



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**O “Corte” dos Presos com o Exterior e o Interior.
Representações das Auto-mutilações em reclusos preventivos**

ANA SOFIA MACIEL CARREIRO

Orientador de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ÂNGELA VILA-REAL

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ÂNGELA VILA-REAL

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA APLICADA

Especialidade em Psicocriminologia

2012

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professora Doutora Ângela Vila-Real, apresentada no ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida para obtenção do grau de Mestre na especialidade de psicocriminologia conforme o despacho da DGES, n.o 19673 / 2006 publicado em Diário da República 2a série de 26 de Setembro, 2006.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, quero agradecer aos meus pais por me terem proporcionado esta experiência fantástica, e por estarem sempre presentes, pelo vosso carinho, apoio, conselhos, compreensão. Por tudo o que fazem por mim, Um Grande Muito Obrigado, estão sempre no meu coração.

À professora Ângela Vila-Real, quero agradecer em primeiro lugar pelas aulas do 4º ano que foram muito entusiasmantes e por tentar arranjar formas mais simples de explicar matérias que por momentos parecem incompreensivas. Em segundo lugar agradeço por todo o apoio, ajuda e reflexões críticas sobre o projecto tese e não só. Muito Obrigada pelos Atendimentos em cima da hora, agradeço por toda a orientação.

Agradeço ao Dr. Rui Campos Coelho por todas as ideias, conversas e esclarecimentos sobre o tema e pelas reflexões em conjunto.

Agradeço ao Professor Rui Pedro por todo o interesse, ajuda, preocupação, e por acreditar em mim.

Agradeço ao Professor Pereira da Silva pelas experiências proporcionadas e por todas as aprendizagens, Obrigada pela sua disponibilidade.

Aos companheiros do mestrado que tiveram sempre presentes nos bons momentos como também nos mais difíceis, a vocês um grande agradecimento, Filipa Fernandes, Filipa Roncon, Mafalda Pereira, Mariana Sabino, Francisco Marcus e Vasco Guimarães, por todas as experiências partilhadas, noitadas, jantares e pela disponibilidade de todos um muito obrigado.

À Lara Vicente, pelas conversas, reflexões e pelos momentos descontraídos que me ajudaram a relaxar, és uma pessoa extraordinária, obrigada.

Ao João Pena quero agradecer pelos momentos partilhados dentro e fora do ISPA.

Ao João Lorenzo e à Joana Pereira, um muito obrigado pelo vosso interesse, apoio e disponibilidade.

Agradeço à Rita Santos pela excelente ajuda no momento exacto.

Ao Tiago Vieira por todas as leituras, traduções e interpretações ao longo da licenciatura, pela tua forma de pensares os assuntos e como não podia deixar de ser pelos cuidados prestados e pelo teu sentido de humor.

Às minhas grandes amigas, do (clube) MAIGA, por todo o que vivemos nestes cinco anos intensos e recheados de muita emoção.

Sofia Maciel, agradeço-te por todos os momentos, uns mais cómicos que outros, pelo o teu apoio, atenção, acolhimento, conselhos, cachorros, risos, choros, partilha e cuidados prestados. À minha amiga e companheira Ana Santos, agradeço-te por seres a excelente pessoa que és, por nunca desistires, por tudo o que vivemos nestes quatro anos, por saberes ouvir embora fales pelos cotovelos, obrigada por todo o apoio, partilha, pelos momentos festivos e pelos momentos mais monótonos e stressantes. Pois com uma boa piada e risada as horas de encarceramento passam mais depressa.

Quero ainda agradecer a todos os professores que a meu ver marcaram pela diferença quer dentro, como fora da sala de aula, Prof. Joana Robalo; Prof. Regina Bispo, Prof. António Gonzalez, Prof. Orlando Santos, Prof. Antónia Perdigão; Prof. Mário Contumélias, Prof. Teresa Almeida Rocha, Prof. Victor Cláudio, Prof. Cláudia Gaião, Prof. Cláudia Graça, Prof. Victor Amorim Rodrigues. A todos um agradecimento diferente mas especial.

À Marta Gomes por me acompanhar desde a infância e por estar sempre presente. Muito Obrigada!

À Janete Chaves por todas as conversas e trocas de áreas diferentes, que se revelaram um grande complemento. Obrigada!

Ao Marco Gomes, porque os últimos são os primeiros, não tenho palavras para descrever o teu constante apoio, ajuda, compreensão, consolo, dedicação e investimento nesta incansável caminhada que fazemos de mãos dadas em direcção ao futuro. Muito Obrigado!

“Cada um que passa em nossa vida, passa sozinho, pois cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra. Cada um que passa em nossa vida, passa sozinho, mas quando parte, nunca vai só nem nos deixa a sós. Leva um pouco de nós, deixa um pouco de si mesmo. Há os que levam muito, mas há os que não levam nada.”

Khalil Gibran

RESUMO

O presente projecto de investigação tem por objectivo compreender as respresentações psicológicas das auto-mutilações em reclusos preventivos. Em primeiro lugar é necessário perceber de que forma o meio prisional exacerba ou minora comportamentos de auto-mutilação, em indivíduos que já apresentavam histórial deste tipo de comportamento. Em segundo, investigar de que forma o meio prisional influência a manifestação súbita de auto-mutilações, em indivíduos sem história de auto-mutilação, e por outro lado se estes sofrem de algum tipo de perturbação psicológica.

A amostra será constituída por 10 reclusos preventivos, do sexo masculino com comportamentos de auto-mutilação de um Estabelecimento Prisional que inclua preventivo.

Os instrumentos que serão utilizados para responder aos problemas formulados são os seguites, um questionário sociodemográfico, de forma a tentar despistar os reclusos preventivos que se auto-mutilam, uma entrevista clínica estruturada para as perturbações de personalidade do Eixo II do DSM-IV chamada, *SCD-II* de forma a que se possa delinear um diagnóstico para averiguar se os sujeitos têm algum distúrbio de personalidade do Eixo II. Por último será aplicada uma entrevista semi-directiva a cada um dos reclusos preventivos com o objectivo de recolher informação sobre a representação das auto-mutilações para cada um dos participantes.

Com a realização desta investigação espera-se obter informações que possam ajudar os elementos dos Serviços de Tratamento Penitenciário a actuar de forma mais acertiva com este tipo de problemática de forma a tentar prevenir alguns destes comportamentos.

Palavras-chave: Comportamento Criminal; Reclusos Preventivos; Auto-mutilações; Perturbações Psicológicas.

ABSTRACT

This paper aims to understand the psychological representations behind self-inflicted injuries in convicts. First it is necessary to understand how prison can increase or decrease this type of behavioral in individuals with history of self-abuse. And secondly it is important to investigate how being imprisoned can make individuals without any history of hurting themselves begin those doing so and if there is any evidence of a psychological disorder.

The sample will consist in 10 male individuals in preventive detention with self-abuse behavior. It is important to study this kind of prisoners because this is a time when they are more vulnerable to the kind of behavior that is being studied. There will be a questionnaire about social and demographic feature of the individuals so as to understand if there are any self-mutilation behaviors. Afterwards the participants will answer some questions in a structured interview so as to be able to study if there are any personality disorders to be diagnosed. Finally there will be a semi-direct interview so to be able to understand everybody's representations on self-inflicted injuries.

With this paper I expect to help clinical services in prison to know how to best control and deal with this type of behavioral, so as to decrease its occurrence.

Key-words: Criminal behavior, Preventive Detention, Self-mutilation, Psychological Disorders

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	9
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	11
2.1. Agressividade, Violência e Comportamento Criminal	11
2.2. Comportamento Criminal e Psicopatologia	15
2.3. A Prisão enquanto privação de liberdade	18
2.3.1. Processo de adaptação à prisão - Ansiedade e depressão	20
2.4. Auto-mutilações em meio prisional.....	23
2.5. Problema de Investigação	28
3. MÉTODO	29
3.1. Características do estudo	29
3.2. Participantes	31
3.3. Instrumento	31
3.3.1. Questionário Sociodemográfico	32
3.3.2. Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações de Personalidade do Eixo II do DSM-IV - SCID - II	32
3.3.3. Entrevista Semi-Directiva	33
3.4 Procedimento	36
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I	46
ANEXO II	48
ANEXO III	49
ANEXO IV	51
ANEXO V	52
ANEXO VI	53

1. INTRODUÇÃO

A sociedade é formada por uma comunidade interdependente onde os indivíduos interagem entre si, segundo conceitos de valor privilegiados pela geração anterior, de forma, a desenvolver cada indivíduo como uma parte activa dentro de uma sociedade civilizada. Estando sujeitos a diferentes motivações, quer étnicas, culturais, políticas ou religiosas, neste sentido as interações entre indivíduos podem originar conflitos de várias ordens, remetendo para a necessidade de normas e regras impostas socialmente.

É a partir deste ponto que surge um inocente e um culpado, como não se conseguem entender entre si recorrem a uma instância superior, o Supremo Tribunal. A decisão é tomada existe assim um culpado, está condenado a pena privativa de liberdade se esta se justificar.

A privação de liberdade oferece grandes danos ao nível da saúde de um ser humano, quer físicos como psicológicos.

Neste sentido, sujeitos que enveredaram pelas “encruzilhadas” do mundo criminal podem acabar encarcerados num Estabelecimento Prisional (EP), sendo separados fisicamente da sociedade, sujeitos a um grande *stress* aquando da sua entrada na prisão.

Vários são os estudos que comprovam que reclusos preventivos, pela primeira vez, são mais vulneráveis ao encarceramento, devido a vários factores que serão enunciados ao longo do enquadramento teórico.

O meio prisional é um grande potenciador de distúrbios mentais, nomeadamente da depressão que está intimamente ligada à ansiedade, que são muito comuns no período de adaptação à prisão.

O processo de adaptação ao micro-sistema que é uma prisão é extremamente complicado. O tempo deixa de pertencer a cada um e passa a ser do “sistema”, para além dos reclusos estarem privados de liberdade, são privados do controle do seu próprio tempo e das suas vontades. Todos os horários são monitorizados, o sujeito passa a coabitar com mais homens desconhecidos, acabando por estar a maior parte do tempo desconfiado, de forma a se proteger. A necessidade de arranjar rapidamente um grupo de pertença, faz com que a ansiedade vá aumentando, pois um homem sem um *gang* numa “instituição total” encontra-se em constante perigo. Neste sentido, é na maioria das vezes, nas primeiras quarenta e oito horas de reclusão que ocorrem suicídios.

Os comportamentos suicidários têm diferentes gêneses e são significativos em meio prisional, como tal, pretendo estudar a representação das auto-mutilações em reclusos preventivos. As auto-mutilações são consideradas um comportamento para-suicidário que pertence à família dos comportamentos suicidários.

No que diz respeito ao fenómeno suicidário, tem-se verificado que as taxas de comportamentos auto-lesivos são mais elevadas nas prisões comparativamente ao observado na população geral.

Neste sentido, este estudo prende-se com a importância de despistar atempadamente comportamentos de auto-mutilação em meio prisional, que em casos extremos podem levar ao suicídio.

Só depois de se conhecer o padrão de comportamento se pode preveni-lo, evitando que este chegue a fim de linha.

Os comportamentos de auto-mutilação podem surgir de várias formas, tendo em conta o significado da auto-ofensa para cada sujeito, assim, este estudo passa por uma investigação qualitativa, já que o objectivo do mesmo se prende com as representações de cada recluso preventivo auto-mutilante.

A história de vida de cada recluso preventivo é diferente, as suas angústias variam consoante o seu passado. Porém, cortar a pele para um pode ser um meio para atingir um fim, e para outro pode representar a exteriorização de uma dor psíquica.

Neste sentido, o objectivo principal deste estudo é perceber o “porquê” de cada corte para cada sujeito, com o fim de compreender as variantes das auto-mutilações, com esperança de obter resultados futuros que possam ajudar as equipas penitenciárias a despistar estes comportamentos atempadamente para que estes possam ser prevenidos.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Agressividade, Violência e Comportamento Criminal

Subjacente ao comportamento criminal, na maioria das vezes, estão a agressividade e a violência, que servem de escudo e ao mesmo tempo fornecem coragem para atingir o objectivo pretendido do criminoso.

Segundo Born (2005), são diversos os tipos de agressões. No que respeita às agressões utilitárias, a finalidade do indivíduo é aceder ao objecto cobiçado, representando esta, um meio intermediário para se apropriar do objecto. Por sua vez, as agressões defensivas, advém da necessidade de protecção e ocorrem quando o indivíduo se adianta e exerce uma acção preventiva por recear uma agressão direccionada a si.

Uma forma de exercer violência sobre outro, pode estar também relacionada com represálias, ou necessidade de vingança (por exemplo: vingança a um patrão; contra a autoridade; vingança por o terem enganado) com vista a reparar um dano que o sujeito considera ter sofrido (Born, 2005).

Muitos são os estudos efectuados sobre o comportamento criminal e uma das perguntas à qual é difícil obter resposta é: Porque é que algumas pessoas se tornam criminosas? Será simplesmente porque são más, cruéis e só se movem por maldade? Ou será que em meios familiares normativos, não se encontra um ou outro indivíduo que por algum motivo mais ou menos agressivo enveredou pelo mundo criminal?

Não existe uma simples explicação para o comportamento criminal, em primeiro lugar é preciso perceber que os criminosos são todos diferentes, gostam de injuriar por razões diferentes. Por exemplo, alguém que roube carros pela alegria de conduzir, tem uma razão diferente para ter cometido o crime do que um homem que desvia milhares de euros numa fraude através de um computador. No primeiro caso é provavelmente que o infractor seja alguém que procura a excitação de uma emoção de levar um carro e conduzir à deriva, provavelmente o sujeito deparou-se com uma oportunidade e simplesmente não conseguiu resistir, acabando por agir impulsivamente. No segundo caso, é provável que o infractor seja alguém que planeou cuidadosamente a fraude durante um longo período de tempo e que tenha a intenção de forma gradual e sistemática de adquirir grandes somas de dinheiro. São crimes e criminosos diferentes (Cooke; Baldwin; Howinson, 1993).

Existem três conjuntos de factores que podem ter uma relação com o facto de alguém se entregar a um comportamento criminoso. O primeiro conjunto refere-se, à educação e a hereditariedade. O segundo conjunto inclui actuais circunstâncias do infractor, onde vive, se está empregado, e a crises da sua vida. O terceiro conjunto de factores inclui as circunstâncias imediatamente antes de efectuar o crime. Quais eram os sentimentos e pensamentos do infractor, quão arriscado é o delito e como é fácil comete-lo. Para compreender o comportamento criminal temos que considerar todos estes factores, para pessoas diferentes consideram-se diferentes factores (Cooke; Baldwin; Howinson, 1993).

Sendo que, o crime em si é *"um ato intencional, em violação da lei penal cometido sem defesa ou desculpa, e penalizado pelo estado como crime ou contravenção"* (Tappan, 1947, p.100 cit in Bartol, 1995).

Portanto, o comportamento criminal é um comportamento intencional que viola o código penal. Intencional significa que o comportamento não ocorreu acidentalmente ou sob coacção. Para ser responsabilizado criminalmente, a pessoa deve saber o que ele/ela estavam a fazer durante o acto criminoso e deveriam saber que isso é errado. Obviamente, esta definição legal engloba uma grande variedade dos actos, variando de homicídios a infracções de trânsito menores.

Se respeitarmos estritamente a definição legal de crime e da base de pesquisa e discussão apenas sobre aquelas pessoas que cometeram crimes, se considerarmos apenas aqueles que foram condenados e presos, ou devemos incluir aqueles que, provavelmente, infringiram a lei penal, mas não foram condenados? (Bartol,1995)

Segundo Machado (2008), tendo em conta que a definição de crime é clara e objectiva, torna-se fundamental entender a diversidade de elementos que podem estar associados a este conceito, tal como o relativismo cultural e histórico que lhe está subjacente.

Assim o autor considera que “existem três elementos básicos na definição de crime: os danos, que remetem para a natureza, dimensão e severidade dos prejuízos e males causados e que tipo de vítimas foram atingidas; o consenso social sobre os impactos criados pela ocorrência do crime; e em último, as respostas oficiais, que implicam a existência de legislação criminal que especifica as circunstâncias em que um acto danosos pode ser classificado como crime e quais as sanções a dirigir a quem o cometeu.

Emile Durkheim em 1977, definiu crime, como sendo *“todo o acto que, num qualquer grau, determina contra o seu autor essa reacção característica a que se chama pena”*, por sua vez define pena como sendo uma *“reacção passional, de intensidade graduada,*

que a sociedade exerce por intermédio de um corpo constituído sobre aqueles dos seus membros que violaram certas normas de conduta” e defende ainda que “um acto é criminoso quando ofende os estados fortes e definidos da consciência colectiva” pelo que “não se deve dizer que um acto ofende a consciência comum porque é criminoso, mas que é criminoso porque ofende a consciência comum” (cit. In Machado, 2008, p. 29). Na perspectiva de Durkheim não há crime sem lei, logo não há lei se não houver dano.

Uma abordagem sociológica do crime deve ir mais além de um conceito estritamente jurídico, tendo em conta uma construção social que não deixará de estar associado à lei e ao controlo social formal e informal. *“É o processo social em grupo que cria e suporta as normas e não as normas que criam e suportam a vida em grupo” (Blumer, 1969: 19 cit. In Machado, 2008, p. 31).*

É necessário que o crime seja encarado como um problema social que acompanha a evolução da sociedade e tem como função o restabelecimento social.

Segundo Bartol (1995), são muitas as tentativas para explicar o comportamento criminal, pois este é um fenómeno muito complexo.

Não há nenhuma explicação psicológica abrangente do crime, qualquer mais do que há uma perspectiva sociológica, psicológica, antropológica, psiquiátrica, económica ou até histórica. Na verdade é improvável que a sociologia, psicologia, ou outra qualquer disciplina consiga formular verdades básicas do crime sem ajuda de outras disciplinas que também estudam o crime. A criminologia ainda precisa de toda a ajuda possível para explicar e controlar o comportamento criminal. Uma integração dos dados, teoria e pontos de vista diferentes de cada uma das correntes é fundamental.

Existem várias teorias que tentam explicar os factores que podem originar o comportamento criminal, desde factores biológicos, sociais e psicológicos. Neste estudo será dada importância aos factores psicológicos, uma vez que é a área em questão, sem menosprezar as restantes, dado que todas trazem importantes contributos para o tema.

Eysenck (1970 in Bartol, 1995) defende, que o conhecimento psicológico fornece as respostas-chave e estratégias para a prevenção do comportamento criminal.

Para este autor, olhar para a solução do crime não passa apenas por uma visão psicológica, é necessário ter em conta as bases neurológicas da personalidade, sendo deste modo, um dos principais determinantes do comportamento anti-social e criminal.

O mesmo autor sugere ainda que diferentes combinações ambientais, neurológicas e de factores de personalidade dão origem a diferentes tipos de crime. Esta posição implica que personalidades diferentes são mais susceptíveis para determinados crimes do que outras.

Segundo Winnicot (2005), os dois elementos principais a partir dos quais se constroem as relações humanas são o amor e o ódio, embora distintos, estes são dois sentimentos envolvem agressividade, como também esta pode representar um sintoma a um sentimento de medo. De qualquer forma, esta agressividade pode resultar num comportamento violento no exterior direccionado aos outros ou a si.

Os autores Hacker (1972) e Winnicott (2005), embora defendam origens diferentes da agressividade, o primeiro que esta é inata e o segundo que esta é adquirida, os dois concordam, afirmando que desde muito cedo o ser humano se expressa de forma agressiva, de uma forma geral as crianças reagem de forma agressiva perante frustrações exteriores, principalmente aquelas que representam a projecção das suas angústias interiores, como tal tentam destruir de uma forma agressiva a origem dessa mesma frustração. Neste contexto entende-se por projecção, a transferência inconsciente de conflitos internos para o exterior.

Segundo Winnicott (2005), as forças que lutam pelo domínio dentro da personalidade do indivíduo, o autor assinala que, quando as forças destrutivas ameaçam dominar as forças do amor, o indivíduo tem que fazer alguma coisa para se salvar, e uma das possíveis alternativas para colmatar esse mal estar psíquico é pondo para fora do seu íntimo, dramatizando no exterior o seu mundo interior. Acabando por representar ele próprio o seu papel destrutivo através de uma autoridade externa com objectivo inconsciente de tentar controlar o seu mundo interno.

De todas as tendências humanas, a agressividade em especial é escondida, disfarçada, desviada, atribuída a agentes externos, e quando se manifesta é sempre uma tarefa difícil, tentar identificar as suas origens. É através da educação que se transmite às crianças, tendo em conta o seu meio social e cultural, que só em determinadas ocasiões podem expressar a sua agressividade, a este fenómeno dá-se o nome de controle da agressão infantil, que é imposto pela sociedade consoante as suas normas e regras de educação. Inicialmente este controle é exercido pelo medo do castigo ou pelo medo da perda do amor dos mais significativos. O que deixa de acontecer à medida que os anos vão passando, já que a criança interioriza os conceitos de valor dos progenitores.

Enquanto primeiramente o controle da agressividade é exercido pelo exterior, acaba por ser substituído pelo interior, após a construção de uma instância própria, o Super-Ego. Isto

é, a consciência que a criança tem sobre as normas e regras à sua volta enquanto membro de uma sociedade, faz com que a agressividade que vive dentro desta seja agora submetida às instituições, é como se a agressão se escondesse por detrás das mesmas onde se acaba por diluir, no que resulta numa agressividade latente, que está controlada. (Hacker, 1972).

Segundo o mesmo autor, o único método de controle colectivo da agressividade são as regras institucionais que possibilitam a vida em comum, este controle quer voluntário ou imposto, responde pela protecção e segurança e garante a prevenção e continuidade do bem estar social.

Ser capaz de tolerar tudo o que podemos encontrar na nossa realidade interior é uma das grandes dificuldades do ser humano, e um dos importantes objectivos do mesmo, consiste em estabelecer relações harmoniosas entre as realidades pessoais internas e externas (Winnicott, 2005).

A violência, aplicada ao mundo exterior, pode, tal como a auto-agressão, como por exemplo, o suicídio a auto- mutilação, representar um grito de socorro e uma expressão de desespero (Hacker, 1972).

2.2. Comportamento Criminal e Psicopatologia

Segundo Sykes (1978), no campo da criminologia, por um lado, o comportamento criminal é causado por alterações psicológicas, tais como distúrbios emocionais, psicoses, distúrbios de personalidade que podem levar o indivíduo a comportar-se de modo violento, de forma a escapar à realidade. Por outro lado, afirma-se que o comportamento criminal é causado principalmente pelo ambiente social que “empurra” uma pessoa normal para as violações da lei, devido à socialização inadequada no passado ou pressões sociais que actuam sobre o indivíduo no presente.

Para Teplin (1984, in Bartol, 1995), as cadeias e prisões podem ter-se tornado o repositório de longo prazo para pessoas com transtornos mentais que, numa era anterior, teriam sido institucionalizadas dentro de um hospital psiquiátrico.

Diversas são as investigações, que comprovam a existência de uma relação entre perturbações mentais e o comportamento criminal (Asnis Kaplan, Hundorfean e Saeed, 1997; Beck e Wencel, 1998; Hodgins, 2001 in Côté & Hodgins, 2008). No entanto, as opiniões nem sempre foram concordantes com esta ideia, em estudos quebequenses, de há quinze anos para

cá, as relações estabelecidas aconteceram entre perturbações emocionais e comportamento criminoso.

Nos dias de hoje, autores como Gilles Côté e Sheilagh Hodgins (2008), salientam que indivíduos que tenham uma doença mental grave podem nunca cometer um acto criminoso ou violento. Mas, para os mesmos autores, os indivíduos com perturbação mental grave têm tendência a ser mais violentos dos que os que não apresentam perturbação, assim sendo, os primeiros surgem fortemente associados a crimes violentos do que a crimes não violentos; assim, um preditor de risco criminal é mais do que somente um estatuto sócio-económico baixo, mas pode também estar associado a uma grave perturbação mental.

Outras pesquisas defendem a posição de que indivíduos severamente perturbados mentalmente não são mais propensos a cometer crimes graves contra os outros do que a população em geral. (Brodsky, 1973, 1997; Henn, Herjanic, & Vanderpearl, 1976a; Rabkin, 1979; Monahan, 1981 in Bartol, 1995). No entanto, algumas pesquisas recentes (Klassen & O'Connor, 1988, 1990; Monahan, 1992 in Bartol, 1995) consideram que pacientes do sexo masculino mentalmente perturbados, que têm uma história de, pelo menos um incidente violento, têm uma elevada probabilidade de serem violentos dentro de um ano após terem alta do hospital. Além disso, a esquizofrenia parece ser a perturbação psicológica mais intimamente ligada à violência (Blackburn, 1993 in Bartol, 1995).

Contudo, outros estudos (Swanson & Holzer 1991; Swanson, Holzer, Ganju & Jono, 1990 in Bartol) sugerem que os pacientes actualmente perturbados estão envolvidos em comportamentos violentos com muito mais frequência do que os membros não perturbados da população em geral. Além disso, essa diferença persiste mesmo quando os factores demográficos e sociais são tidos em conta. John Monahan (1992 in Bartol) salienta duas coisas sobre a pesquisa que mostra uma conexão entre doença mental e a violência. Primeiro, a relação refere-se apenas às pessoas que experimentaram actualmente um distúrbio mental. Pessoas que experimentaram um distúrbio mental grave no passado e actualmente não mostram sintomas não são propensos a envolverem-se em comportamentos violentos. Em segundo lugar, uma grande maioria (mais de noventa por cento) dos indivíduos com distúrbios mentais actualmente não são violentos. Duas coisas adicionais sobre a recente pesquisa devem ser enfatizadas. Primeiro, o par distúrbio mental-violência vale para os sujeitos seriamente perturbados. Em segundo, a relação é mais forte para indivíduos que são realmente doentes mentais que actualmente têm um histórico de comportamento violento. (Bartol, 1995)

Pinatel em 1963, explora a ideia da existência de um núcleo central da personalidade criminosa. Para o autor existem quatro traços particulares que estabelecem uma recente organização da personalidade idêntica em todos os delinquentes, nomeadamente os que são mais graves ou adoptam uma carreira de criminalidade. *“Essa constelação de traços é um elemento desencadeador, que facilita a passagem ao acto. É contudo necessário precisar que é a presença simultânea e organizada destes traços que permite a passagem ao acto delituoso, sem que se haja uma especificidade criminosa”* (p. 226). Os quatro traços apontados pelo autor são: o egocentrismo, onde o indivíduo se sente como sendo o centro do mundo, e a percepção feita relativamente ao modo como percebe este acontece em função dos seus próprios interesses; a labilidade, onde o indivíduo revela inconsistência na adaptação a várias situações, dificuldade em adoptar uma linha de conduta estável sendo complicado para si encarar as consequências dos seus actos; a agressividade, onde o indivíduo reage através da violência; e por fim a e indiferença afectiva que se caracteriza pela dificuldade em sentir afeição pelos outros, logo o indivíduo vai sentir dificuldade em ligar-se aos outros, bem como insensibilidade face ao sofrimento destes (Born, 2005).

A manifestação de condutas criminosas tem-se revelado, frequentemente, associada ao diagnóstico de psicopatologia, como é o caso, por exemplo, da esquizofrenia (Hogdings, 2006 in Nunes, 2010) ou da psicopatia (Roesch, 2006; Rotgers e Maniacci, 2005 in Nunes, 2010). Efectivamente, a associação entre o comportamento criminoso e a presença da psicopatologia verifica-se em certas situações em que a doença mental contribui clara e indubitavelmente para a execução de actos delituosos e até de crimes violentos (Hodgins, 2006 in Nunes, 2010).

Deve ter-se em consideração que a psicopatologia dos pais também pode concorrer para o desenvolvimento de condutas criminosas, manifestadas pelos filhos. De facto, quer a depressão, quer a dependência de drogas, quer o diagnóstico de psicopatia dos pais, tem vindo a ser referidos como quadros psicopatológicos associados à possibilidade de manifestação de comportamentos criminosos nos filhos (Smith e Farrigton, 2004 in Nunes, 2010).

A relação entre doença mental e crime é realmente complexa, envolvendo alguns aspectos que podem conduzir a alguma confusão. Nomeadamente pode considerar-se que o doente mental tende a cair num determinado meio socio-económico, que se insere em comunidades tendencialmente mais violentas; as categorias nosológicas no âmbito da doença mental tendem, frequentemente a incluir a violência nos seus critérios de diagnóstico; as

populações tendem a ficar mais alarmadas com condutas violentas, se o ofensor exibir sinais de doença mental (Howitt, 2009 in Nunes, 2010).

Deve, também, salientar-se que a associação entre crime e psicopatologia não é linear. Certos crimes são, efectivamente, cometidos por indivíduos portadores de psicopatologia, mas não porque o acto em si expresse um qualquer desejo, consciente ou inconsciente, mas antes por constituir um meio para alcançar um fim munido de determinado sentido para o indivíduo. “Por exemplo, o sentimento de culpa por algo não resolvido ou a busca inconsciente de uma auto-punição percebida como merecida, podem conduzir o indivíduo à realização do crime” (Nicole, 2007 in Nunes, 2010).

2.3. *A Prisão enquanto privação de liberdade*

Moreira (1994), afirma que a pena privativa de liberdade é uma decisão de justiça e que, “à luz da lei” a detenção é puramente a privação de liberdade. Verifica-se depois de aplicada a sanção, que o encarceramento é um processo técnico, em que a gestão, qualidade e rigores estão entregues a um mecanismo autónomo que controla os efeitos da punição no interior do próprio sistema.

As primeiras explicações da privação nasceram dos trabalhos clássicos de Clemmer (1940), Sykes (1958) e Goffman (1974) in Moreira (2008), que tinham por base três pressupostos: o primeiro dizia respeito à privação da liberdade, como isolamento familiar e recusa da comunidade, privação de bens e serviços, privação de relacionamentos heterossexuais, privação da autonomia, perda de *status* e privação da segurança pessoal, a insegurança e o medo são nestes homens o resultado de um convívio com delinquentes; o segundo pressuposto prende-se com a privação dos direitos e necessidades humanas fundamentais que originam mal-estar físico, psicológico, emocional e social; o último pressuposto tem a ver com a sobrevivência - *“adaptar-se e recuperar a auto-estima, os reclusos adoptam o código de conduta informal próprio da comunidade prisional, uma hierarquia social peculiar com a constituição de grupos informais de líderes e subjugados, que estabelecem regras e mecanismos específicos de condutas entre reclusos.”* (cit. in Moreira, 2008, p. 96).

Segundo, ainda o mesmo autor, *“Qualquer que seja a finalidade da pena privativa de liberdade, ela é sempre um acto de coerção, pois a detenção é, por natureza, não voluntária e a prisão tem sido, desde sempre, um mundo fechado sobre si. Nela, toda a*

informação é tida como um segredo e obrigada a circular por canais próprios que a deformam e onde tudo se regula ao abrigo do olhos e ouvidos indiscretos da sociedade envolvente.” (1994, p.115).

Segundo Goffman (1974), o Estabelecimento Prisional organizou-se como “instituição total”, para atingir os objectivos a que se tinha proposto. Com principal interesse a regulação e controlo dos seus prisioneiros, no interior deste local, onde os que nele se encontram encarcerados, permanecerem durante a totalidade do dia, durante uma grande parte da sua vida. Todos os reclusos têm o mesmo tratamento dentro desta instituição, as normas e as regras institucionais impostas absorvem estes indivíduos, fazendo com que estes se sintam completamente controlados vinte e quatro sob vinte e quatro horas, tendo em conta o facto de estar constantemente a ser vigiados para além do seu espaço ser também o espaço dos outros.

Para Dores (2003), a instituição prisional emerge como um símbolo de esperança da modernidade, com objectivo da ressocialização, para os que transgridem as regras da sociedade que permitem a vida urbana e social.

A instituição prisional, no decorrer do tempo, tem como função afastar da sociedade os indivíduos que lhe conferem perigo, possibilitando assim a conservação de bem estar comunitário. A Prisão tem como princípio, desde a antiguidade, não só punir como também reintegrar socialmente o indivíduo através do trabalho, da educação social, física e moral (Foucault, 2004).

Segundo Gonçalves (1989), na perspectiva da prevenção da criminalidade, a prisão pode representar o dispositivo capaz de proteger a sociedade da acção do delinquente, e em simultâneo, promover as condições para que um trabalho de reinserção social se efective a partir de uma prática educacional intra-muros. Contudo, relativamente a esta última parece haver ainda muito a fazer em detrimento da primeira, a protecção da sociedade.

A meu ver, o passo seguinte para reinserir estes homens, encontra-se ao nível da transformação relativamente à forma como a sociedade percepção ex-reclusos, e ao próprio sentimento associado à sua presença em comunidade. Dando lugar a promover a noção de “tolerância ao desvio”, e tendo em conta que todos nós fomos ou somos potenciais delinquentes (Hirshi, 1969 in Gonçalves, 1989).

2.3.1. Processo de adaptação à prisão - Ansiedade e depressão

O processo de adaptação à prisão é um choque psicológico enorme, existe uma separação física da sociedade, e a consciencialização da duração dessa separação.

Para Moreira (1994), o recluso é um indivíduo excluído da sociedade por um período de tempo que varia consoante a pena que lhe foi aplicada. Durante este tempo a instituição passa a exercer sobre ele uma acção multi-facetada, que tem por fim transformar o homem que acabou de entrar, num indivíduo que se comporte de acordo com os padrões comportamentais socialmente aceites.

Os primeiros dias num estabelecimento prisional são de alto risco, o impacto inicial do isolamento numa cela é inexplicável. Normalmente os primeiros quinze dias, são passados numa Ala de observação, com uma rotina muito diferente das outras Alas. O contacto com o exterior é mais limitado, uma vez que, apesar de poder beneficiar de visitas de familiares e amigos próximos, não se encontra integrado com a restante população prisional nem exerce qualquer actividade, laboral ou escolar, tendo, neste período, como atrás já o referimos, somente duas horas a céu-aberto (Moreira & Gonçalves, 2010).

Todas as actividades diárias são monitorizadas por horários fixos e realizadas ao mesmo tempo. Os reclusos são obrigados a viver debaixo do mesmo tecto com outros reclusos, muitas vezes contra a sua vontade, como também a obedecer a uma única autoridade que lhes impõe regras formais explícitas e devidamente fundamentadas. Como já vimos, ao recluso não lhe pertence o tempo, o espaço, os seus próprios movimentos não lhe pertencem voluntariamente o que faz com que este sujeito a pouco e pouco vá perdendo a sua identidade (Gonçalves; Machado; Sani; Matos, 1999).

Moreira (1994), referenciando os autores Montandon e Crettaz (1981), concorda que esta nova vida origina um sexto sentido, que trás vantagens à adaptação ao meio prisional. Esta adaptação carece das carreiras sociais e criminais de cada um, da experiência prisional e da receptividade aos mecanismos institucionais, tratando-se assim de um processo desigual.

Os custos emocionais e físicos, decorridos desta adaptação, reflectem-se em taxas de suicídio, enlouquecimentos, auto-mutilações próprias dos meios prisionais, que são afinal apenas a ponta de um *iceberg* de traumas destruidores do melhor que a condição humana pode oferecer (Torres; Ribeiro, 2001).

Os autores Gonçalves e Vieira, (1989) defendem que, a vida na prisão é verdadeiramente limitadora das actividades do indivíduo, quer ao nível comportamental, quer

como psicológico. Afirmam que o meio prisional impõe vivências que dão origem a um conjunto de perturbações, “*mais ou menos*” características deste meio.

Tal como a ansiedade, que é definida por Beck & Emery (1985 in Marques, 2010) como o “*estado emocional de tensão*”, que o sujeito experiencia numa ocasião de grande agitação as sensações de aflição e de insegurança e excessivas manifestações somáticas físicas, tais como, suores, tremores, tensões musculares, aumento da pressão arterial e do ritmo cardíaco o que pode resultar numa sensação de ameaça constante à sua integridade.

Todo o ser humano fica ansioso em determinadas situações, faz parte da sua própria condição. Sentimo-nos ansiosos antes de uma intervenção, quando temos que falar em público, ou se soubermos que vamos enfrentar uma situação complicada com alguém. A ansiedade pode demonstrar-se de várias formas: taquicardia, sudação, a boca a ficar seca, a cara ou as mãos ficarem suadas, a visão pode ficar turva, tremores e tonturas, dores intramusculares e/ou gastro-intestinais, cefaleias de tensão, entre outros sintomas.

Às vezes é um sentimento de “que não se está mesmo cá”, ou que as coisas à nossa volta não são reais. Isso pode ser muito assustador e pode piorar a ansiedade, aumentando-a.

Segundo os autores Cooke & Baldwin (1990), um recluso que sofra de ansiedade, não pode fazer muito para diminuir os sintomas, contrariamente a um sujeito em liberdade, que tem ao dispor várias estratégias para se distrair. Esse recluso pode não perceber que o que sente é ansiedade, temendo que seja algum tipo de loucura. O que até, se pode desenvolver de repente. Por essa razão, um sujeito privado da liberdade e em função das suas próprias idiosincrasias, lida com a ansiedade de diferentes formas. Os reclusos podem ser incapazes de lidar com o aumento da tensão, inerente à privação, por se sentirem incapazes de a reconhecer e adoptar estratégias de alívio da tensão por externalização ou internalização do conflito, pondo em risco terceiros ou a sua própria integridade física.

A revolta sentida, exacerba os desmandos de conduta que se poderão traduzir em comportamentos auto-destrutivos ou parasuicidários, como por exemplo, atear fogo à própria cela, por forma a encontrar algum alívio de tensão: a tensão é alterada para relaxamento. Eles podem fazer estas coisas por outras razões, como está claro, mas é importante lembrar que os reclusos não têm as estratégias usuais para lidar com a ansiedade. Eles podem comportar-se de forma bizarra ou disruptiva algumas vezes porque eles não têm outra “saída” para a tensão, isto é, não têm outra forma de exteriorizar as suas tensões (Cooke; Baldwin, 1990).

A depressão, por seu lado, é uma perturbação mental que surge normalmente da noção que o sujeito tem de que está num estado de solidão afectiva, que se pode manifestar em

formas de humor depressivo e num conjunto alargado de sintomas psicopatológicos e somáticos, como por exemplo baixa auto-estima, distúrbios do sono, perda de apetite, baixa energia que se podem exacerbar quando ignorados (Harrison, Geddes, & Sharpe, 2002 in Marques, 2010).

A perda objectal intimamente ligada a uma perda narcísica existe frequentemente na depressão – “*sequela de uma perda culposa, dado o desejo de perda*” (Matos, 2001, p. 107); e é acompanhada de sentimentos de culpa, uma vez, que o indivíduo tem noção do seu ataque ao objecto perdido, quer na fantasia quer na realidade, no entanto, ele próprio desejou a perda do objecto devido à insatisfação sentida pela falta da presença e amor do mesmo. Desta forma, a culpabilidade está sempre presente na depressão.

Estudos efectuados relativamente à solidão na prisão concluem que esta é um local onde a solidão se pode manifestar de forma intensa, uma vez que os sujeitos são afastados da sociedade, da família e dos amigos, correndo o risco de poder vir a ser esquecido por eles (Bonner & Rich, 1990; Rokach, 2001 in Bogalho & Pais, 2004)

Segundo Beck (1976 in Gonçalves & Moreira, 1989), a depressão é definida por uma tríade cognitiva, que consiste numa perspectiva negativa do próprio sobre si mesmo, ao mundo e ao futuro, sendo este marcado pelo negativismo, e numa desvalorização da informação positiva que possui e que pode contribuir para ultrapassar esse estado emocional.

Deste modo, Gonçalves (1999) defende, que a população reclusa apresenta um elevado índice de perturbação mental, os sintomas das patologias de adaptação à prisão acima referidas estão frequentemente associadas, a explosões de agressividade, a descompensações do tipo psicótico, a alterações da imagem de si, a delírios e em última linha tentativas de suicídios.

Como já se constatou, a vida dentro de um Estabelecimento Prisional não é fácil de suportar nem de superar da melhor forma, é uma vida profundamente limitadora, a nível comportamental como a nível psicológico. Existem perturbações específicas deste meio institucional devido à privação total de liberdade. Essas perturbações podem ocorrer a nível sensorial, psicológico/psico-social e físico (cf., Valverde, 1997 in Gonçalves; Machado; Sani; Matos, 1999).

Assim o infractor acabado de chegar ao estabelecimento prisional depara-se com todos estes factores, controlo de espaço, de tempo e de vigilância, entre outros, que à partida lhe provoca uma grande ansiedade. Esta é uma fase de grande vulnerabilidade para estes homens, o que significa que existe um grande risco de comportamentos suicidários.

Zamble e Porporino (1988 in Gonçalves, 1999) concluíram que a ocorrência de distúrbios emocionais e os problemas de adaptação ao meio prisional era uma realidade presente em quase todos os reclusos no início de cumprimento de pena, mas que se iam atenuando ao longo do cumprimento da pena devido á rotina prisional.

Hayes (2000 in Moreira, 2008) averiguou que cinquenta por cento dos suicídios ocorridos em prisões do Norte da América acontecem nas primeiras vinte e quatro horas de reclusão.

2.4. Auto-mutilações em meio prisional

Com o afunilar deste trabalho pretendemos chegar às auto-mutilações enquanto resultado de inúmeros factores enunciados ao longo deste estudo, as perturbações de adaptação á prisão, a ansiedade a depressão, as questões ligadas à personalidade de cada indivíduo, a história de vida, a tipologia de crime e a sua situação jurídica são só alguns desses factores. Tendo em conta esta amalgama e o sujeito não tendo possibilidade de libertar toda esta angústia, na qualidade de preventivo, acaba por direcciona-la contra si, o resulta em muitos casos em auto-mutilações, tentativas de suicídio ou até no próprio suicídio. Este projecto, como já foi referido ao início, debruça-se somente nas questões de auto-mutilação em meio prisional, para tal é necessário definir este comportamento.

A definição mais adequada de auto-mutilação parece-nos ser a de Lorthois (1909 in Scharbach, 1986), afirmando que a auto-mutilação compreende todas as práticas resultantes de lesões de tecidos ou órgãos. Pode ser definida como uma violação da integridade física, e pode consistir numa lesão ou, na remoção total ou parcial de um órgão, ou de um membro da pele e seus anexos, e ainda em manobras, como por exemplo - na combustão e na introdução de corpos estranhos, que podem comprometer a sua vitalidade e o seu bom funcionamento se tivesse sido no entanto concluída, a fim de cometer o suicídio.

Antes de avançarmos é de toda importância classificar as auto-mutilações enquanto comportamento para-suicidário.

“O para-suicídio é então um, acto iniciado de livre vontade pelo próprio, em que este se auto-mutila ou toma uma dosagem que excede a dose terapêutica ou o seu habitual padrão de consumo, e que o indivíduo acredita ser farmacologicamente activa” (Saraiva, 1999, p. 31).

Segundo o autor, a definição de para-suicídio engloba também os comportamentos de auto-mutilação, no sentido de uma auto-lesão deliberada. Fenómeno chocante, relatado frequentemente com um misto de fascínio e angústia, a manifestação mais usual é o corte superficial do pulso ou do antebraço, por lâmina, faca, vidro ou outro objecto cortante, seguida de queimadura de cigarros e tatuagens. Mais raros são os cortes no abdómen, perna escoriações da pele e auto-mutilações do nariz, olho, língua, pénis, cabelo. Em relação às flebotomias, o autor descreve o síndrome de corte de pulsos, a diversos quadros psicopatológico, incluindo personalidades multi-impulsivas.

Para Kernberg (2004) O comportamento para-suicidário caracteriza-se por auto-lesões como cortes, queimaduras, escoriações da pele ou ainda arrancando os cabelos ou as unhas. A auto-lesão é muitas vezes directa, sendo cuidadosamente orientada para evitar danos vasculares. Várias auto-lacerações que podem provocar hemorragias ou lesões de grandes vasos, representam o comportamento suicida severo. O comportamento de para-suicídio crónico sem intenção suicida, a fantasia, é um comportamento que normalmente parte de um distúrbio de personalidade severo que requer psicoterapia de intervenção.

Pacientes com distúrbios de personalidade graves, que tenham presentemente um comportamento suicidário ou para-suicidário agudo, sem depressão são os casos que nós designamos como “suicídio como forma de vida”. Muitos comportamentos suicidários ou para-suicidários são uma expressão de ataques de raiva ou acessos de raiva quando o paciente se sente frustrado num contexto de relação com o outro, o que pode proporcionar um tormento emocional intenso. O comportamento suicidário pode expressar raiva contra os outros e contra si próprio sem que o mesmo consiga diferenciar a forma do impulso agressivo (Kernberg, 2004).

Entre os quadros nosológicos associados às flebotomias encontram-se alcoolismo, toxicodependências (Simpson, 1975 in Saraiva, 1999), distúrbios alimentares, sob a forma de anorexia ou bulimia (Rosenthal et al., 1972; Simpson, 1975 in Saraiva, 1999) e ainda distúrbios de personalidade *borderline* (Tyrer & Stein, 1993 in Saraiva 1999).

No estudo de Duque & Neves (2004) referiu-se que os comportamentos de auto-mutilação ocorrem ainda, de forma mais expressiva, entre indivíduos com atraso mental de grande gravidade, e em pacientes com perturbações psicóticas e em populações prisionais. No que se refere às perturbações psicóticas Roy, Hahn, Hanson, e Herrera, (1990 in Duque & Neves, 2004) concluem mesmo que, entre os sujeitos que exibem comportamentos de auto-mutilação, os pacientes esquizofrénicos encontram se significativamente sobre-representados.

Entre os precipitantes citados na literatura estão sentimentos de perda e de abandono (Simpson, 1975 in Saraiva, 1999). Um trajecto possível no doente que se auto-mutila é uma sensação de vazio inicial, seguida por um estado de tensão crescente, cólera, solidão, e, eventualmente, dissociação ou despersonalização. No momento do corte, quase sempre indolor, o acto de sangrar é essencial, porque esbata culpas e angústias, ao mesmo tempo que traz de volta o doente para a realidade (Hawton & Catalan, 1987 in Saraiva, 1999).

Noutro estudo, ficou demonstrado que, para além de um tipo de funcionamento da linha psicótica, ainda estão associados aos comportamentos de auto-mutilação, outros sintomas afectivos e comportamentais como a depressão, ansiedade, problemas de conduta ou comportamento anti-social (Guertin, 2001 in Duque & Neves, 2004).

No estudo de Duque & Neves (2004), Simeon *et al.*, citados por Fulwiler *et al.*, afirmam por outro lado, que os indivíduos que exibem comportamentos de auto-mutilação tendem a ter características da personalidade mais anti-sociais, agressivas e impulsivas, comparativamente com indivíduos que não exibem este tipo de comportamento, características genericamente comuns aos critérios de diagnóstico das Perturbações Anti-Social e Estado-Limite da Personalidade.

Segundo a DSM-IV-TR (Frances & Ross, 2004), os critérios de diagnóstico da Perturbação estado-limite da personalidade consistem no padrão global de instabilidade no relacionamento interpessoal, auto-imagem e afecto, e impulsividade marcada com começo no início da idade adulta e presente numa variedade de contextos, indicados nos seguintes critérios: Esforços frenéticos para evitar o abandono real ou imaginado; Padrão de relações interpessoais intensas e instáveis caracterizadas por alternância extrema idealização e desvalorização; Perturbação da identidade: instabilidade persistente e marcada da auto-imagem ou do sentimento de si próprio; Impulsividade pelo menos em duas áreas que são potencialmente autolesivas (gastos, sexo, abuso de substâncias, condução ousada, ingestão alimentar maciça); Comportamentos, gestos ou ameaças recorrentes de suicídio, ou comportamento automutilante; Instabilidade afectiva por reactividade de humor marcada (por exemplo, episódios intensos de disforia, irritabilidade ou ansiedade, habitualmente durando poucas horas ou mais raramente alguns dias); Sentimento crónico de vazio; Raiva intensa e inapropriada ou dificuldades de a controlar (por exemplo, episódios de perda de calma, raiva constante, brigas constantes); Ideação paranóide transitória reactiva ao *stress* ou sintomas dissociativos graves.

Diferentemente do que acontece na neurose, o sujeito Borderline não constrói um sintoma, nem um delírio como é frequente na psicose, este age o conflito (Painchaud & Montgrain, 1991).

Não podendo ser considerados como neuróticos ou psicóticos, são indivíduos onde o aparelho psíquico funciona de modo insistente e alienante no que respeita a limites do fora e do dentro; do Ego e não Ego do objecto interno e do objecto externo. (Critchfield & Levy & Clarkin & Kernberg, 2008)

Nestes casos tidos como limite, a força pulsional romperia de forma selvagem, causando angústias narcísicas no Ego, devido ao risco intrusivo interno do objecto (Mijola & Mijola-Mellor, 2002). O que indica que há uma recusa do aparelho psíquico em se responsabilizar, qualquer coisa é entendida como sendo mobilizada no exterior e do exterior, consequência da clivagem, da negação e da identificação projectiva (Painchaud & Montgrain, 1991). Para Painchaud & Montgrain em 1991, tendo em conta a existência de dois pólos extremos que restringem o estado-limite, existem casos onde a descompensação figura na margem do delírio e de outros onde se entende uma característica de luta perdida contra uma vivência depressiva fatal. Depressão esta, entendida maioritariamente como uma situação sintomatológica e nosológica ao invés de uma situação mais psicodinâmica que se refere à posição depressiva escrita por Melanie Klein.

Desta forma, sexualidade e agressividade ligam-se, pois a violência atribuída ao objecto é imposta pelo interior que é o que inibe o pensamento; no entanto, é importante a existência de autonomia do pensamento, com a finalidade de garantir a identidade interna do sujeito que é necessária que se mantenha, uma vez que esta é entendida como sempre ameaçada por um objecto exterior, o qual ele não assimila e lhe é estranho (Green, 1982 in Mijola & Mijola-Mellor, 2002).

Os autores Painchaud e Montgrain (1991) concordam com Kernberg (1995) no que diz respeito à relação da perturbação limite da personalidade do DSM-IV-TR (2004) e as tendências suicidárias crónicas e automutiladoras, afirma que são um traço fundamental da personalidade destes sujeitos.

Kernberg (1991) observou uma *“tendência para o comportamento suicidário crónico e para auto-mutilações sob a forma de incisão de queimaduras, ou uma associação de ambas, em pacientes que apresentavam uma personalidade narcísica que funciona num nível limite manifesto, e outros pacientes com uma organização limite da personalidade em que a característica principal é a pseudologia fantástica”* (p.190).

Alguns pacientes crónicamente psicóticos, atípicos, podem imitar este tipo de paciente *borderline*. Assim sendo, o autor defende a necessidade de avaliação de uma forma descritiva e psicodinâmica de todos os sujeitos, para que se possa distinguir os vários subgrupos. Em primeiro lugar Kernberg considera que; o sujeito com presença de comportamento auto-mutilatório crónico corresponde muito directamente ao diagnóstico descrito da perturbação-limite da personalidade, segundo o DSM-IV-TR (2004).

O comportamento de auto-mutilação e/ou gestos suicidários surge durante crises de cólera misturadas com explosões súbitas de humor depressivo, gestos estes destinados a exercer controle sobre o meio envolvente, provocando nos outros sentimentos de culpabilidade; em segundo que, o comportamento auto-mutilatório crónico mais grave, normalmente está associado às tendências suicidárias, que por sua vez, está ligado a um “narcisismo negativo” referido pelo autor. Estes indivíduos apresentam uma organização-limite da personalidade e uma estrutura da personalidade predominantemente narcísica, funcionando um manifesto nível *borderline*, isto é, falta de controle dos impulsos, falta de tolerância à angústia e “canalização sublimatória”. São pessoas com um estilo de vida caótico como as de personalidade infantil, o que faz com que facilmente sejam confundidos. Embora não demonstrem a dependência e ligação ao outro, características da personalidade infantil. As suas crises de raiva e explosões depressivas quando a sua grandiosidade patológica é posta em causa, o que faz com que se sintam humilhados e derrotados que para eles acaba por ser uma experiência traumática.

A expressão “*narcisismo maligno*”, segundo Kernberg (1984), “*refere-se à infiltração, através da agressividade, deste self grandioso que caracteriza a personalidade narcísica, estes pacientes tenham um maior sentimento de auto-estima e uma confirmação da sua grandiosidade quando podem exprimir a sua agressividade em direcção a eles próprios ou aos outros*”, (p. 219). A grandiosidade destes sujeitos é compensada pelo seu sentimento de poder triunfar sobre o medo da morte, que manipulam enquanto os outros a temem.

O terceiro e último tipo de comportamento automutilador crónico descrito por Kernberg (1991) relaciona-se ao suicídio e abarca alguns estados psicóticos atípico, como certas esquizofrenias crónicas que imitam as perturbações *borderline*. Estes são pacientes com uma estrutura de personalidade essencialmente psicótica, cujos comportamentos se distinguem pela quer pela grande crueldade, quer pela sensação de um processo psicótico subjacente. Quando estes indivíduos não estão em episódio depressivo são socialmente retraídos,

frequentemente revelam um leque de tentativas de suicídio bizarras, como por exemplo, delírios de que estão condenados à morte ou que recebem ordens para se matar.

Associados ao comportamentos suicidários na prisão são imensos os factores de risco. Fruehwald, Matschin, Koenig, Bauer e Frottier (2004 in Moreira, 2009), estes autores concluíram que os factores associados aos comportamentos suicidários, são: o história de comportamentos auto-lesivos; diagnóstico psiquiátrico; medicação psiquiátrica prescrita durante o encerramento; alojamento em cela individual e prática de crime violento.

Hayes, 1995 e Palmer & Connelly, 2005, defendem que são múltiplos os factores que contribuem para elevada taxa de comportamentos suicidários no interior das prisões, desde os factores sociodemográficos, às variáveis criminais e ao diagnóstico clínico.

Hayes (2000 in Moreira, 2009), constatou que reclusos com mais do que uma condenação, (os que cumpriam penas longas), os primários com pouco historial criminal, jovens até aos 18 anos, de uma classe social elevada, com história pessoal de autolesão, que tenham tido alguém na família que tenha tentado o suicídio, que tenham presenciado ou tido conhecimento de um suicídio de outro recluso, que demonstrem culpa ou vergonha exagerada pelo crime cometido, que apresentem perturbação psiquiátrica no período pré detenção, que se deparem com más notícias durante a execução da pena e que abusam ou dependam de substâncias, encontravam-se em maior risco suicida.

O autor verificou ainda que se constituem como factores de risco, a fase inicial da execução da pena, principalmente as primeiras vinte e quatro horas de reclusão, reclusos em processo de abstinência de substâncias, que esperam por julgamento ou que acabaram de ser sentenciados. Também se constituem como factores de risco os feriados e fins de semana, datas marcantes, como aniversário de casamento, aniversário de um filho ou de divórcio.

2.5. Problemas de investigação

Tendo em conta todo o referencial teórico até aqui referido, relativamente a sujeitos que enveredam pelo mundo criminal e acabam privados da sua liberdade, não olvidando que muitos destes sujeitos pudessem ter alguma perturbação mental o que igualmente poderá estar na base do aparecimento de comportamentos auto-mutilatórios em meio prisional. Ou até mesmo, sujeitos que já tivessem historial deste tipo de comportamentos, e que em meio prisional estes possam exacerbar-se. Entende-se que o processo de adaptação à prisão, pode estar directamente ligado à ansiedade e à depressão. Contudo, é de todo o interesse perceber

este tipo de comportamentos em meio prisional, para que se possa actuar de uma forma mais assertiva, aquando destas situações, para tal é necessário perceber qual o significado deste comportamentos para cada sujeito que se auto-lesione, só assim se pode intervir de forma a que se consiga prevenir comportamentos graves que possam prejudicar o bem-estar físico e psíquico de cada um.

Desta forma, pretende-se aprofundar esta problemática, formulando assim os seguintes problemas:

De que forma o meio prisional vai minorar ou exacerbar os comportamentos de auto-mutilação, em reclusos preventivos com histórico de auto-mutilação?

De que forma o meio prisional poderá influenciar a manifestação súbita de auto-mutilações, em reclusos preventivos sem histórico de auto-mutilação, mas com histórico de perturbação psiquiátrica?

Qual a representação psicológica das auto-mutilações em cada recluso preventivo auto-mutilante?

3. MÉTODO

3.1. Características do estudo

A metodologia utilizada será a qualitativa, sendo que, esta compreende um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam a descrição e descodificação de componentes de um sistema complexo de significados. Esta metodologia tem por objectivo traduzir e expressar o sentido dos fenómenos do mundo social (Neves 1996).

Para tal é necessário uma investigação detalhada, portanto o modo de investigação utilizado será o estudo de caso, dado que o seu objectivo é a análise profunda de uma unidade de estudo. Para Godoy (1995, in Neves, 1996), o estudo de caso visa o exame detalhado de um ambiente, de um sujeito ou de uma situação em particular. Seguidamente será realizada uma comparação multicase, que consiste na descoberta de convergências entre vários casos (Hébert; Goyette; Boutin, 2008).

Para tal, efectuar-se-á dez estudos de caso, aos dez sujeitos seleccionados. Segundo Bell (1993), num estudo de caso importa olhar para a interacção de factores e acontecimentos, para se chegar a uma concepção completa desta mesma interacção. As técnicas de recolha de informação escolhidas são aquelas que se adequam á tarefa proposta.

A ideia compreensiva do estudo de caso subentende uma participação activa tanto na vida dos sujeitos observados como em uma análise em profundidade do tipo introspectivo (Hébert; Goyette; Boutin, 2008).

Assim, o objectivo do estudo de caso é reunir informações numerosas e pormenorizadas, tentando ao máximo, abarcar a totalidade da situação. Deste modo, podem ser várias as técnicas de recolha de informação – observações, entrevistas e documentos.

As características do estudo de casos por Bruyne *et al.* (1975 in Hébert; Goyette; Boutin, 2008) vão no mesmo sentido daquelas que Robert & Yin propuseram (1975 in Hébert; Goyette; Boutin, 2008, p.170): “*o estudo de casos toma por objecto um fenómeno contemporâneo situado no contexto da vida real; as fronteiras entre o fenómeno estudado e o contexto não estão nitidamente demarcadas; o investigador utiliza fontes múltiplas de dados*”.

Tendo em conta o objectivo do estudo fará sentido fazer-se uma análise multicasos, isto é, cruzar os dados de todos os participantes, para concluir se existem divergências ou convergências nas representações possíveis das auto-mutilações, uma vez que a comparação se baseia no estudo aprofundado de cada um dos casos.

Segundo Yin (1984 in Hébert; Goyette; Boutin, 2008), a comparação multicasos pode agrupar a recolha dos dados de observação relativos a uma só ou a mais unidades de análise.

Os instrumentos escolhidos para se efectuar a recolha dos dados necessários para a elaboração dos estudos de caso são os seguintes, um *Questionário Sociodemográfico* elaborado para a presente investigação, que consiste em recolher informação geral da vida do sujeito e de forma a “quebrar o gelo” inicial e o seu principal objectivo é seleccionar dos reclusos preventivos os que se auto-mutilam, para que esses passem à próxima fase da investigação. Na fase seguinte será aplicada a versão portuguesa da *Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações de Personalidade do Eixo II do DSM - IV*, é uma entrevista de diagnóstico que permite avaliar as dez Perturbações da Personalidade do Eixo II da DSM-IV, bem como o Distúrbio da Personalidade Depressivo e o Distúrbio da Personalidade Passivo-Agressivo. A aplicação da mesma tem por objectivo dar a conhecer o comportamento habitual e relacionamentos do sujeito e a sua capacidade para auto-reflexão, bem como se este é portador de algum distúrbio de personalidade. Através desta prova tirar-se-á conclusões acerca de relação entre comportamento auto-mutilatório e perturbação psicológica.

Em última fase será aplicada uma *Entrevista semi-directiva* que tem por base um guião anteriormente semi-elaborado, estando sujeito a mudanças no decorrer da mesma sempre que se achar necessário. Com este tipo de entrevista, o sujeito tem liberdade para responder de uma forma mais aberta, isto é, as perguntas elaboradas não têm um cariz fechado que restrinja a resposta do sujeito. Esta tem por fim a compreensão da representação das auto-mutilações de cada recluso preventivo.

3.2. *Participantes*

Em primeiro lugar será seleccionado um Estabelecimento Prisional (EP) que abranja a pena de prisão preventiva no Distrito Judicial de Lisboa, para que facilite a recolha dos dados, a escolha ficará ao encargo da Direcção Geral dos Serviços Prisionais, por deterem o conhecimento das características de dos Estabelecimentos e das populações reclusas.

Neste sentido, a amostra será constituída por dez reclusos preventivos, do sexo masculino com comportamentos de auto-mutilação de um Estabelecimento Prisional.

Será realizado num Estabelecimento Prisional que inclua reclusos preventivos, pelo facto de esses se encontrarem mais vulneráveis a este tipo de comportamento, devido a factores *stressores* característicos desta fase de reclusão.

3.3. *Instrumentos*

Serão três os instrumentos utilizados para a realização do estudo.

Em primeiro lugar será aplicado um questionário sociodemográfico, elaborado para o estudo, que pretende seleccionar reclusos preventivos que se auto-mutilem, para que em seguida se possa despistar perturbações de personalidade através da *SCID-II - Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações de Personalidade do Eixo II do DSM-IV*, versão portuguesa.

Por último aplicar-se-á uma entrevista semi-directiva que têm por base um guião anteriormente semi-elaborado, com o objectivo de aceder às representações psicológicas das auto-mutilações de cada um dos sujeitos.

3.3.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico (Anexo I) é um instrumento concebido para a caracterização dos sujeitos da amostra no qual se colhe informação nos seguintes parâmetros: Nome; Idade; Nacionalidade; Estado Civil; Habilitações Literárias; Tempo de reclusão; Tipo de Crime, considerando-se três categorias a) crimes contra a propriedade; b) Crimes contra a pessoa (ou crimes violentos); c) Crimes relacionados com droga. Os crimes contra a propriedade englobam actos transgressivos cujos fins dizem respeito à obtenção de bens como o furto a burla e a falsificação; os crimes contra a pessoa, inclui actos de criminalidade violenta que implica o atentar directamente contra a integridade física ou psicológica das vítimas, como o homicídio, ofensas corporais ou violação; os crimes relacionados com droga referem-se aos factos ilícitos típicos que se relacionam de forma directa com a problemática da circulação e tráfico de drogas, ou seja, o tráfico e tráfico e consumo. Ainda: Antecedentes Criminais; Antecedentes Prisionais; Consumo actual de Estupefacientes; Consumo actual de Psicofármacos; História de Comportamentos Auto-mutilatórios; História de Internamento Hospitalar / Meio Prisional.

Os dados aqui recolhidos servem o propósito de descrever os sujeitos nos parâmetros referidos e possibilitando o despiste de reclusos preventivos que se auto-mutilem, para que esses passem à fase seguinte proposta no estudo.

3.3.2. Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações de Personalidade do Eixo II do DSM-IV - SCID - II

A SCID-II é uma entrevista de diagnóstico semi-estruturada, traduzida para a língua portuguesa por Gouveia, Matos, Rijo, Castilho e Salvador em 2011, que tem por objectivo avaliar as onze Perturbações de Personalidade do Eixo II do DSM-IV, bem como Distúrbios da Personalidade e o Distúrbio da Personalidade Passivo-Agressivo (incluídos no apêndice B do DSM-IV). Pode ser utilizada para fazer diagnósticos do Eixo II, quer categoricamente (presente ou ausente), quer dimensionalmente (registando o número de critérios que, para cada diagnóstico foi preenchido). As perturbações de personalidade avaliadas através desta prova são as seguintes pela ordem de avaliação respectiva: Perturbação Evitante da Personalidade; Perturbação dependente da Personalidade; Obsessivo-Compulsiva; Perturbação Passivo-Agressiva da Personalidade; Perturbação Depressiva da Personalidade;

Perturbação Paranóide da personalidade; Perturbação Esquizotípica da Personalidade; Perturbação Esquizóide da personalidade; Perturbação Histriónica da Personalidade ; perturbação Narcísica da Personalidade; Perturbação Estado-Limite da Personalidade; Perturbação Anti-Social da Personalidade; Perturbação da Personalidade sem outra especificação.

Relativamente ao procedimento de aplicação, é preenchido inicialmente o Questionário de Personalidade, de modo a reduzir o tempo da aplicação. Nesta situação para além das questões gerais com que se inicia a SCID-II, o entrevistador realiza apenas as questões a que o sujeito respondeu “sim”, no Questionário da Personalidade. Como na entrevista existem questões adicionais, o entrevistador decide, então se o indivíduo preenche ou não o critério que está a ser avaliado, com base nas respostas a essas mesmas questões. Ao longo da entrevista, as respostas do sujeito permitem definir se ele não possui o critério de avaliação. Se possui, mas não em grau suficiente ou se possui em grau suficiente para que seja cotado. Correspondem a cada uma destas decisões do entrevistador, os códigos 1, 2 ou 3 respectivamente, que devem ser registados na própria entrevista. Caso a informação obtida não seja concreta acerca de determinado critério, dever-se-á assinalar o sinal “?”.

Ao que se refere ao procedimento de cotação, no final da entrevista, para cada distúrbio da personalidade avaliados, são cotados os critérios alcançados, sendo lançados os números de critérios para cada diagnóstico, na folha de cotação sumária (Anexo II). Se o indivíduo tiver apenas um critério para lhe ser atribuído o diagnóstico, o entrevistador deve avaliar os restantes critérios desse mesmo diagnóstico, que não tinham anteriormente sido avaliados, os que dizem respeito às questões correspondentes do questionário da personalidade que o indivíduo anteriormente teria respondido “não” (First; Gibbon; Spitzer; Williams; Benjamin, 1997).

Quanto aos resultados, no final da entrevista obtém-se um quadro sumário com um perfil de patologia da personalidade ao longo das perturbações da personalidade avaliadas e assinala-se o distúrbio de maior atenção clínica.

3.3.3. Entrevista Semi-Directiva

Será realizada uma entrevista individual a cada um dos reclusos, esta é uma entrevista semi-directiva que têm por base um guião anteriormente semi-elaborado, podendo este estar sujeito a mudanças no decorrer da mesma sempre que se achar necessário. Com uma

entrevista semi-directiva, o sujeito tem liberdade para responder de uma forma mais aberta, isto é, as perguntas elaboradas não têm um cariz fechado que restrinja a resposta do sujeito.

A entrevista clínica visa apreender e compreender o funcionamento psicológico de um sujeito, focando-se nas suas vivências e acentuando a relação. A entrevista é um dos melhores meios para aceder às representações subjectivas do sujeito, pois, permite obter informações sobre o sofrimento do sujeito, as dificuldades de vida, os acontecimentos vividos, a sua história, a maneira como gere as relações com os outros, a sua vida íntima, os seus sonhos e os seus fantasmas (Bénony.& Chahraoui, 2002).

Para Bell (1993), mais importante do que a formulação é a importância da precisão dos termos utilizados, pois a linguagem deve ser adequada e compreensível a todo o tipo de entrevistados.

Dar-se-á início à entrevista aos reclusos (Anexo III) pela recolha dos dados sociodemográficos de cada um, de forma a caracteriza-los e com o principal intuito de dar início à entrevista de forma a deixar os participantes mais à vontade.

A entrevista é composta por cinco tópicos, com o objectivo de recolher o máximo de informação possível sobre as várias fases da sua história de vida, e de que forma foram vivenciadas e sentidas. Desde o período em liberdade, tipologia de crime, até ao período de reclusão, passando por aspectos do tipo de relações estabelecidas, a forma como reage a determinadas situações, formas de pensar e de sentir, imagem de si próprio, por último e de grande importância para o estudo, a representação das auto-mutilações.

No primeiro tópico, Motivo da Privação de Liberdade é importante perceber a tipologia de crime e o motivo pelo qual o levou a cometer, o irá fornecer algum tipo de informação relativamente ao seu modo de acção, isto é, o que poderá estar na base do crime, se foi usada violência, se foi utilizado algum tipo de arma, o tipo de relação com a vítima, perceber se foi uma reacção a uma ameaça ou se por outro lado foi um acto impulsivo, ou até mesmo se esteve relacionado a uma oportunidade, qual a visão que o próprio tem pelo acto cometido. Existe um role de dados que podem surgir através deste tópico que serão fundamentais à análise do sujeito.

O segundo tópico diz respeito à vida do sujeito Antes da Entrada na Prisão, onde é central perceber as relações, ou seja, com quem o sujeito mantinha laços afectivos antes da sua entrada na prisão, se tem companheira, filhos e como são estas relações. Qual a qualidade dessas relações com cada um dos membros da família, nomeadamente com a mãe, com o pai e com os irmãos, caso os tenha, e que tipo de contacto mantém com estes. Perceber quais os

eventos marcantes da sua vida desde a infância, passando pela adolescência até à idade adulta, é também importante perceber se algum dos progenitores faleceu, e qual o motivo da morte e ainda perceber se o recluso tem historial clínico.

O terceiro tópico, Reacções Habituais é fundamental para compreender a forma como o indivíduo reage em diferentes situações, por exemplo: como reage à frustração, como gere conflitos e soluções. Perceber se as auto-mutilações são uma das reacções a situações em que o sujeito experiencie emoções extremas, que emoções são essas, como e com que frequência aparecem.

Através deste tópico tem-se por objectivo identificar algumas características da personalidade do sujeito.

No quarto tópico serão abordados os temas relativos ao impacto da Entrada na prisão, elementar para a investigação, pois é neste tópico que se dará conta se o sujeito está a sofrer de alguma perturbação de adaptação ao meio prisional. É importante compreender como está a lidar com os factores *stressores* característicos do meio prisional, se demonstra ansiedade ou traços depressivos, como também o tipo de pensamentos, isto é, erros de pensamento, distorções cognitivas, perceber como o sujeito está a lidar com esta fase incerta, em que não tem a sua situação jurídica ainda definida.

Assim este tópico, mostra-se de extrema importância, sendo que dará informação sobre o estado actual do indivíduo.

Por fim, o quinto e último tópico, considerado o mais importante para o objectivo concreto do estudo, intitulado Comportamento Auto-Mutilatório, só neste momento se poderá ter acesso às representações das auto-mutilações e compreender o que está na base deste comportamento, o que o fez emergir pela primeira vez, tal como, a importância deste comportamento para o sujeito, ou seja, se é um aliviar de sintomas, se é uma resposta a uma dor psíquica, se é culpa ou angústia, ou se é simplesmente uma instrumentalização, um meio para atingir um fim. Poderá ser uma forma de trazer o recluso à realidade, este pode sentir um vazio inicial seguido de um estado de tensão crescente, pode sentir cólera e/ou solidão.

Sendo esta uma entrevista-semi-directiva, que tem por objectivo dar liberdade de resposta ao indivíduo, é necessário ter em conta que o sujeito pode não fornecer a informação pretendida em cada questão, assim durante a mesma, sempre que se achar pertinente, o sujeito será inquirido com outras perguntas (mais directas) com o princípio de enriquecer cada um dos tópicos, tendo em conta as diferenças de cada sujeito.

3.4. Procedimento

Será obtida junto da Direcção Geral dos Serviços Prisionais a necessária autorização para efectuar o presente estudo num estabelecimento prisional no Distrito Judicial de Lisboa com valência de preventivos. Neste documento encontra-se, a explicação e o objectivo da investigação, com a indicação dos instrumentos a utilizar e dos procedimentos a seguir, que será enviada à Direcção Geral dos Serviços Prisionais (DGSP) do Ministério da Justiça, ao cuidado do Senhor Director Geral (Anexo IV).

Sendo este aprovado pela Direcção Geral dos Serviços Prisionais (DGSP), será encaminhada para a Direcção do Estabelecimento Prisional do Distrito de Lisboa, seleccionado e autorizado pela DGSP, uma carta onde conste a informação à cerca do estudo e com um pedido de agendamento de uma reunião com o/a Senhor (a) Director (a) do Estabelecimento Prisional com o intuito de explicitar os objectivos da investigação e no caso de existirem dúvidas, que possam ser esclarecidas da melhor forma.

A aplicação dos instrumentos será realizada em quatro momentos diferentes. No primeiro momento dever-se-á demonstrar aos participantes que a sua colaboração no estudo terá de ser voluntária, implicando uma entrevista a todos os reclusos preventivos, após uma semana de reclusão, até perfazer uma amostra de 10 sujeitos com comportamentos auto-mutilatórios. O objectivo desta primeira entrevista, primeiro momento, é dar a conhecer o estudo a cada um dos participantes e assegurar a sua vontade na participação desta investigação (Anexo VI), para tal tirar quaisquer dúvidas que possam surgir, assegurando a confidencialidade total de todos os dados recolhidos. Na segunda fase, passado uma semana da primeira, será aplicado um Questionário Sociodemográfico, elaborado para o estudo em questão, que tem por objectivo de despistar os indivíduos que se auto-mutilam, para que sejam seleccionados à próxima fase e excluir os reclusos que não indicam comportamento auto-mutilatório.

Numa terceira fase, ainda na mesma semana da segunda fase, será aplicado a SCID-II - Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações de Personalidade do Eixo II do DSM-IV, consiste numa Entrevista de diagnóstico semi-estruturada que tem por objectivo avaliar as onze Perturbações de Personalidade do Eixo II do DSM-IV, referidas anteriormente.

A SCID-II geralmente é administrada em seguida à SCID-I que avalia os distúrbios de personalidade do Eixo I, sendo que esta não será aplicada o entrevistador deve conduzir uma avaliação de diagnóstico não estruturada e breve focalizando as patologias do Eixo I.

Iniciará-se a prova pelo preenchimento do Questionário de Personalidade, de modo a reduzir o tempo da aplicação na avaliação de um grande número de critérios, este pode ser auto-preenchido e geralmente o tempo necessário para completar o questionário ronda os vinte minutos. Cada item do Questionário de Personalidade corresponde a uma questão na SCID-II. Neste sentido, o entrevistador realiza apenas as questões a que o sujeito respondeu “sim”, no Questionário da Personalidade. Como na entrevista existem questões adicionais, o entrevistador decide, então se o indivíduo preenche ou não o critério que está a ser avaliado, com base nas respostas a essas mesmas questões. Ao longo da entrevista, as respostas do sujeito permitem definir se ele não possui o critério de avaliação. Se possui, mas não em grau suficiente ou se possui em grau suficiente para que seja cotado. Correspondem a cada uma destas decisões do entrevistador, os códigos 1, 2 ou 3 respectivamente, que devem ser registados na própria entrevista. Caso a informação obtida não seja concreta acerca de determinado critério, dever-se-á assinalar o sinal “?”.

Relativamente ao procedimento de cotação, no final da entrevista, para cada distúrbio da personalidade avaliado, são cotados os critérios alcançados, sendo lançados os números de critérios para cada diagnóstico, na folha de cotação sumária (Anexo II). Se o indivíduo tiver apenas um critério para lhe ser atribuído o diagnóstico, o entrevistador deve avaliar os restantes critérios desse mesmo diagnóstico, que não tenham sido anteriormente avaliados, os que dizem respeito às questões correspondentes do questionário da personalidade que o indivíduo anteriormente teria respondido “não”

Quanto aos resultados, no final da entrevista obtém-se um quadro sumário com um perfil de patologia da personalidade ao longo das perturbações da personalidade avaliadas e assinala-se o distúrbio de maior atenção clínica. Este facilita o processo de análise de dados, não sendo necessário recorrer a um programa computacional de análise estatística de dados, sendo que a folha de respostas e os módulos da SCID-II possuem campos de dados numéricos, oitenta campos por registo no lado direito de cada página.

Assim poderá inferir-se sobre o quadro psicológico do sujeito e analisar se o comportamento auto-mutilatório estará associado a uma resposta inconsciente de um mau estar psíquico.

Na quarta e última fase, uma semana após a aplicação da SCID-II, será realizada uma entrevista a cada um dos dez sujeitos, com o objectivo de compreender a representação da auto-mutilação em cada indivíduo, para tal construiu-se uma entrevista semi-directiva, com o

objectivo de guiar o sujeito e ao mesmo tempo, permitir-lhe uma maior abertura nas suas respostas.

A entrevista realizar-se-á num gabinete disponibilizado pelo EP, onde o recluso passará por todas as fases. Somente o recluso e o examinador estarão presentes no espaço destinado para a aplicação do instrumento. No início da mesma é explicado ao participante que todos os dados são confidenciais, que não existem respostas certas ou erradas e que não têm de limite de tempo.

As respostas serão gravadas, com um gravador, para tal é necessário pedir autorização à direcção do EP e ao sujeito inquirido, caso por algum inconveniente o gravador não possa ser utilizado, as entrevistas serão escritas no momento da avaliação de forma a não se perder nenhum dado importante. No decorrer de toda a investigação, desde o primeiro momento, a cada recluso será atribuído um nome que não o seu, para garantir a máxima confidencialidade da informação cedida pelos mesmos.

Após a recolha da informação de todas as entrevistas, proceder-se à análise de conteúdo dos dados recolhidos individualmente. A análise de conteúdo subentende uma contagem, de quantas vezes determinados termos ou unidades de registo surgem numa amostra de fontes de informação.

Esta técnica de investigação, tem como finalidade fazer inferências válidas e receptíveis a partir dos dados e em conformidade com o seu contexto (Judith Bell, 1993).

Bardin (1979 in Vala, 1986) refere que a interferência é fundamental no sentido que é o que possibilita passar da descrição à interpretação, enquanto confere sentido às características do material que foram levantadas, enumeradas e organizadas.

Para Vala (1986) a análise de conteúdo tem como intuito efectuar inferências, assentes numa lógica explicitada, sobre as mensagens, das quais as características foram inventariadas e sistematizadas.

O que acontece é a “desmontagem” de um discurso para se fazer uma nova produção desse discurso através de um processo de localização - atribuição de traços de significação, consequência de uma relação dinâmica entre as circunstâncias de produção do discurso a analisar e as circunstâncias de produção da análise.

Segundo o autor anteriormente referido, a análise de conteúdo fundamenta-se em identificar, ordenar e dar sentido à informação obtida, o que resulta numa simplificação que facilita a apreensão e a explicação (Vala, 1986).

Para que a interpretação da informação recolhida seja mais facilitada, é fundamental a criação de categorias de análise. Hogenraad (1984 in Vala 1986) explica categoria como sendo, um determinado número de sinais da linguagem que caracterizam uma variável na teoria do analista, assim, uma categoria é comumente constituída por um termo-chave que aponta o significado do conceito que se deseja apreender, e de outros indícios que descrevem o campo semântico do conceito.

As categorias da análise de conteúdo da entrevista elaborada para este projecto de investigação são: Dados sociodemográficos; Motivo da privação de liberdade; Antes da entrada na prisão; Reacções habituais; Entrada na prisão; Comportamento auto-mutilatório. Estas devem ser sujeitas a um teste de validade interna que consiste na exaustividade, isto é, que todas as unidades de registo possam ser colocadas numa das categorias, e exclusividade, ou seja, que uma mesma unidade de registo só possa caber numa categoria. Sendo a escolha das categorias e a escolha das unidades de análise, as etapas mais exigentes de todo o processo.

Seguidamente é necessário definir as unidades de análise para cada questão, segundo Vala (1986) uma análise de conteúdo pressupõe três tipos de unidades de análise: unidade de registo; unidade de contexto, unidade de enumeração. A unidade de registo *“é o segmento determinado de conteúdo que se caracteriza colocando-o numa dada categoria”* (p. 114), onde se distinguem dois tipos de unidades, as formais, como por exemplo uma palavra, uma frase ou uma interacção, e as semânticas, por exemplo o tema ou a unidade de informação. A unidade de contexto *“é o segmento mais largo do conteúdo que o analista examina quando caracteriza uma unidade de registo”*, (p.114). A unidade de enumeração *“é a unidade em função da qual se procede à quantificação”* (p.114).

Todavia as unidades de análise só serão elaboradas *à posteriori*, tendo em conta que a entrevista é semi-directiva, existe a possibilidade, como já foi referido anteriormente, de surgirem novas perguntas no decorrer da mesma, logo só fará sentido definir as unidades de análise após a recolha de todas as respostas dos participantes.

Após a recolha e organização de toda a informação, como também a definição exacta das categorias e das unidades de análise atribuídas aos dados da entrevista, as informações obtidas pelo Questionário e pela SCID-II, se poderá elaborar o estudo de caso para cada sujeito e de seguida proceder-se à comparação multicasos, com o objectivo de encontrar convergências ou divergências nas representações que cada participante sobre as auto-mutilações.

Posteriormente serão elaborados os resultados, a discussão e as conclusões finais após a recolha e análise de toda a informação recolhida de forma a dar resposta aos problemas elencados, como também as suas limitações e sugestões para futuras investigações sobre o tema.

Todavia, com a elaboração do projecto e reflexão sobre o mesmo, julgo ter identificado algumas limitações do estudo que poderão ser fundamentais para os resultados obtidos, assim no desenrolar da parte prática do estudo pode tentar-se contornar algumas questões.

Sendo que a população alvo são reclusos preventivos devido às características desta fase de reclusão, por outro lado ainda não foram condenados o que significa que poderão estar inocentes, mais uma variável que poderá ser considerada futuramente. O estudo deveria ser longitudinal e a amostra deveria ser alargada a outros Estabelecimentos prisionais com valência de preventivos, para que fosse suficientemente representativo da população em questão, de forma, a que os dados pudessem ser generalizados. Seria curioso acompanhar estes sujeitos pelo menos mais duas vezes, uma depois da condenação, o que significa que mudam da Ala ou de EP o que requer mais um momento de nova adaptação, e outro perto da saída em liberdade, só assim se conseguiria avaliar a evolução desses comportamentos. Alargando assim esta investigação a um nível mais profundo das representações das auto-mutilações. Através destas alterações penso que poderiam surgir novos estudos sobre estratégias de intervenção sobre esta problemática em meio prisional, de forma a transmiti-las através de formações ao pessoal dos Serviços de Tratamento Penitenciário.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bartol, C. (1995). *Criminal Behavior: a psychosocial approach*. 4th Edition. United States. Prentice-Hall.
- Bell, (1993). *Como realizar um projecto de investigação: Um guia para a pesquisa em ciências sociais e da educação*. Lisboa: Gradiva Publicações, S. A.
- Bénony, H.; Chaharaoui, K. (2002). *A entrevista clínica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bogalho, R.; Pais, L. (2004). *A Solidão e o Trabalho em Meio Prisional: Análise de Conteúdo de Entrevistas a Reclusos*. Avaliação Psicológica: Formas e Contextos - Volume X. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Born, M., 2005. *Psicologia da Delinquência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Cooke, D.; Baldwin, P.; Howison, J. (1993). *Psychology in prisons*. London and New York: Routledge.
- Côté, G.; Hodgins, S. (2008). *As perturbações mentais e o comportamento criminoso* In Blanc, M.; Ouimet, M.; Szabo, D. *Tratado de criminologia empírica*; 1ª edição, Lisboa: Climepsi Editores, p. 399-433).
- Critchfield, K. L.; Levy, K. N.; Clarkin, J. F. & Kernberg, O. F. (2008). *The Relational Context of Aggression in Borderline Personality Disorder: Using Adult Attachment Style to Predict Forms of Hostility*. Journal Of Clinical Psychology, Vol.64(1), pp. 67-82.
- Dores, A. (2003). *Prisões na Europa. Um Debate que Apenas Começa*. Oeiras: Celta Editora.
- Duque, A. F.; Neves, P. G. (2004). *Auto-Mutilação em meio Prisional: Avaliação das Perturbações da Personalidade*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2004, Vol.5, Nº2, p. 215-227.

- First, M.B.; Gibbon, M.; Spitzer, R.L.; Williams, J.B.W.; Benjamin, L.S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID-II)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- Foucault, M. (1975/2004). *Vigiar e Punir. Nascimento da prisão*. Petrópolis: Editora Vozes. (29ª Edição).
- Frances, A.; Ross, R. (2004). *DSM-IV-TR - Casos Clínicos. Guia para diagnóstico diferencial*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gouveia, P. J.; Rijo, D.; Matos, A. P.; Castilho, P.; Salvador, M. C. (2011). *SCID II, Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações de Personalidade do Eixo II do DSM-IV*. Lisboa: Climespi. (No prelo)
- Goffman, E. (1974). *Manicómios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Brasil.
- Gonçalves, R. (1989). *A Prisão: do Isolamento à Reintegração na Comunidade*. In Torres, N.; Ribeiro, J.P. (2001). *Jornal de Psicologia*, Vol. 8, p. 17-26.
- Gonçalves, R. (1999). *Psicopatologia e Processos de adaptação à Prisão: da Intervenção para a Prevenção*. Braga: Universidade do Minho.
- Gonçalves, R.; Vieira, H. (1989). *Um modelo multidimensional para a prevenção do suicídio na prisão*. *Temas Penitenciários*, 2, 7-17.
- Gonçalves, R.; Machado, C.; Sani, A.; Matos, M. (1999). *Crimes: Práticas e Testemunhos*. Braga: Universidade do Minho.
- Hayes, L. M. (1995). *Prision suicide: An Overview and guide to prevention*. Massachusetts: National Center Institutions and Alternatives.
- Hacker, F., 1972. *Agressividade: A Violência do Mundo Moderno*. 2ª Edição, Lisboa: Bertrand.

- Hébert, M. L.; Goyette, G.; Boutin, G. (2008). *Investigação Qualitativa – Fundamentos e Práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Kernberg, O. (1991). *As tendências suicidárias nos estados limite: Diagnóstico e tratamento clínico*. In, Bergeret, J. (Eds.), *Narcisismos e estados limite*. Lisboa: Escher.
- Kernberg, O., 1995. *Transtornos graves de personalidade: estratégias psicoterapêuticas*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Kernberg, O., 2004. *Agressivity, Narcissism, and Self-Destructiveness in the Psychoterapeutic Relationship: New Developments in the Psychothology and Psychotherapy of severe Personality Disorders*. New Haven and London: Yale University Press.
- Machado, H. (2008). *Manual de Sociologia do Crime*. Porto: Edições Afrontamento.
- Marques, A. (2010). *Esquemas Mal-Adaptativos Precoces, Ansiedade, Depressão e Psicopatologia em Reclusas*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Matos, A., 2001. *A Depressão: Episódios de um Percurso em Busca do Seu Sentido*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Mijola, A.; Mijola-Mellor S., 2002. *Psicanálise* Lisboa: Climepsi Editores.
- Moreira, J. (1994). *Vidas Encarceradas: Estudo Sociológico De Uma Prisão Masculina*. Lisboa: Gabinete de Estudos Jurídico-Sociais do Centro de Estudos Judiciários.
- Moreira, N. (2008). *Sufrimento, Desespero e Comportamentos Suicidários na Prisão*. Coimbra: Quarteto.
- Moreira, N. (2009). *Factores de Risco associados à ideação Suicida Durante a Prisão preventiva: Estudo Exploratório*. Minho: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho.

- Moreira, N.; Gonçalves, R. (2010). *Perturbação mental e ideação Suicida entre reclusos preventivos*. *Análise Psicológica*. 1 (XXVIII): 133-148.
- Neves, J., L. (1996). *Caderno de Pesquisa em Administração. Pesquisa qualitativa - Características, usos e possibilidades*. V.1, N°3. FEA - USP São Paulo.
- Nunes, L. (2010). *Crime e Comportamentos Criminosos*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Painchaud, G., Montgrain, N. (1991). *Limites e estados-limite*. In, Bergeret, J. (Eds.), *Narcisismos e Estados Limite*. Lisboa: Escher.
- Palmer, E., J. & Connely, R. (2005). Depression, hopelessness and suicide ideation among vulnerable prisoners. *Criminal Behavior and Mental Health*, 15(3), 164-170.
- Saraiva, C. (1999). *Para-Suicídio. Contributo para uma compreensão clínica dos comportamentos suicidários recorrentes*. Coimbra: Quarteto.
- Scharbach, H. (1986). *Auto-mutilations et auto-offenses*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Sykes, G. (1978). *Criminology*. United States: Harcourt Brace Jovanovich.
- Torres, N.; Ribeiro, J.P. (2001). *A Pedra e o Charco. Sobre o Conhecimento e Intervenção nas Drogas*. Lisboa: Iman.
- Vala, J. (1986). *A análise de conteúdo*. In Silva, A. S. & Pinto, J. M. (Eds.) *Metodologia das ciências sociais*. Porto: Edições Afrontamento.
- Winnicott, D. W. (2005). *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes.

ANEXOS

ANEXO I

Questionário Sociodemográfico

Número do Inquérito: _____

1. Nome: _____

2. Idade: _____ 3. Nacionalidade: _____

4. Estado Civil: _____

Solteiro	
Casado / União de facto	
Divorciado	

5. Habilitações Literárias:

Analfabeto	
4º Ano	
9º Ano	
9º Ano	
12º Ano	
Freq. Universitária	
Licenciado (ou mais)	

6. Recluído há: _____ dias

7. Tipo de crime:

Furto	
Burla / Falsificação	
Tráfico de estupefacientes	
Extorção	
Rapto / Sequestro	
Violação	
Homicídio	
Outro	

8. Antecedentes Criminais:

Sim	
Não	

9. Antecedentes Prisionais:

Sim	
Não	

10. Consumo Actual de Estupefacientes:

Sim	
Não	

11. Consumo Actual de Psicofármacos:

Sim	
Não	

12. História de Comportamentos Auto-Mutilatórios, (ex: cortar-se, queimar-se, magoar-se voluntariamente)

Sim	
Não	

13. História de Internamento Hospitalar / Meio Prisional:

Ingestão Voluntária de Corpos Estranhos	
Auto-mutilação	
Tentativa de suicídio	
Outro	
Não	

ANEXO II

Folha de cotação da SCID-II

COTAÇÃO SUMÁRIA

3

FOLHA DE COTAÇÃO SUMÁRIA

Qualidade geral e quantidade de informação:

1 = pobre, 2 = satisfatória, 3 = boa, 4 = excelente

Duração da entrevista (minutos) — — —

9

10

Perturbação da Personalidade

Número de Itens cotados com "3"

(As caixas indicam o limiar necessário para o diagnóstico)

01 Evitante (pp. 3-5)	1	2	3	4	5	6	7			11
02 Dependente (pp. 6-8)	1	2	3	4	5	6	7	8		12
03 Obsessivo-Compulsiva (pp. 9-11)	1	2	3	4	5	6	7	8		13
04 Passivo-Agressiva (pp. 12-13)	1	2	3	4	5	6	7			14
05 Depressiva (pp. 14-15)	1	2	3	4	5	6	7			15
06 Paranóide (pp. 16-17)	1	2	3	4	5	6	7			16
07 Esquizotípica (pp. 18-21)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	17
08 Esquizóide (pp. 22-23)	1	2	3	4	5	6	7			18
09 Histriónica (pp. 24-25)	1	2	3	4	5	6	7	8		19
10 Narcísica (pp. 26-29)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	20
11 Estado-Limite (pp. 30-33)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	21
12 Anti-Social (pp. 34-41)	1	2	3	4	5	6	7			22
13 Sem Outra Especificação (SOE) (p.42)				1						23

PRINCIPAL DIAGNÓSTICO DO EIXO II (i.e., a Perturbação da Personalidade que é — ou deveria ser — o principal foco de atenção clínica).

Registe o número de código aqui (coluna à esquerda dos diagnósticos): — —

Nota: Registe 99 se não existir Perturbação da Personalidade.

24

ANEXO III

Entrevista semi-directiva

Dados sociodemográficos

- 1) Nome:
- 2) Idade:
- 3) Data de Nascimento:
- 4) Naturalidade:
- 5) Nível de escolaridade:

Motivo da Privação de Liberdade

- 1) De que crime foi acusado?
- 2) Fale-me desse momento? Como é que se sente em relação ao que aconteceu? / O que pensa disso?

Antes da Entrada na Prisão

- 1) Com quem vivia antes de vir preso?
- 2) Como era a sua relação com cada uma dessas pessoas?
- 3) Como é a sua família?/Como é a relação com a sua família (Pai/Mãe/Mulher/Irmãos/Filhos)
- 4) Fale-me da sua relação com a sua mãe? (passado e presente)
- 5) Fale-me da sua relação com a seu pai? (passado e presente)
- 6) Tem irmãos? Como é a sua relação com cada um deles?
- 7) Fale-me da sua vida. E a sua infância?
- 8) Qual foi a situação da sua vida que mais o marcou?

Reacções Habituais

- 1) Quando não lhe davam o que queria o que fazia?
- 2) O que é que o faz sentir muito feliz?
- 3) O que é que o faz sentir muito infeliz?
- 4) Quando viveu essa situação como é que terminou?
- 5) Conte o que pensava na altura e o que sentia.
- 6) E agora, o que pensa e sente?
- 7) Como se vê a si próprio?
- 8) O que é que o faz ficar zangado? Acontece-lhe muitas vezes? E antes também era assim?
- 9)) Como se sente neste momento?
- 10) Há uma semana, recorda-se como é que se sentia?

Entrada na Prisão

- 1) Como foi a transição, lá de fora cá para dentro?
- 2) Como tem sido para si estes primeiros dias?
- 3) Como se tem sentido?
- 4) No que tem pensado?
- 5) Como espera que seja daqui para a frente?

Comportamento Auto-Mutilatório

- 1) Quando é que se mutilou pela primeira vez?
- 2) Consegue contar-me como foi?
- 3) Qual foi a reacção das outras pessoas a isso?

4) E agora como é?

5) A que é que associa o acto de se mutilar (sentimentos, acontecimentos)?

ANEXO IV

Carta sobre o Estudo à Direcção Geral dos Serviços Prisionais (DGSP)



_____, _____ de _____ de _____

A/C

Venho por este meio, enquanto aluna do 2º ano do Mestrado de 2º Ciclo em Psicocriminologia do Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Instituto Universitário, pedir autorização para a realização do meu projecto de investigação, no âmbito do desenvolvimento da Dissertação de Mestrado que visa estudar as Representações das Auto-mutilações em Reclusos Preventivos.

Neste sentido, solicito a V. Ex.a autorização para a realização do estudo num Estabelecimento Prisional, que receba preventivos, do Distrito Judicial de Lisboa; bem como a autorização para a participação de alguns reclusos preventivos.

A recolha dos dados envolve a aplicação de duas provas a cada um dos reclusos preventivos em questão, bem como a passagem de uma entrevistas semi-estruturadas aos reclusos.

Toda a Informação obtida será confidencial, não sendo nunca revelado qualquer dado que possibilite a identificação dos reclusos. Toda a informação que permita qualquer identificação será codificada.

Agradecendo antecipadamente a disponibilidade e interesse.

Com os melhores cumprimentos,

(A aluna, Ana Sofia Maciel Carreiro)

(A orientadora, Professora Doutora Ângela Vila-Real)

ANEXO V

Carta sobre o Estudo ao Director/a do Estabelecimento Prisional do Distrito Judicial de Lisboa



_____, _____ de _____ de _____

Exm.º Senhor Director/a

Venho por este meio, enquanto aluna do 2º ano do Mestrado de 2º Ciclo em Psicocriminologia do Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Instituto Universitário, pedir autorização para a realização do meu projecto de investigação, no âmbito do desenvolvimento da Dissertação de Mestrado que visa estudar as Representações das Auto-mutilações em Reclusos Preventivos.

Neste sentido, solicito a V. Ex.a autorização para a realização do estudo no Estabelecimento Prisional _____ do Distrito Judicial de Lisboa; bem como a autorização para a participação de alguns reclusos preventivos.

A recolha dos dados envolve a aplicação de duas provas a cada um dos reclusos preventivos em questão, bem como a passagem de uma entrevistas semi-estruturadas aos reclusos.

Toda a Informação obtida será confidencial, não sendo nunca revelado qualquer dado que possibilite a identificação dos reclusos. Toda a informação que permita qualquer identificação será codificada.

Agradecendo antecipadamente a disponibilidade e interesse.

Com os melhores cumprimentos,

(A aluna, Ana Sofia Maciel Carreiro)

(A orientadora, Professora Doutora Ângela Vila-Real)

ANEXO VI
Consentimento informado ao recluso preventivo



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROJECTO DE
INVESTIGAÇÃO

No âmbito do desenvolvimento da Dissertação de Mestrado em Psicocriminologia do Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Instituto Universitário, que visa estudar as Representações das Auto-mutilações em Reclusos Preventivos.

Venho por este meio solicitar a V. Ex.a a sua participação no referido estudo.

Toda a Informação obtida será confidencial, não sendo nunca revelado qualquer dado que possibilite a sua identificação. Toda a informação que permita qualquer identificação será codificada.

Declaro que tomei conhecimento do projecto de investigação acima mencionado, bem como dos procedimentos nele implicados, e consinto a recolha dos dados.

_____, ____ de _____ de _____

(Assinatura)