambiente prisional, bem como para perceber os resultados que a seguir se apresentam e a respetiva discussão.

2.6. Análises estatísticas

Os dados foram analisados através do Statistical Package for Social Sciences SPSS v.25 IBM. Num primeiro momento foram realizadas estatísticas descritivas para caracterizar a amostra, tendo sido calculadas médias e desvios-padrão para variáveis contínuas e frequências simples para variáveis categoriais. De seguida, foram realizados cálculos de estatísticas descritivas, nomeadamente frequências simples, para caracterizar as variáveis em estudo (percepção de saúde mental, suporte percebido e utilização de serviços).

Posteriormente optou-se por recorrer a testes não paramétricos, pois as variáveis consideradas (percepção de saúde mental, suporte percebido e barreiras à utilização de serviços de saúde mental) não assumiram uma distribuição normal, uma vez que o teste de Komogorov-Smirnov obteve um resultado de $p < 0.05$. Desta forma, procedeu-se ao Teste de Mann Whitney para duas amostras independentes, de modo a analisar as diferenças entre

grupos e, de seguida, executou-se a correlação de Spearman, de modo a compreender a associação entre as variáveis em estudo. Por fim, procedeu-se à Regressão Logística Binária para avaliar a importância preditiva das variáveis em estudo com a satisfação com a prisão, uma vez que, de acordo com Landau & Everitt (2004), este é o método adequado quando a variável dependente é dicotómica, na qual, um dos pressupostos implica não requerer uma distribuição normal (Hair et al., 2014).

De ressaltar que, na construção das variáveis, houve alguns reclusos que não responderam a todos os itens, utilizando-se o seguinte critério no tratamento dos valores omissos: consideração das respostas se não exceder 1 valor omissos para variáveis com 5 itens e 2 para variáveis com 10 itens. Ainda se considerou que o volume de dados omissos em alguns sujeitos era consideravelmente elevado, pelo qual se optou pela exclusão de três casos (Hair et al., 2014).

Capítulo III – Resultados

No presente tópico são apresentados os resultados obtidos. Inicialmente será apresentada uma caracterização das dimensões da perceção de saúde mental e suporte percebido. De seguida serão apresentadas comparações da perceção de saúde mental em função de fatores sociofamiliares e fatores relacionados com o apoio profissional. Posteriormente são apresentadas correlações entre a perceção de saúde mental, suporte percebido, barreiras à utilização dos serviços de saúde mental e idade. Na fase final é apresentada uma regressão logística binária entre variáveis como a perceção de saúde mental, o número de fontes de suporte e barreiras à utilização de serviços de saúde mental e a satisfação com a prisão.

3.1. Caracterização das dimensões da perceção de saúde mental, suporte percebido e utilização de serviços

Saúde Mental

No que diz respeito à perceção de saúde mental por parte dos reclusos, foram considerados dois parâmetros de caracterização: número de preocupações diárias reportadas e problemas de adição. Verificou-se que, das 10 preocupações diárias listadas, em média os participantes assinalaram 2.567 preocupações ($DP=2.086$; mínimo 0 e máximo 9).

Analisando separadamente as preocupações diárias, aquela que foi mais frequentemente assinalada (com 52.6% de respostas afirmativas) foi “*Sinto-me um falhado e que deixei a minha família mal*”, seguida da afirmação “*Sinto-me triste ou sem esperança*” (38.3%), enquanto as preocupações menos reportadas foram “*Tenho pensamentos sobre fazer mal a mim próprio*” (10.6%) e “*Tenho problemas com trabalhadores na prisão*” (11.1%).

No que diz respeito aos problemas de adição (drogas/álcool), verificou-se que a grande maioria dos que responderam à questão afirmaram não apresentar problemas a este nível (85.6%) (tabela 3).

Tabela 3: *Frequência dos problemas de adição (drogas/álcool)*

		N (132)	%
Problemas de adição (drogas/álcool)	Sim	14	10.6
	Não	118	89.4

Relativamente à perceção do impacto atual de pelo menos uma preocupação diária, 22.83% dos participantes consideraram que essa(s) preocupação(ões) o impedem de se envolver na formação e educação na prisão. Em relação à perceção do impacto futuro,

22.11% consideram que a(as) preocupação(ões) o vai impedir de voltar a trabalhar ou estudar quando for libertado.

Suporte Percebido

Atendendo à perceção de suporte (a quem o recluso pede ajuda/se dirige se se sentir triste ou deprimido), verificou-se que os participantes referiram em média 4.254 ($DP=2.465$; mínimo 0 e máximo 10) fontes de suporte. Considerando as fontes de suporte mais referidas (tabela 4), verificou-se que 85.3% recorriam a família/parceiro(a), seguindo-se os amigos que estão fora da prisão (53.6%). De entre aquelas a que recorriam menos, destaca-se “voluntário na prisão” (18.7%) e o “padre ou líder religioso” (20.7%).

Tabela 4: *Frequência das fontes de suporte*

		N	%
Amigos que estão fora	Sim	67	53.6
	Não	58	46.4
Colega de cela/outros reclusos	Sim	62	50.0
	Não	62	50.0
Guarda prisional	Sim	41	33.1
	Não	83	66.9
Voluntário na prisão	Sim	23	18.7
	Não	100	81.3
Psicólogo/a, terapeuta	Sim	61	44.9
	Não	64	47.1
Padre /Líder Religioso	Sim	25	20.7
	Não	96	79.3
Pessoal médico (médico/enfermeiro)	Sim	56	45.5
	Não	67	54.5
Técnico superior de reeducação	Sim	64	51.6
	Não	60	48.4
Assistente social	Sim	29	24.0
	Não	92	76.0
Familiar/parceiro(a)	Sim	110	85.3
	Não	19	14.7

Utilização de Serviços

No que diz respeito à utilização de serviços de saúde mental por parte dos reclusos, foram considerados dois parâmetros de caracterização: o apoio profissional recebido e as barreiras à utilização dos serviços de saúde mental. No que concerne ao apoio profissional, a maioria dos participantes (57.4%) refere já ter recebido algum tipo de apoio, seja dentro ou fora da prisão. Dos 78 participantes que referiram já ter recebido algum tipo de apoio, 82.05% tiveram sessões individuais, 33.33% sessões de grupo e 28.21% receberam terapia por abuso de substâncias (Tabela 5). De notar que, atendendo à percentagem cumulativa (superior a 100%) alguns reclusos já receberam mais que um tipo de apoio.

Tabela 5: *Frequência dos tipos de apoios de saúde mental recebidos*

		N (78)	%
Sessões individuais	Sim	64	82.05
Sessões de grupo	Sim	26	33.33
Terapia por abuso de substâncias	Sim	22	28.21

Considerando o local onde tiveram acesso a serviços de saúde mental, verifica-se que 41.7% dos respondentes afirmaram ter tido terapia fora da prisão, 34.69% dentro da prisão e 22.9% em ambos os contextos. Na tabela 6 verifica-se ainda que, 85.1% consideraram que a frequência de terapia teve utilidade.

Tabela 6: *Frequência dos itens relacionados com a terapia*

		N (78)	%
Já fez terapia	Dentro da prisão	17	35.4
	Fora da prisão	20	41.7
	Ambas	11	22.9
	Não responde	30	
Perceção da utilidade da terapia	Sim	40	85.1
	Não	7	14.9
	Não responde	31	

Já no que remete para a experiência atual de apoio, constata-se que uma grande maioria de participantes refere não estar atualmente em terapia (80.5%). Verificou-se também que, 25% dos participantes consideram ter feito um pedido de ajuda que não foi atendido e 12% recusaram receber ajuda que lhes foi proposta pelos profissionais (Tabela 7).

Tabela 7: *Experiência atual de apoio*

		N	%
Atualmente em terapia	Sim	26	19.5
	Não	107	80.5
Pedido de ajuda não foi atendido	Sim	32	25.0
	Não	96	75.0
Recusa de ajuda por parte do próprio recluso	Sim	15	12.0
	Não	110	88.0

Relativamente à perceção de barreiras à utilização de serviços de saúde mental, verificou-se que os participantes referiram em média 1.176 barreiras ($DP=1.395$; mínimo 0 e máximo 5), sendo que a barreira mais frequentemente apontada remete para o item “*Teria medo que a informação que desse pudesse ser usada contra mim*” (38.5%), seguidamente

de “Teria medo da falta de confidencialidade” (35.9%), e a menos referida foi “Penso que a terapia é só para pessoas malucas”(12.2%), tal como se verifica na tabela 8.

Tabela 8: Frequência das barreiras à utilização dos serviços de saúde mental

		N	%
Teria medo da falta de confidencialidade	Sim	46	35.9
	Não	82	64.1
Teria medo de ser visto como um espião, se procurasse ajuda profissional	Sim	26	20.0
	Não	104	80.0
Teria medo de ser visto como um fraco, se procurasse ajuda profissional	Sim	17	13.2
	Não	112	86.8
Teria medo que a informação que desse pudesse ser usada contra mim	Sim	50	38.5
	Não	80	61.5
Penso que a terapia é só para pessoas malucas	Sim	16	12.2
	Não	115	87.8

3.2. Diferenças na perceção de saúde mental em função de fatores sociofamiliares e utilização de serviços

Para averiguar se existem diferenças na perceção de saúde mental (número de preocupações diárias reportadas) em função dos fatores sociofamiliares (escolaridade, emprego antes da reclusão, existência de parceiro e de filhos) e utilização de serviços, recorreu-se ao Teste de Mann-Whitney para 2 amostras independentes.

Tal como se verifica na tabela 9, os resultados revelam que existem diferenças estatisticamente significativas no número médio de preocupações reportadas entre os participantes que têm ou não escolaridade obrigatória ($U=1386.00$, $p=.034$), apresentando os últimos mais preocupações diárias. No que remete para os restantes fatores sociodemográficos, não se verificam diferenças significativas no número médio de preocupações reportadas entre participantes que tinham ou não emprego antes da reclusão ($U=1762.50$, $p=.945$), com e sem parceiro ($U=2126.50$, $p=.700$) e, por fim, com e sem filhos ($U=1912.50$, $p=.382$).

Tabela 9: Teste de Mann-Whitney para 2 amostras independentes: Resultados da perceção de saúde mental (número de preocupações) em função de fatores sociodemográficos

		N	Posto Médio	U	p
Escolaridade Obrigatória	Sim	40	55.15	1386.00	.034
	Não	90	70.10		
Emprego antes da reclusão	Sim	96	67.14	1762.50	.945
	Não	37	66.64		
Parceiro	Sim	66	65.72	2126.50	.700
	Não	67	68.26		
Filhos	Sim	84	65.27	1912.50	.382
	Não	50	71.25		

$p < .05$

Relativamente ao apoio profissional, verificou-se ainda que não há evidência estatística suficiente para afirmar que há diferenças na perceção de saúde mental

(preocupações diárias) entre os participantes que estão atualmente em terapia e os que não estão ($U=1137.00$, $p=.183$) (tabela 10).

Em relação à perceção de atendimento a pedidos de ajuda por parte dos reclusos, na tabela 10 verificou-se ainda que, os participantes que consideram que o seu pedido não foi atendido apresentam significativamente mais preocupações diárias do que aqueles que consideram que o seu pedido foi atendido ($U=848.50$, $p=.000$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na perceção de preocupações diárias entre participantes que recusaram ajuda profissional e os que não recusaram ($U=637.00$, $p=.176$).

Tabela 10: Teste de Mann-Whitney para 2 amostras independentes: Resultados da perceção de saúde mental em função da utilização de serviços

		N	Posto Médio	U	p
Atualmente em terapia	Sim	26	74.77	1137.00	.183
	Não	105	63.83		
Pedido não atendido	Sim	32	84.98	848.50	.000
	Não	95	56.93		
Recusa de ajuda por parte do recluso	Sim	15	73.53	637.00	.176
	Não	108	60.40		

$p < .05$

3.3. Analisar a experiência atual de apoio em diferentes grupos etários

Foi analisada a frequência de participantes atualmente em terapia, dos pedidos de ajuda não atendidos e da recusa de ajuda por parte dos reclusos, em função dos grupos etários. Tal como se apresenta na tabela 11, verificou-se que as faixas etárias entre 51-68 (30.77%) e entre 41-50 (26.92%) são as que apresentam maior frequência de participantes em terapia. Quanto aos pedidos de apoio, verificou-se que as faixas etárias entre os 21-30 (33.33%) e entre 31-40 (30%) têm maior perceção de que os seus pedidos não são atendidos. Por fim, verifica-se que a faixa etária entre os 31 e 40 ano é a mais representada (53.33%) ao nível recusa de ajuda profissional.

Tabela 11: Tabela cruzada entre a idade e a experiência atual de apoio.

	21-30	31-40	41-50	51-68
Atualmente em terapia	23.07%	19.23%	26.92%	30.77%
Pedido não atendido	33.33%	30%	13.33%	23.33%
Recusa de ajuda por parte do recluso	13.33%	53.33%	13.33%	20%

3.4. Associação entre a percepção de saúde mental e o suporte percebido, percepção de barreiras à utilização dos serviços de saúde mental, idade

De seguida serão apresentadas correlações de Spearman entre a percepção de saúde mental e o suporte percebido, a percepção de barreiras à utilização de serviços de saúde mental e a idade dos reclusos. Assim, no que diz respeito à saúde mental e fontes de suporte percebido (no seu conjunto), não se encontrou uma associação significativa entre o número de preocupações diárias e o número de fontes de suporte (Tabela 12). No entanto, quando analisada a relação entre as diferentes fontes de suporte, separadamente, e a percepção de saúde mental, verificou-se que o recurso ao padre/líder religioso, apesar de ser uma associação baixa, se associa positivamente a um maior número de preocupações diárias ($r=.205$, $p=.024$) e, o recurso ao colega de cela ou outros reclusos se correlaciona negativamente com o número de preocupações diárias ($r=-.240$, $p=.007$).

Tabela 12: Correlação entre a percepção de saúde mental e as fontes de suporte

	Amigos que estão fora	Colega de cela/ou reclusos	Guarda prisional	Voluntário na prisão	Psicólogo/a, terapeuta	Padre	Pessoal médico	Técnico superior de reeducação	Assistente social	Nº total de fontes
Percepção de Saúde mental	.018	-.240**	-.104	-.115	-.003	.205*	-.017	.021	-.073	.059

* $p < .01$

** $p < .05$

No que diz respeito à relação entre percepção de saúde mental e de barreiras à utilização de serviços de saúde mental, verificou-se uma correlação positiva estatisticamente significativa (embora baixa) entre as variáveis ($r=.235$, $p=.007$) (tabela 13).

Na tabela 13 verifica-se ainda que, apesar de uma associação fraca, a percepção de suporte associa-se positivamente à idade dos reclusos ($r=.279$, $p=.002$).

Tabela 13: Correlação entre a percepção de saúde mental e a percepção de barreiras à utilização dos serviços de saúde mental

	Suporte Percebido	Percepção de Barreiras	Percepção de Saúde Mental	Idade
Suporte Percebido	-			
Percepção de Barreiras	-.015	-		
Percepção de Saúde Mental	.059	.235**	-	
Idade	.279**	.081	-.067	-

*p<.01

**p<.05

3.5. Avaliar a importância preditiva da percepção de saúde mental, percepção de barreiras e fontes de suporte na satisfação com a prisão

Recorreu-se à regressão logística binária com o objetivo de entender de que forma o suporte percebido, a percepção de saúde mental e a percepção de barreiras à utilização de serviços de saúde mental ajuda a prever a probabilidade de satisfação com o estabelecimento prisional. Os resultados da regressão logística binária indicam que o número de preocupações diárias ($B=-.307$, $s.e.=.106$, $p=.004$ [C.I. 95% = .597 – .905]), e de barreiras (percebidas) à utilização de serviços ($B=-.436$, $s.e.=.160$, $p=.006$ [C.I. 95% = .473 – .884]), apresentam uma relação negativa, na probabilidade da previsão de satisfação com a prisão (tabela 14). Desta forma a OR⁶ indica-nos que, o aumento de um ponto nas preocupações diárias, aumenta por um fator de .735 a probabilidade de o recluso estar mais satisfeito com a prisão. Este resultado fornece elementos que nos permitem não rejeitar a H1, ou seja, o aumento de preocupações diárias parece ser preditor de uma menor satisfação com a prisão. A segunda hipótese remete para a percepção de barreiras à utilização de serviços, sendo que a OR indica que o aumento de um ponto na percepção de barreiras, aumenta a probabilidade de estar satisfeito com a prisão por um fator de .647, o que significa que a satisfação com a prisão diminui, uma vez que o fator é menor que um, rejeitando-se assim a hipótese nula. Já com o suporte percebido, verifica-se uma relação positiva, na probabilidade da previsão da satisfação com a prisão ($B=.205$, $s.e.=.086$, [C.I. 95% = 1.038 – 1.453]), sendo que a OR indica que o aumento de um ponto nas fontes de suporte, aumenta por um fator de 1.228 a probabilidade de estar satisfeito com a prisão, indo ao encontro da terceira hipótese colocada, em que o aumento de fontes de suporte é preditor de uma maior probabilidade de satisfação com a prisão.

⁶ Do inglês, odds ratio, a razão de possibilidades representa a probabilidade de um acontecimento ocorrer em determinado grupo (Hair et al., 2014).

Tabela 14: *Previsão de satisfação com a prisão em função da percepção de saúde mental, percepção de barreiras e número de fontes de suporte com a satisfação com a prisão.*

	B	S.E	Wald	Df	Sig.	Exp (B)	C.I. 95%
Suporte Percebido	.205	.086	5.715	1	.017	1.228	1.038 – 1.453
Percepção de Saúde Mental	-.307	.106	8.402	1	.004	.735	.597 – .905
Percepção de barreiras	-.436	.160	7.445	1	.006	.647	.473 – .884

p<.05

Capítulo IV – Discussão

Atendendo à problemática da saúde mental em contexto prisional, o presente trabalho pretendeu compreender a relação entre a perceção de saúde mental, as barreiras à utilização de serviços e suporte percebido, no contexto português, estudando ainda o impacto destas variáveis na perceção de satisfação dos reclusos com o estabelecimento prisional.

No presente trabalho foram estudados 136 reclusos do sexo masculino, com uma média aproximadamente de idade de 38 anos, o que se revela superior ao encontrado em estudos anteriores em contexto português, nos quais a média varia entre os 32 e os 37 anos (Gonçalves & Gonçalves, 2012; Moreira & Gonçalves, 2010; Penajoia et al., 2015). Ainda, grande parte dos participantes não completou a escolaridade obrigatória, mas encontrava-se a trabalhar antes de ingressar na prisão. Relativamente às características da pena, verifica-se que, para a maioria dos participantes, esta é a sua primeira vez na prisão e, em média, apresentam uma sentença de cerca de 6 anos.

Num primeiro momento pretendeu-se caracterizar os participantes, atendendo à forma como percecionam a sua saúde mental, a que fontes de suporte consideram recorrer no caso de necessitarem de ajuda e qual a sua perceção relativamente aos serviços de saúde mental. Quando analisada a perceção de saúde mental, verificou-se que, embora em média os participantes não apresentem um número elevado de preocupações (aproximadamente 2.5), mais de metade referiu sentir-se “*um falhado e que deixei a minha família mal*” e cerca de um terço reportou sentir-se “*triste ou sem esperança*”. Com efeito, ambos os itens remetem para sentimentos de culpabilidade e tristeza, podendo ser sugestivos de sintomatologia associada a um quadro de perturbação depressiva (APA, 2014), que, por sinal, é uma das perturbações mais frequente no contexto prisional (Carvalho et al., 2016; Fazer et al., 2016; Talina et al., 2013), verificando-se uma prevalência de 5,67% em Portugal (WHO, 2017). Neste sentido, e relativamente ao contexto português, Dudeck et al. (2016) sugerem que a sintomatologia depressiva no contexto prisional pode estar relacionada com o próprio ambiente prisional, como a privação de liberdade, que em casos extremos, pode levar à automutilação ou até mesmo ao suicídio. Deve-se notar ainda que, embora a afirmação “*tenho pensamentos de fazer mal a mim próprio*” tenha sido a menos cotada, representa, ainda assim, 10,6% da amostra. Este é um item que, pelo seu carácter sugestivo de ideação suicida, deve ser tido em atenção, pois, para além de ser uma problemática frequente neste contexto, de acordo com Dudeck et al. (2011), as perturbações psicológicas, como a depressão, podem representar um fator de risco para o suicídio.

Quanto ao consumo de substâncias, a grande maioria dos participantes refere não ter problemas de consumo de substâncias, o que contraria o apresentado na revisão de literatura de Blauuw et al. (2000), que aponta que as perturbações relacionadas com o consumo de substâncias são as mais prevalentes neste contexto (15 a 56%). Moschetti et al. (2015) alertam, porém, que as percentagens reduzidas podem refletir o facto de muitos reclusos que consomem não considerarem ter um problema de adição, o que pode ajudar a explicar os resultados obtidos no nosso estudo. No entanto, se por um lado as reduzidas percentagens podem refletir o facto dos reclusos não admitirem esta adição, por outro, ao analisarmos os participantes que já tiveram terapia, verifica-se que cerca de 28% já tiveram terapia por abuso de substâncias, o que pode sugerir que estes reclusos já tiveram problemas de adição.

Quando analisado o impacto das preocupações diárias na vida dos participantes, é de notar que cerca de 22% dos respondentes percecionam que estas preocupações têm um impacto na atualidade (impedindo-os de se envolver em atividades formativas e de educação na prisão), percecionando que, este impacto, se manifestará igualmente no futuro (impedindo-os de voltar a trabalhar e estudar quando forem libertados), o que pode significar que, apesar da média de preocupações diárias ser relativamente baixa, estas são percecionadas como impactantes na vida (atual e futura) da pessoa. Neste sentido, tal como Haney (2002) refere, para alguns reclusos a experiência prisional acaba por causar prejuízos irreversíveis ao nível psicológico, e por essa mesma razão, mais do que o número de preocupações diárias (refletida na média dos resultados), que neste estudo traduzem uma pior perceção de saúde mental, importa perceber que, para um número considerável de participantes, estas são impactantes na vida atual e futura, o que se pode refletir nas dificuldades na perceção de saúde mental, traduzindo-se numa pior perceção desta.

Relativamente ao suporte percebido, verificou-se que a fonte de suporte à qual os participantes recorrem com maior frequência é a família/parceiro(a), o que vai ao encontro da literatura que evidencia que os reclusos reconhecem a importância da família enquanto fonte de suporte, por vezes até como única. Ainda assim, é comum, neste contexto, os indivíduos recorrerem as diferentes fontes consoante as suas necessidades (Enggist et al., 2014; Mitchell & Latchford, 2010; Morgan et al., 2004), verificando-se também na presente amostra o recurso a outras fontes de suporte (e.g. colegas de cela, profissionais ou guardas prisionais), contudo com menor frequência que a anterior.

Quanto à utilização de serviços, verifica-se que a maioria dos participantes já recebeu algum tipo de apoio profissional em saúde mental (terapia), sendo que a grande maioria percecionou que este teve utilidade. As sessões individuais são aquelas que se destacam como as mais frequentadas em comparação com as sessões em grupo, o que vai ao encontro da literatura que refere que os reclusos demonstram preferência pelas consultas

individuais, e só numa última instância, recorrem às sessões em grupo (Morgan et al., 2004).

No que remete para a experiência atual de apoio, a grande maioria dos participantes não se encontra em terapia atualmente, ou seja, no contexto prisional. A este respeito, Dudeck et al. (2016) alertam para a necessidade de apoio, uma vez que, num estudo Europeu (Bélgica, Croácia, Dinamarca, Inglaterra, Finlândia, França, Alemanha, Lituânia, Polónia, Espanha e Suíça) constataram que, em cada amostra nacional, 50% dos participantes necessitam de apoio psicológico. Neste sentido, é de notar que cerca um quarto da amostra no nosso estudo percebe que os pedidos de ajuda não são atendidos, o que pode ser explicado pelo facto de haver uma oferta com limitações no que respeita a cuidados ao nível psicológico no contexto prisional (Patel et al., 2018). Contudo é interessante notar que 12% recusaram receber ajuda profissional, o que, se por um lado, a baixa frequência de reclusos que frequentam atualmente terapia por uma limitada prestação de apoio psicológico, por outro, também a perceção de pedido de ajuda não atendido e a recusa pelo próprio recluso deste apoio, o pode explicar.

No que concerne às barreiras à utilização de serviços, Morgan et al. (2004) refere que estas podem estar relacionadas com o facto de alguns reclusos acreditarem que este tipo de apoio é apenas para pessoas malucas, ou então mesmo, com receio de que a confidencialidade seja quebrada ou que a informação que forneceram possa ser utilizada contra eles. É interessante notar que, no presente estudo, o receio de que a informação seja utilizada contra si foi a barreira à utilização de serviços de saúde mental mais frequentemente referida (38.5%), seguida do receio relativo à falta de confidencialidade (35.9%). No entanto, a perceção de que a terapia é apenas para pessoas “malucas” foi a barreira menos reportada pelos reclusos, o que pode estar relacionado com o facto de, por um lado, um elevado número de participantes já ter tido terapia anteriormente, e do facto de a grande maioria ter considerado esta como útil, o que pode sugerir uma menor estigmatização acerca dos apoios de saúde mental.

Um segundo objetivo prendeu-se com a análise das diferenças na perceção de saúde mental em função de fatores sociofamiliares. Verificou-se que os reclusos que não têm a escolaridade obrigatória são os que apresentam pior perceção de saúde mental, quando comparados com os que têm escolaridade obrigatória. Embora no presente estudo não tenha sido avaliado o nível de escolaridade dos reclusos, a literatura tem sugerido que um maior número de anos de escolaridade possa servir como um fator protetor na saúde mental em geral (Crespo et al., 2014), bem como estar relacionado com uma maior procura de apoio profissional no contexto prisional (Skogstad et al., 2006). De acordo com Sampson et al. (2006), a existência de um relacionamento conjugal e de filhos parecem ser dois fatores que contribuem para um sentimento de pertença e até o assumir de responsabilidades,

acarretando benefícios para o recluso, especialmente ao nível comportamental. Contudo, no presente estudo não se verificaram diferenças na perceção de saúde mental relativamente a estes fatores sociofamiliares.

Relativamente ao apoio profissional recebido, na presente amostra não se verificam diferenças significativas na perceção de saúde mental entre os reclusos que estão atualmente em terapia e os que não estão. No entanto, verifica-se que aqueles que pediram ajuda profissional e indicam que a mesma não foi recebida, apresentam pior saúde mental. Daqui advém a importância de conhecer as necessidades que os reclusos reconhecem como essenciais, para que se possa fornecer os serviços adequados e, assim, promover uma melhor saúde mental (Castelletti et al., 2014; Romeva et al., 2010).

Num estudo realizado na Bulgária, analisou-se a importância de adequar o tratamento psicológico consoante a idade dos reclusos, pois as diferentes faixas etárias parecem estar associadas a diferentes características psicológicas (Madzharov, 2016). Embora não tenha sido analisada a existência de diferenças atendendo ao número reduzido, os dados podem sugerir que, a maioria dos reclusos que se encontram atualmente em terapia, são os mais velhos (sendo que mais de metade dos participantes estão entre os 41 e os 68 anos), o que vai ao encontro da literatura, uma vez que parece que os reclusos idosos são aqueles que procuram mais ajuda profissional (Moschetti, et al., 2015). No que remete para os participantes mais jovens, estes são aqueles que de alguma forma, se sentem não atendidos, ou porque de facto não são atendidos, ou porque os próprios recusam essa ajuda profissional. Estes resultados podem explicar o facto de os jovens serem aqueles que menos se encontram atualmente em terapia. Ainda assim, é fundamental notar que a prevenção nesta problemática é essencial, bem como intervenções precoces, pois contribuem para melhorar as condições de saúde, bem-estar e adaptação dos reclusos (Leaman et al., 2017; Gonçalves & Gonçalves, 2012).

Quando analisada a relação entre saúde mental e suporte percebido, verificou-se que um maior suporte do colega de cela se associa a uma perceção de melhor saúde mental (menor número de preocupações diárias). Neste âmbito, a literatura tem evidenciado que os companheiros de cela são considerados como uma das fontes de suporte fundamentais neste contexto, tal como a família (Mitchell & Latchford, 2010; Morgan et al., 2004). Já no que diz respeito ao suporte religioso (“padre/líder religioso”), este surge no nosso estudo associado a um maior número de preocupações (perceção de pior saúde mental), o que pode sugerir que, quando confrontados com um maior número de preocupações diárias, os participantes optam por recorrer ao apoio religioso.

No que diz respeito às barreiras à utilização de serviços de saúde mental, a literatura aborda algumas questões que condicionam a sua utilização, como a experiência anterior de terapia e estigmatização dos serviços de saúde mental (Morgan et al., 2004; Morgan et al.,

2007). No presente estudo, verificou-se que quanto maior a percepção de barreiras à utilização destes serviços, pior a percepção de saúde mental, o que pode sugerir que o medo da quebra de confidencialidade e que a informação seja utilizada contra si, são barreiras que condicionam a frequência de terapia e, conseqüentemente, pode levar a uma pior saúde mental do recluso.

No que remete para idade, verifica-se também que, com o aumentar da idade dos participantes, verifica-se uma maior rede de suporte (i.e. família/parceiro; amigos que estão fora da prisão, etc), o que contraria a literatura, uma vez que esta sugere que, com o aumentar da idade, a procura de apoio psicológico também aumenta, sendo uma das razões, o decréscimo de fontes de suporte, nomeadamente pais e outros membros da família (Mitchell & Latchford, 2010).

Por fim, no que concerne à satisfação com a prisão, este é um conceito que não deve ser entendido isoladamente, uma vez que existem diversos fatores (como a restrição ao contacto familiar, longos períodos de encarceramento, entre outros), que podem influenciar negativamente a percepção de saúde mental dos reclusos (Birmingham, 2003; Mitchell & Latchford, 2010; Nurse et al., 2003). Verifica-se no presente estudo que quanto menor o número de preocupações diárias, maior a probabilidade de os reclusos se encontrarem satisfeitos com a prisão. Ainda acerca da satisfação, no presente estudo constatou-se que os reclusos que percecionam um maior número de barreiras à utilização de serviços de saúde mental têm uma menor probabilidade de estar satisfeitos com a prisão. Nomeadamente, por cada fonte de suporte adicional, a probabilidade de satisfação com a prisão aumenta em 23% nos reclusos da nossa amostra, o que vai ao encontro de um estudo realizado por Balogun (2014), em que, a par de outras características (e.g. personalidade), o suporte social percebido contribui para a felicidade dos reclusos.

O presente trabalho apresenta algumas limitações que importa referir. Uma das limitações prende-se com o facto de se tratar de um estudo transversal, o que implica que a recolha de dados tenha sido realizada num só momento, e por essa mesma razão, a informação obtida é limitada. Uma outra limitação consiste no facto de ser uma amostra por conveniência, limitada a dois estabelecimentos prisionais, o que pode traduzir apenas uma realidade distrital. As características do instrumento de recolha de dados constituem uma outra limitação, uma vez que é composto por questões cuja resposta é, maioritariamente, em formato dicotómico (SIM/NÃO). O facto de o questionário ter estas características, não permitiu realizar outro tipo de análises, bem como colocou desafios na operacionalização das variáveis. Como tal, a leitura dos dados que apontam para resultados compósitos deve ter em conta os limites inerentes à forma como as variáveis foram operacionalizadas. A utilização de um instrumento criado de raiz, limita também a comparação com outros estudos. Ainda assim, embora esta seja uma limitação, esta escolha

compreendeu a exequibilidade do estudo para este tipo de população, apresentando a vantagem de ser de rápida e fácil aplicação. Atendendo ao contexto em que foi realizado o presente estudo, a desejabilidade social pode ter sido também uma outra limitação, uma vez que, tal como os resultados demonstram, o receio da quebra de confidencialidade está presente entre os reclusos, podendo ter enviesado algumas das respostas.

Em estudo futuros, sugere-se que, através da análise do efeito mediador do impacto percebido, atual e futuro, na relação entre as preocupações diárias (saúde mental), a satisfação com a prisão ou o bem-estar do recluso, se possa contribuir para o tópico da saúde mental em contexto prisional.

Capítulo V - Considerações finais

O presente estudo realça o contexto português numa temática que já tem vindo a ser estudada noutros países Europeus. Assim, um dos contributos deste estudo remete para o facto de este ser pioneiro num estudo sobre a perceção de barreiras à utilização de serviços de saúde mental e sobre a satisfação dos reclusos, no contexto português.

Entender o impacto que as preocupações diárias geram nos reclusos, é outro contributo deste estudo, uma vez que estas questões podem ajudar a entender e atuar na reincidência, ressocialização e até mesmo na reintegração do recluso na sociedade. Neste sentido, entender este impacto percecionado pelos mesmos pode sugerir uma atuação a este nível, no sentido de melhorar os serviços de saúde mental, bem como estimular os reclusos a participar na formação, diversificar as ofertas formativas, entre outros.

Ao nível das fontes de suporte, o presente estudo veio demonstrar a importância dos familiares ou parceiros para os reclusos. Assim, de forma a estimular esta relação, sugere-se promover, ainda mais, o contacto com a família. Contudo isto tem implicações para o funcionamento das prisões, uma vez que implica atuar na gestão das visitas, telefonemas, entre outros possíveis momentos de contacto (e.g., visitas íntimas).

No que diz respeito às implicações, verifica-se neste estudo que a questão central relativa às barreiras à utilização dos serviços de saúde mental, não se prende com o estigma desta problemática, mas sim com aspetos relativos à autopreservação, tais como a confidencialidade e que a informação fornecida seja utilizada contra si. Por esta razão torna-se necessário haver, nestes estabelecimentos, bons serviços de saúde mental com profissionais especializados (Blaauw et al., 2000), verificando-se a importância de alertar os psicólogos clínicos, neste contexto, no sentido de clarificarem junto dos reclusos os aspetos relativos à confidencialidade presente no código deontológico dos psicólogos. É importante que o recluso entenda a diferença entre a relação profissional estabelecida com o/a psicólogo/a clínico/a da relação estabelecida com outro profissional em meio prisional ou no contexto de uma perícia forense, por exemplo.

Uma outra implicação remete para o facto do recluso, quando confrontado com problemas, parecer procurar mais o suporte familiar ao invés do staff prisional, pelo qual se podem sugerir ações que promovam a relação dos reclusos com os técnicos, melhorando o índice de confiança, de modo a fomentar, nos reclusos, uma maior procura dos técnicos da prisão. Daqui advém a importância de conhecer as necessidades que os reclusos reconhecem como essenciais, para que se possa fornecer os serviços adequados e, assim, promover uma melhor perceção de saúde mental (Castelletti et al., 2014; Romeva et al., 2010). Neste sentido, Mitchell et al. (2010), realçam que os reclusos jovens devem receber

uma intervenção direcionada para o crescimento pessoal positivo, de modo a limitar a criminalização; já os adultos necessitam de desenvolvimento interpessoal, procurando manter relações sociais positivas com os familiares, bem como trabalhar a reflexão construtiva sobre a decepção e frustração vividas; já nos reclusos idosos há uma necessidade acrescida de aconselhamento e suporte, havendo uma maior preocupação com a saúde.

Ainda para colmatar a sensação de pedido de ajuda não atendido, é importante que os reclusos entendam como os serviços de saúde mental funcionam dentro da prisão (Morgan et al., 2007), uma vez que este estudo refletiu que estes participantes percebiam a terapia como útil.

Concluindo, o presente estudo sugere que a promoção das fontes de suporte, a diminuição das barreiras à utilização de serviços de saúde mental, bem como uma resposta às necessidades de saúde mental, podem contribuir para uma melhor percepção da qualidade das prisões, implicando um melhor tratamento profissional e menor reincidência.

Bibliografia

- About-Sinna, R., & Luebbers, S. (2012). Validity of assessing people experiencing mental illness who have offended using the Camberwell Assessment of Need-Forensic and Health of the Nation Outcome Scales-Secure. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(5), 462-470. doi:10.1111/j.1447-0349.2012.00811.x
- Alevizopoulos, G., & Igoumenou, A. (2016). Psychiatric disorders and criminal history in male prisoners in Greece. *International Journal of Law and Psychiatry*, 47, 171-175. doi:10.1016/j.ijlp.2016.04.003
- Altamura, M., Lattanzi, G., Pomerani, T., & Seno, S. (2015). The Impact of Incarceration On Prisoners' Mental Health: Results of a One-year Research On Italian Penal Institutions. *European Psychiatry*, 1371, 30. doi:10.1016/s0924-9338(15)32035-6
- Altintas, M., & Bilici, M. (2018). Evaluation of childhood trauma with respect to criminal behavior, dissociative experiences, adverse family experiences and psychiatric backgrounds among prison inmates. *Comprehensive Psychiatry*, 82, 100-107. doi:10.1016/j.comppsy.2017.12.006
- Alves, J., Dutra, A., & Maia, Â. (2013). História de adversidade, saúde e psicopatologia em reclusos: comparação entre homens e mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(3), 701-709. doi:10.1590/s1413-81232013000300016
- Anderson, H. (2004). Mental Health in Prison Populations. A review - with special emphasis on a study of Danish prisoners in remand. *Acta Psychiatr Scand*, 110(s424), 5-59. doi:10.1111/j.1600-0447.2004.00436_2.x
- APA (2014). *DSM 5. Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais*, 5ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores
- Apel, R., Blokland, A., Nieuwbeerta, P., & Van Schellen, M. (2009). The Impact of Imprisonment on Marriage and Divorce: A Risk Set Matching Approach. *Journal of Quantitative Criminology*, 26(2), 269-300. doi:10.1007/s10940-009-9087-5
- Appleby, L., Roscoe, A., & Shaw, J. (2015). Services for released prisoners should address the many causes of reoffending. *The Lancet Psychiatry*, 2(10), 853-854. doi:10.1016/s2215-0366(15)00312-0
- Armour, C. (2012). Mental Health in Prison: A Trauma Perspective on Importation and Deprivation. *International Journal of Criminology and Sociological Theory*, 5(2), 886-894.
- Arroyo, J., & Ortega, E. (2009). Los trastornos de personalidad en reclusos como factor de distorsión del clima social de la prisión. *Rev Esp Sanid Penit*, 11, 11-15.

- Ayhan, G., Arnal, R., Basurko, C., About, V., Pastre, A., Pinganaud, E., & Nascher, M. (2017). Suicide risk among prisoners in French Guiana: prevalence and predictive factors. *BMC Psychiatry, 17*(1), 1-10. doi:10.1186/s12888-017-1320-4
- Azevedo, J., Figueiredo-Braga, M., Castelo-Branco, M., Almeida, I., Vieira-Coelho, M., Malta, L., & Coelho, R. (2015). Addiction and Other Psychiatric Disorders in a Population of Portuguese Prisoners. effects in Violent Crime and Addiction Severity. *European Psychiatry, 30*, 761.
- Bales, W., & Mears, D. (2008). Inmate Social Ties and the Transition to Society. *Journal of Research in Crime and Delinquency, 45*(3), 287-321. doi:10.1177/0022427808317574
- Balogun, A. (2014). Dispositional factors, perceived social support and happiness among prison inmates in Nigeria: A new look. *The Journal of Happiness & Well-Being, 4*(1), 16-33.
- Barth, T. (2012). Relationships and sexuality of imprisoned men in the German penal system - a survey of inmates in a Berlin prison. *International Journal of Law and Psychiatry, 35*(3), 153-158. doi:10.1016/j.ijlp.2012.02.001
- Birmingham, L. (2003). The mental health of prisoners. *Advances in Psychiatric Treatment, 9*(3), 191-199. doi:10.1192/apt.9.3.191
- Blaauw, E., Roesch, R., & Kerkhof, A. (2000). Mental disorders in European Prison Systems. *International Journal of Law and Psychiatry, 25*(5-6), 649-663. doi:10.1016/s0160-2527(00)00050-9
- Blaauw, E., Roozen, H., & Marle, H. (2007). Saved by structure? The course of psychosis within a prison population. *International Journal of Prisoner Health, 3*(4), 248-256. doi:10.1080/17449200701682436
- Bowler, N., Phillips, C., & Rees, P. (2018). The association between imported factors and prisoners' mental health: Implications for adaptation and intervention. *International Journal of Law and Psychiatry, 57*, 61-66. doi:10.1016/j.ijlp.2018.01.001
- Boys, A., Farrell, M., Bebbington, P., Brugha, T., Coid, J., Jenkins, R., & Taylor, C. (2002). Drug use and initiation in prison: results from a national prison survey in England and Wales. *Addiction, 97*(12), 1551-1560. doi:10.1046/j.1360-0443.2002.00229.
- Brazão, N., Motta, C., Rijo, D., & Pinto-Gouveia. (2015). The prevalence of personality disorders in Portuguese male prison inmates: Implications for penitentiary treatment. *Implications for penitentiary treatment, 3*(33), 279-290. doi:doi:10.14417/ap.975

- Brinded, P., Simpson, A., Laidlaw, T., Fairley, N., & Malcolm, F. (2001). Prevalence of Psychiatric Disorders in New Zealand Prisons: A National Study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(2), 166-173. doi:10.1046/j.1440-1614.
- Carcedo, R. J., Perlman, D., López, F., Orgaz, M. B., & Fernández-Rouco, N. (2015). The Relationship Between Sexual Satisfaction and Psychological Health of Prison Inmates: The Moderating Effects of Sexual Abstinence and Gender. *The Prison Journal*, 95(1), 43-65. doi:10.1177/0032885514563271
- Carvalho, A., Lecat, B., & Sendas, S. (2016). Detention conditions' impact on anxiety and depression levels of prisoners. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 66(4), 155-162. doi:10.1016/j.erap.2016.05.002
- Castelletti, L., Lasalvia, A., Molinari, E., Thomas, S., Straticò, E., & Bonetto, C. (2014). A standardised tool for assessing needs in forensic psychiatric population: clinical validation of the Italian CANFOR, staff version. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 274-281. doi:10.1017/S2045796014000602
- Claire, K., & Dixon, L. (2016). The Effects of Prison Visits From Family Members on Prisoners' Well-Being, Prison Rule Breaking, and Recidivism: A Review of Research Since 1991. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1-15. doi:10.1177/1524838015603209
- Cobo, J. (2011). Health care strategies for mental health problems in the prison environment, the Spanish case in a European context. *Rev Esp Sanid Penit*, 13, 100-110
- Connor, D., & Tewksbury, R. (2015). Prison Inmates and their visitors. *The Prison Journal*, 95(2), 159-177. doi:10.1177/0032885515575262
- Crespo, L., López-Noval, B., & Mira, P. (2014). Compulsory schooling, education, depression and memory: New evidence from SHARELIFE. *economics of Education Review*, 43, 36-46. doi:10.1016/j.econedurev.2014.09.003
- Dooley, E. (1990). Prison Suicide in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, 156(01), 40-45. doi:10.1192/bjp.156.1.40
- Dressing, H., & Salize, H. (2009). Pathways to psychiatric care in European prison systems. *Behavioral Sciences & the Law*, 27(5), 801-810. doi:10.1002/bsl.893
- Dudeck, M., Drenkhahn, K., Spitzer, C., Barnow, S., Kopp, D., Kuwert, P., . . . Dunkel, F. (2011). Traumatization and mental distress in long-term prisoners in Europe. *Punishment & Society*, 13(4), 403-423. doi:10.1177/1462474511414782
- Durcan, G. (2008). *From the Inside: Experiences of prison mental health care*. Londres: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Dye, M., & Aday, R. (2013). "I Just Wanted to Die". *Criminal Justice and Behaviour*, 40(8), 832-849. doi:10.1177/0093854813476266

- Elison, S., Weston, S., Dugdale, S., Ward, J., & Davis, G. (2016). Qualitative Exploration of U.K. Prisoners' Experiences of Substance Misuse and Mental Health Difficulties, and the Breaking Free Health and Justice Interventions. *Journal of Drug Issues, 46*(3), 198-215. doi:10.1177/0022042616630013
- Enggist, S., Moller, L., Galea, G., & Udesen, C. (2014). *Prisons and health*. WHO Regional Office for Europe.
- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet, 359*(9306), 545-550. doi:10.1016/S0140-6736(02)07740-1
- Fazel, S., Hayes, A., Bartellas, K., Clerici, M., & Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *The Lancet, 1*-10. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30142-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0)
- Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, V., & Marks, J. (2019). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine, 56*(6), 774-786. doi:10.1016/j.amepre.2019.04.001
- Forrester, A., Till, A., Simpson, A., & Shaw, J. (2018). Mental illness and the provision of mental health services in prisons. *British Medical Bulletin, 1*-9. doi:10.1093/bmb/ldy027
- Fruehwald, S., Frottier, P., Matschnig, T., & Eher, R. (2003). The relevance of suicidal behaviour in jail and prison suicides. *European Psychiatry, 18*(4), 161-165. doi:10.1016/S0924-9338(03)00064-6
- Galinha, I., & Ribeiro, J. (2005). História e Evolução do Conceito de Bem-estar Subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças, 6*(2), 203-214.
- Gatherer, A., Moller, L., & Hayton, P. (2005). The World Health Organization Europe in Prison Project After 10 Years: Persistent Barriers and Achievements. *American Journal of Public Health, 95*(10), 1696-1700. doi:10.2105/AJPH.2003.057323
- Gilbert, F., & Daffern, M. (2011). Illuminating the Relationship Between Personality Disorder and Violence: Contributions of the General Aggression Model. *Psychology of Violence, 1*(3), 230-244.
- Gonçalves, L., & Gonçalves, R. (2012). Agressividade, estilo de vida criminal e adaptação à prisão. *Psicologia USP, 23*(3), 559-584. doi:10.1590/S0103-65642012005000013
- Gonçalves, L., Endrass, J., Rossegger, A., & Dirkzwager, A. (2016). A longitudinal study of mental health symptoms in young prisoners: exploring the influence of personal factors and the correctional climate. *BMC Psychiatry, 16*(1), 1-11. doi:10.1186/s12888-016-0803-z

- Goomany, A., & Dickinson, T. (2015). The influence of prison climate on the mental health of adult prisoners: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(6), 413-422. doi:10.1111/jpm.12231
- Gordon, H., & Lindqvist, P. (2007). Forensic psychiatry in Europe. *Psychiatric Bulletin*, 31(11), 421-424. doi:10.1192/pb.bp.107.014803
- Haney. (2002). The Psychological Impact of Incarceration: Implications for Post-Prison Adjustment. *From Prison to Home*. U.S. Department of Health and Human Services.
- Haney, C. (2017). “Madness” and penal confinement: Some observations on mental illness and prison pain. *Punishment & Society*, 19(3), 310-326. doi:10.1177/1462474517705389
- Hassan, L., Birmingham, L., Harty, M., Jarrett, M., Jones, P., King, C., . . . Mills, A. (2011). Prospective cohort study of mental health during imprisonment. *The British Journal of Psychiatry*, 198, 37-42. doi:10.1192/bjp.bp.110.080333
- Jr., J., Black, W., Babin, B., & Anderson, R. (2014). *Multivariate Data Analysis* (7 ed.). Harlow: Pearson Education Limited.
- Klatt, T., Hagl, S., Bergmann, M., & Baier, D. (2016). Violence in youth custody: Risk factors of violent misconduct among inmates of German young offender institutions. *European Journal of Criminology*, 13(6), 727-743. doi:10.1177/1477370816643733
- Klonsky, E., & May, A. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the “Ideation-to-Action” Framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129. doi:10.1521/ijct.2015.8.2.114
- Landau, S., & Everitt, B. (2004). *A Handbook of Statistical Analyses using SPSS*. Estados Unidos da América: Chapman & Hall/CRC.
- Leaman, J., Richards, A., Emslie, L., & O'Moore, E. (2017). Improving health in prisons – from evidence to policy to implementation – experiences from the UK. *International Journal of Prisoner Health*, 13(3/4), 139-167. doi:10.1108/IJPH-09-2016-0056
- Long, C., Webster, P., Waine, J., Motala, J., & Hollin, C. (2008). Usefulness of the CANFOR-S for measuring needs among mentally disordered offenders resident in medium or low secure hospital services in the UK: a pilot evaluation. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 18(1), 39-48. doi:10.1002/cbm.676
- Lorito, C., Völlm, B., & Denning, T. (2019). The characteristics and needs of older forensic psychiatric patients: a cross-sectional study in secure units within one UK regional service. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 30(6), 1-18. doi:10.1080/14789949.2019.1659390

- Loureiro, D., Machado, A., Silva, T., Veigas, T., Ramalheira, C., & Cerejeira, J. (2018). Higher Autistic Traits Among Criminals, But No Link to Psychopathy: Findings from a High-Security Prison in Portugal. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(9), 3010-3020. doi:10.1007/s10803-018-3576-z
- Madzharov, E. (2016). Age-Psychological Characteristics of Inmates. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 217, 92-100. doi:10.1016/j.sbspro.2016.02.035
- Mansoor, M., Perwez, S., Swamy, T., & Ramaseshan, H. (2015). A Critical Review on Role of Prison Environment on Stress and Psychiatric Problems among Prisoners. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6(1), 218-223. doi:10.5901/mjss.2015.v6n1s1p218
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- Meyers, T., Wright, K., Young, J., & Tasca, M. (2017). Social support from outside the walls: Examining the role of relationship dynamics among inmates and visitors. *Journal of Criminal Justice*, 52, 57-67. doi:10.1016/j.jcrimjus.2017.07.012
- Mitchell, J., & Latchford, G. (2010). Prisoner perspective on mental health problems and help-seeking. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21(5), 773-788. doi:10.1080/14789949.2010.488697
- Moreira, N., & Gonçalves, R. (2010). Perturbação mental e ideação suicida entre reclusos preventivos. *Análise Psicológica*, 1(28), 133-148.
- Morgan, R., Rozycki, A., & Wilson, S. (2004). Inmate Perceptions of Mental Health Services. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(4), 389-396. doi:10.1037/0735-7028.35.4.389
- Morgan, R., Steffan, J., Shaw, L., & Wilson, S. (2007). Needs for and Barriers to Correctional Mental Health Services: Inmate Perceptions. *Psychiatric Services*, 58(9), 1181-1186. doi: 10.1176/ps.2007.58.9.1181
- Moschetti, K., Stadelmann, P., Wangmo, T., Holly, A., Bodenmann, P., Wasserfallen, J.-B., & Gravier, B. (2015). Disease profiles of detainees in the Canton of Vaud in Switzerland: gender and age differences in substance abuse, mental health and chronic health conditions. *BMC Public Health*, 15(1), 1-11. doi:10.1186/s12889-015-2211-6
- Nesse, R. (2000). Is Depression an Adaptation? *Archives of General Psychiatry*, 57(1), 14-20. doi:10.1001/archpsyc.57.1.14
- Nurse, J., Woodcock, P., & Ormsby, J. (2003). Influence of environmental factors on mental health within prisons: focus group study. *BMJ*, 327(7413), 1-5. doi:10.1136/bmj.327.7413.480

- Patel, R., Harvey, J., & Forrester, A. (2018). Systemic limitations in the delivery of mental health care in prisons in England. *International Journal of Law and Psychiatry*, 60, 17-25. doi:10.1016/j.ijlp.2018.06.003
- Penajoia, M., Pinho, M., & Dias, I. (2015). Influência da familiaridade com procedimentos judiciais de interrogatório na sugestibilidade interrogativa de reclusos reincidentes. *Análise Psicológica*, 33(3), 251-264. doi:10.14417/ap.861
- Persson, M., Belfrage, H., Fredriksson, B., & Kristiansson, M. (2017). Violence During Imprisonment, Forensic Psychiatric Care, and Probation: Correlations and Predictive Validity of the Risk Assessment Instruments COVR, LSI-R, HCR-20V3, and SAPROF. *International Journal of Forensic Mental Health*, 16(2), 117-129. doi:10.1080/14999013.2016.1266420
- Pflueger, M., Franke, I., Graf, M., & Hactel, H. (2015). Predicting general criminal recidivism in mentally disordered offenders using a random forest approach. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1-10. doi:10.1186/s12888-015-0447-4
- Priebe, S., Frottier, P., Gaddini, A., Kilian, R., Lauber, C., Martínez-Leal, R., & Wright, D. (2008). Mental Health Care Institutions in Nine European Countries, 2002 to 2006. *Psychiatric Services*, 59(5), 570-573. doi:10.1176/ps.2008.59.5.570
- Prior, P. (2007). Mentally disordered offenders and the European Court of Human Rights. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30(5), 546-557. doi:10.1016/j.ijlp.2007.09.002
- Rabe, K. (2012). Prison structure, inmate mortality and suicide risk in Europe. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35(3), 222-230. doi:10.1016/j.ijlp.2012.02.012
- Reed, J. (2002). Delivering psychiatric care to prisoners: problems and solutions. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8(2), 117-125. doi:10.1192/apt.8.2.117
- Reed, J. (2003). Mental health care in prisons. *British Journal of Psychiatry*, 182(4), 287-288. doi:10.1192/bjp.182.4.287
- Roberts, A., & Coid, J. (2010). Personality disorder and offending behaviour: findings from the national survey of male prisoners in England and Wales. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21(2), 221-237. doi:10.1080/14789940903303811
- Romeva, G., Rubio, L., Güerre, S., Miravet, M., Cáceres, A., & Thomas, S. (2010). Clinical validation of the CANFOR scale (Camberwell Assessment of Need-Forensic version) for the needs assessment of people with mental health problems in the forensic services. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(3), 129-137.
- Sampson, R., Laub, J., & Wimer, C. (2006). Does Marriage reduce Crime? A Counterfactual Approach to Within-Individual Causa Effects. *Criminology*, 44(3), 465-508. doi:10.1111/j.1745-9125.2006.00055.x

- Sampson, S., Edworthy, R., Vollm, B., & Bulten, E. (2016). Long-Term Forensic Mental Health Services: An Exploratory Comparison of 18 European Countries. *International Journal of Forensic Mental Health, 15*(4), 333-351. doi:10.1080/14999013.2016.1221484
- Sánchez, F., Fearn, N., & Vaughn, M. (2017). Risk Factors Associated With Near-Lethal Suicide Attempts During Incarceration Among Men in the Spanish Prison System. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 62*(6), 1452-1479. doi:10.1177/0306624X16689833
- Sattar, G., & Killias, M. (2005). The Death of Offenders in Switzerland. *European Journal of Criminology, 2*(3), 317-340. doi:10.1177/1477370805054100
- Sigre-Leirós, V., Carvalho, J., & Nobre, P. (2015). Adult interpersonal features of subtypes of sexual offenders. *Journal of Forensic and Legal Medicine, 34*, 5-10. doi:10.1016/j.jflm.2015.04.015
- Skogstad, P., Deane, F., & Spicer, J. (2006). Social-cognitive determinants of help-seeking for mental health problems among prison inmates. *Criminal Behaviour and Mental Health, 16*(1), 43-59. doi:10.1002/cbm.54
- Smith, C., O'Neill, H., Tobin, J., Walshe, D., & Dooley, E. (1996). Mental disorders detected in an Irish prison sample. *Criminal Behaviour and Mental Health, 6*(2), 177-183. doi:10.1002/cbm.85
- Stirpe, T., Abracen, J., Stermac, L., & Wilson, R. (2006). Sexual Offenders' State-of-Mind Regarding Childhood Attachment: A Controlled Investigation. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 18*(3), 289-302. doi:10.1007/s11194-006-9022-3
- Talina, A. (2013). Saúde Mental em Meio Prisional: *Avaliação de Necessidades de Cuidados em Reclusos com Perturbação Mental*. Dissertação de Doutoramento. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa
- Talina, M., Thomas, S., Cardoso, A., Aguiar, P., Caldas de Almeida, J., & Xavier, M. (2013). CANFOR Portuguese version: validation study. *BMC Psychiatry, 13*(1), 3-12. doi:10.1186/1471-244x-13-157
- Teplin, L. (1994). Psychiatric and substance abuse disorders among male urban jail detainees. *American Journal of Public Health, 84*(2), 290-293. doi:10.2105/AJPH.84.2.290
- Toman, E., Cochran, J., & Bales, w. (2015). The implications of sentence length for inmate adjustment to prison life. *Journal of Criminal Justice, 43*(6), 510-521. doi:10.1016/j.jcrimjus.2015.11.002

- Valentine, C., Mears, D., & Bales, W. (2015). Unpacking the relationship between age and prison misconduct. *Journal of Criminal Justice*, 43(5), 418-427. doi:10.1016/j.jcrimjus.2015.05.001
- Vicens, E., Dueñas, R., & Tort, V. (2016). Violent Offences, Mental Disorder and Substance-use Disorders. *Sociology and Anthropology*, 4(11), 972-979. doi:10.13189/sa.2016.041104
- Walker, J., Illingworth, C., Canning, A., Garner, E., Woolley, J., Taylor, P., & Amos, T. (2013). Changes in mental state associated with prison environments: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129(6), 427-436. doi:10.1111/acps.12221
- Watzke, S., Ullrich, S., & Marneros, A. (2006). Gender- and violence-related prevalence of mental disorders in prisoners. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(7), 414-421.
- World Health Organization. (1998, Novembro 18-21). *Mental Health Promotion in Prisons*. Retirado de http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/99016/E64328.pdf
- World Health Organization. (2001). *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Retirado de https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf?ua=1
- World Health Organization. (2007, Outubro 18). *Trenčín statement on prisons and mental health*. Retirado de http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/99006/E91402.pdf
- World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*. Geneva
- Zavattini, G., Garofalo, C., Velotti, P., Tommasi, M., Romanelli, R., Santo, H., & Saggini, A. (2015). Dissociative Experiences and Psychopathology Among Inmates in Italian and Portuguese Prisons. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 61(9), 975. doi:10.1177/0306624X15617256