


INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

Mestrado em Psicologia da Saúde

QUALIDADE DE VIDA NA POPULAÇÃO PRISIONAL

NO IR E NO ESTAR

ANA LUISA CAVACO PICANÇO MESTRE

 ISPA Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Centro de
Documentação
Registo: 14508
Data: 17/11/03
Tel.: 21 881 17 50 • bibispa@ispa.pt

LISBOA, 2000

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do **Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro** apresentada ao **Instituto Superior de Psicologia Aplicada** para obtenção do grau de **Mestre** na especialidade de **Psicologia da Saúde** conforme Portaria nº 107/97 de 17 de Fevereiro, para dar satisfação ao ponto “b” do nº 2 do Artº 5 do Decreto Lei nº 216/92 de 13 de Outubro.

ÍNDICE

☐ AGR ADECIMENTOS-----	i
☐ RESUMO-----	ii
☐ I- INTRODUÇÃO-----	1
1.1. Enquadramento-----	1
1.2. Problematização-----	3
1.3. Objectivos do Estudo-----	3
☐ II- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA-----	5
2.1. Qualidade de Vida-----	5
2.1.1. Origem e evolução do conceito-----	5
2.1.2. Definição de Qualidade de Vida-----	9
2.1.3. Dimensões da Qualidade de Vida-----	13
2.1.4. Qualidade de Vida Relacionada com Saúde-----	19
2.1.5. Avaliação da Qualidade de Vida-----	21
2.2. População Prisional-----	23
2.2.1. Comportamento Desviante-----	23
2.2.2. História do Sistema Prisional-----	32
2.2.3. Sistema Prisional Português-----	38
2.2.4. Prisão Preventiva-----	40
2.2.4.1. Lotação Prisional-----	43
2.2.4.2. Prisão não Reabilita-----	47
2.2.4.3. Aquisição de Competências-----	50
2.2.5. Medidas Alternativas à Prisão-----	54
☐ III- METODO-----	58
3.1. Plano de Amostragem-----	58
3.1.1. Participantes-----	58
3.1.2. Selecção da Amostra-----	58

3.2. Operacionalização das Variáveis-----	61
3.3. Tipo de Estudo -----	62
3.4. Instrumento -----	62
3.4.1. Desenvolvimento do Instrumento WHOQOL-100 -----	62
3.4.2. Desenvolvimento do Instrumento WHOQOL-BREF -----	65
3.4.2.1. Tradução -----	66
3.4.2.2. Dimensionalidade-----	67
3.4.2.3. Tipo de Resposta -----	70
3.4.2.4. Cotação-----	71
3.4.2.5. Manual de Aplicação-----	71
3.4.2.6. Seleção da Amostra -----	72
3.4.3. Propriedades Psicométricas do Instrumento WHOQOL-BREF-----	74
3.4.3.1. Consistência Interna-----	74
3.4.3.2. Validade Discriminante-----	75
3.4.3.3. Validade de Critério-----	77
3.4.3.4. Validade Concorrente-----	78
3.4.3.5. Fidelidade Teste-Reteste -----	80
3.4.3.6. Aceitação do Instrumento -----	81
3.4.4. Desenvolvimento da Versão Portuguesa do Instrumento WHOQOL-BREF -----	82
3.4.4.1. Tradução -----	82
3.4.4.2. Consistência Interna-----	82
3.5. Material -----	84
3.6. Procedimento -----	87
▣ IV- RESULTADOS -----	91
4.1. Apresentação dos Resultados -----	91
▣ V- DISCUSSÃO-----	111
5.1. Análise dos Resultados-----	111
5.2. Considerações Finais -----	124
▣ VI- REFERÊNCIAS -----	126
▣ VII- ANEXOS -----	140

AGRADECIMENTOS

Lancei a ideia, uma ideia, a de caminhar na direcção do porvir e elaborar esta Dissertação.

Aderir à proposta irrecusável que consistiu no convite ao conhecimento, o qual já de si carece de domínio, exigiu abandonar todas as condições intrínsecas outrora cristalizadas e correr atrás do tempo que se sentia fugir.

Marcado que foi o passo por avanços, hesitações e retrocessos, porque nem sempre nos é óbvio optar pelo melhor caminho, dou, sem pretender abraçar o inabraçável, por finda esta caminhada.

Se um dia, alguém, conseguir descrever quais as sensações que em si evoca o som de uma arpa, o cheiro de uma flor, o sabor de um doce, a cor de uma borboleta, o vento que arpeja, também serei capaz de escolher e dirigir palavras de agradecimento a quem me apoiou. Porém, e apesar das dificuldades que sinto perante esse desafio não quero deixar de agradecer ao Professor Doutor Pais Ribeiro, meu orientador, pelos Directores dos Estabelecimentos Prisionais Regionais de Faro/Olhão, Portimão e Silves, nomeadamente ao Sr. Henrique Matos, Dr João Cunha, Dr. Almeida Guerra, respectivos reclusos e todos os que independentemente do local em que se encontravam aquando da minha caminhada foram persistentes no apoio dado. Sei quem eles são e eles sabem quem são. Muito Obrigada.

RESUMO

O objectivo deste estudo foi verificar se havia diferenças ao nível da Qualidade de Vida entre reclusos preventivos e condenados, qual a magnitude e significância dessas diferenças e identificar quais os factores capazes de influenciar a Qualidade de Vida em contexto prisional, na medida em que a vida num Estabelecimento Prisional continua a ser um confronto diário, para muitos, exigindo adaptações constantes e marcantes.

Procedeu-se a uma amostragem não probabilística ou intencional, junto dos reclusos dos Estabelecimentos Prisionais Regionais do Algarve (Faro n= 69, Olhão n= 10, Portimão n= 40 e Silves n= 36), finda a qual ficámos com um total de N= 155 participantes.

Optou-se por um desenho observacional-descritivo de comparação entre dois grupos, cujo método de investigação acentou na sondagem.

Por forma a apurar a magnitude e significância das diferenças, fez-se uso de uma análise estatística integralmente realizada em SPSS 10.0, tendo sido os procedimentos estatísticos realizados com este programa descritivos e de comparação de grupos e onde também foi utilizada a análise de correlações entre algumas variáveis.

Para operacionalizar a variável principal, fez-se uso do questionário de Qualidade de Saúde da Organização Mundial de Saúde, na sua versão reduzida, WHOQOL-BREF, o qual mostrou boa consistência interna após a sua tradução para a língua Portuguesa.

Os resultados apontaram para a existência de uma melhor Qualidade de Vida ao nível da Escala Geral do questionário WHOQOL-BREF junto dos reclusos condenados, alojados em camaratas e pior junto dos que tomam medicação. Os melhores resultados encontrados na Domínio Física recaíram junto dos reclusos que trabalham e os piores junto daqueles que sofrem de doença ou se sentem doentes. Os reclusos condenados, alojados em camaratas e com ocupação laboral tiveram os melhores resultados ao nível da Domínio Psicológica e os que se sentem doentes, os piores resultados. Por fim, os reclusos que receberam mais apoio social obtiveram os melhores resultados ao nível da Domínio Social e os primários uma percepção mais positiva em relação ao apoio social recebido.

Concluiu-se que a privação de liberdade afecta mais os reclusos preventivos do que os condenados. Os factores considerados como mais propícios a uma melhor Qualidade de Vida ao nível da população prisional reportaram-se à criação de medidas alternativas à prisão seguida de uma maior oferta de trabalho e melhor alimentação.

ABSTRACT

The objective of the study was to verify the differences of Quality of Life amongst preventive and condemned inmates, the magnitude and meaning of those differences and identify which were the factors that could influence the Quality of Life within a prison,

knowing that such an establishment could mean a daily confrontation, for most of the inmates, that requires profound and constant adaptation.

The study was carried out with a non-probabilistic or intentional sample of the inmates in the “Estabelecimentos Prisionais Regionais do Algarve” (Algarve Regional Prison Establishments) (Faro n=69, Olhão n=10, Portimão n=40, Silves n=36) for a total of N=155 participants.

The study was supported by a observational-descriptive comparison study between two groups by using the survey methodology.

In order to be able to evaluate the meaning and magnitude of the differences a statistical analysis supported with the SPSS 10.0 software was carried out. Both comparison and descriptive statistical procedures as well as the correlation study of some variables were performed with SPSS.

The main statistical variable was prepared with the support of the WHOQOL-BREF questionnaire which showed good internal consistency after translation to Portuguese.

The results showed a better Quality of Life at the general score of the WHOQOL-BREF with the condemned inmates staying in bunk houses and worse with the inmates currently under medical prescription. At the physical domain the best results were verified with working inmates and the worst results with those who were currently suffering. At the psychological domain the best results were verified with the working inmates staying in bunk-houses and the worst results with those inmates feeling sick. At last, those inmates under

social care showed better results in the social dimension and the first time inmates showed a better perception about the social care.

Finally, it was showed that reclusion has more effects with preventive inmates than with the condemned inmates. Alternative methods to imprisonment followed by a better work offer and feed support are considered as the main factors for a better Quality of Life.

I- INTRODUÇÃO

1.1. Enquadramento

Sapientemente, *Sagan (1980, p 23)* proferia, “Bem-vindos ao planeta Terra” – formado, a partir de gases e poeiras interestelares, há cerca de 4,6 mil milhões de anos. Um mundo entre uma imensidão de outros, mas o único lugar de céus azuis, vastos oceanos, extensa crosta terrestre, numerosas florestas e acima de tudo, o único onde ecoa a voz da vida. Só aqui, ao que se sabe, temos existência. A ser importante, provavelmente só para nós que deste lugar fazemos o nosso mundo.

Nunca os nossos antepassados tiveram a real percepção do que os circundava. A prova de tal factualidade é que levaram largos séculos a investir no Mundo Exterior . Lançaram-se a conhecer a Terra, a Natureza, a Vida e esqueceram-se deles próprios, tanto é que foram capazes de inventar as cidades, a escrita, a arte e só recentemente a ciência, momento marcante na evolução do nosso saber, na medida em que foi, a partir desse facto, que se abriu caminho à convicção de que o conhecimento deveria assentar não somente no mensurável mas também em bases inteligíveis e racionais.

Seguindo esta ordem, e com a pretensão do homem vir a abandonar algumas das formas mais primárias do saber, nomeadamente a perspectiva behaviorista, a qual se limita ao

observável, torna-se necessário agir sobre o conhecimento de nós próprios porque a fraca consciência da compreensão humana tem de, certo modo, acompanhar o ritmo da ciência.

Verifique-se pois que os manuais menos recentes de ciências exactas já não tratam com êxito as questões de grande complexidade existentes na actualidade, dado o avanço notório das descobertas nestas áreas do saber. Contudo, ainda estamos muito presos aos manuais do mesmo tempo referentes a abordagens humanistas, não sendo pois, raras as citações de autores não contemporâneos para elucidar múltiplos aspectos do conhecimento humano.

Conscienciosos de que, até ao momento, os métodos científicos mal foram aplicados às ciências sociais e humanas, sendo prova disso o rotineiro recurso à técnica de impulsão, exploração do espaço, concepção de armamento, computação de informação, e um infindável número de exemplos, sempre em detrimento do conhecimento do próprio homem, vislumbra-se que tempos virão em que a investigação científica esclarecerá factuaisidades para já submersas e tempos virão em que as novas gerações se surpreenderão, como nós já o fizemos em relação aos nossos antepassados, por não dominarmos saberes que são tão óbvios para eles. O que daqui resulta, é que há descobertas provavelmente reservadas a quem ainda não existe, num tempo em que somos nós a não existir.

E se há conhecimentos que mudam o mundo, outros há que o fazem e é com base nestes pressupostos que nos propomos realizar a presente investigação, por forma a que o *puzzle* para já disperso, carecido de unidade e convergência sobre o homem, possa de algum modo, conhecer uma nova organização e dimensionalidade.

1.2. Problematização

De acordo com toda a literatura científica por nós consultada, resultou como incontornável que a permanência num qualquer Estabelecimento Prisional, por si só, desencadeia alterações extrínsecas e intrínsecas a nível pessoal, as quais, no seu cômputo geral, exercem influência ao nível da Qualidade de Vida.

Pelo facto de se desconhecerem estudos sobre a Qualidade de Vida perante a contextualização e magnitude do fenómeno de privação de liberdade, tornou-se pertinente criar uma base de reflexão a partir de um conjunto de postulados e da recolha de dados comparativos dentro da própria população reclusa, já que a mesma pode expressar níveis diferenciais consoante a fase processual em que se encontra, pelo que a nossa problematização se centra na seguinte questão:

- ▣ Em que medida a privação ou restrição da Liberdade afecta a Qualidade de Vida dos reclusos nas diferentes fases processuais.

1.3. Objectivos do Estudo

Não se tratou de tudo querer saber, nem de deixar propositadamente recantos por explorar, mas tencionamos navegar por mares de águas tão profundas quanto nos foi possível, tendo tido por base os seguintes objectivos:

☒- Agarrar nos já cunhados conceitos –QUALIDADE DE VIDA e PRIVAÇÃO DE LIBERDADE- fazer a respectiva desmontagem e revisão bibliográfica do que se sabe existir, já que os livros nos permitem beber na própria fonte saberes remotos e rever perspectivas de vários autores, mas sem, contudo, deixar de pretender apresentar um trabalho que analise, que abra caminho, que discuta, que vá dos efeitos às causas, das consequências ao princípio e do dado àquilo que o dá.

☒- Verificar se havia diferenças ao nível da QDV entre o grupo de reclusos preventivos e o grupo de reclusos condenados e qual a magnitude e significancia dessas diferenças

☒- Identificar quais os factores capazes de influenciar a QDV em contexto profissional

No fundo pretendemos sem que nos apoiasse-mos numa abordagem conclusiva e que fornecesse respostas acabadas, que este trabalho de investigação, desse um contributo para o esclarecimento e compreensão da temática em apreço, para uma melhor consciencialização das alterações necessárias e que possibilidades existem nesta área como recurso a uma melhor Qualidade de Vida na População Prisional, sem deixar de apresentar um trabalho que analisasse, que abrisse caminho, que discutisse, que fosse dos efeitos às causas, das consequências ao princípio e do dado àquilo que o dá.

II- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Qualidade de Vida

2.1.1. Origem e evolução do conceito de Qualidade de Vida

Sendo o conceito Qualidade de Vida (QDV) encarado como um novo paradigma, face à sua recente origem, parece-nos preferível abordá-lo não em termos históricos, mas sim em função da actualidade que o circunscreve.

De acordo com *Wood-Dauphinee e Kuchler (1992)*, torna-se apenas necessário reportarmo-nos ao ano de 1920, altura em que o conceito QDV começou a ser mencionado por Pigou no contexto das condições laborais, visando a obtenção de um bem estar por parte dos trabalhadores no desempenho das suas funções.

Ao longo de alguns anos, a expressão parece ter ficado esquecida, sendo disso prova, o facto de em 1950 os artigos escritos e publicados apenas fazerem alusão ao conceito de ansiedade, contudo, e face à sua gradual complexidade, cedo se desviaram as atenções para o *stress* como forma de compreensão dos mecanismos de ansiedade.

No entanto, no final de 1960 reaparece a expressão QDV, sendo referenciada no Relatório da Comissão Presidencial sobre os Objectivos Nacionais dos Estados Unidos da

América “*Comission on National Goals*”. Nesse Relatório, o Presidente Eisenhower referia que a QDV deveria ser considerada como o objectivo da Nação, não descurando que a qualidade é uma mais valia quando comparada com a quantidade, assim como a qualidade das vidas com a quantidade dos bens.

Decorrente deste circunstancialismo, e da crescente utilização da expressão, tornou-se necessário aprofundar o seu conhecimento, daí resultando a preocupação de a investigar e medir com preocupações científicas.

Apesar de em 1970, os estudos dominantes se centrarem em temas como o *coping* com o intuito de perceber as respostas face ao *stress*, as investigações acerca da QDV não foram descuradas, tanto que de quatro artigos conhecidos entre 1966-1970, passaram a trinta e três entre 1970-1974 (*Spitzer, 1987*).

Embora assim tenha sido, foi em 1980, com o intuito de perceber os comportamentos de *coping*, que o foco de interesse foi transferido com grande intensidade para o aprofundamento da QDV (*Day, 1993*), a qual começou por ser estudada em investigações dirigidas à população que não padecia de doenças.

Numa fase posterior, quase que em simultâneo com o desenvolvimento dos estudos sobre as relações entre comportamento, saúde, doença e crescente desenvolvimento da tecnologia na área da medicina, a noção de QDV foi tomando proporções diferentes.

É entre esta altura e o emergir da Segunda Revolução da Saúde (terminologia usada a partir de 1979) que a expressão QDV ganhou um novo impacto. Na origem desta mudança esteve a falência do Modelo Biomédico Clássico então em vigor, que dirigia a atenção para a

doença e sua cura. Procedido do Modelo Biopsicossocial, que defendia a saúde como o bem estar físico, psicológico e social e posteriormente pelo Modelo Holístico, que apelava à influência entre as dimensões atrás referenciadas, passou-se a conceptualizar a saúde como uma dimensão diferente da doença, sendo prioritária a sua protecção e promoção (Navarro, 1998).

Paralelamente a este aspecto, o facto dos políticos terem delegado em investigadores de Ciências Sociais a avaliação e quantificação da QDV, implicou a generalização do conceito a ambientes clínicos, surgindo a terminologia de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) (Ribeiro;1994).

Quer isto dizer, que a partir dos anos 80 a preocupação com a QDV não se cingiu às Ciências Humanas mas também Biológicas, no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que a diminuição da taxa de mortalidade, o aumento dos anos de vida, o controle de sintomas, a redução da morbilidade e incapacidade.

O conceptualizar a saúde ao longo do ciclo da vida com a respectiva consciencialização dos factores que a determinam tornou-se de tal modo fundamental para a obtenção do aumento de bem estar que a saúde passou a ser percebida como um dos domínios a incluir em qualquer avaliação da QDV.

No entanto, e em termos mais detalhados, podemos proferir que foi dentro da medicina, na especialidade de oncologia que mais depressa emergiu a necessidade de avaliar a QDV dos doentes, na medida em que os tratamentos ministrados tendiam a aumentar a longevidade.

Deste marco em diante, a preocupação recaiu na procura de conciliação entre a necessidade de acrescentar anos à vida ao lado da necessidade de acrescentar vida aos anos, tendo por base, segundo *Katz (1987), Mosteller (1987) e Stewart, Greenfield, Hays, Wells, Rogers, Berry, McGlynn e Ware (1989)* a ponderação entre os custos e os benefícios.

A própria Organização Mundial de Saúde (OMS) reforça que não é tão importante a quantidade de anos que se vive como a qualidade dos anos vividos (*Fernández-Ríos e García-Fernández, 1999*).

Segundo este ciclo, e com o objectivo de perceber a proveniência do bem estar individual e colectivo desenvolveram-se numerosas investigações, visíveis no crescimento e proliferação de artigos impressos, 31 em 1980 e 246 em 1990 que nos mostraram que a QDV se passa a expressar tanto pela quantidade de bens materiais como de bens espirituais, na medida em que a mesma se constitui como uma dimensão objectiva e subjectiva.

A vertente materialista com referencia a indicadores externos, tais como a localização e proporção da habitação, número de televisores por lar, grau de educação, nível económico, entre outros, também é expressa no Relatório Anual do Banco Mundial, o qual faz alusão ao nível de rendimentos como um pressuposto indispensável à QDV.

Quase em simultâneo com o supra citado, emergiu nos anos 90 o Relatório de Desenvolvimento Humano, que se alicerçou numa vertente de carácter mais humanista e não apenas no nível de rendimentos (*Ribeiro, 1994*).

King e Napa (1998) referem num dos seus estudos que a variável dinheiro tinha uma baixa correlação com a QDV, porque a mesma apenas a podia auxiliar e não determinar, já que, é em maior proporção a felicidade e o significado da vida que mais a determinam.

2.1.2. Definição de Qualidade de Vida

Schipper, Chinch e Powell (1990) e García-Riaño (1991) depois de uma extensa revisão bibliográfica concluíram que o termo QDV era muito usado, mas pouco definido, encontrando-se, como refere *Spilker (1990)* referencias directas à expressão mas sem recurso ao seu significado.

Na opinião de *Fallowfield (1990) e Fries e Singh (1996)* a QDV é entendida como um conceito vago, tanto que se referem ao mesmo como estando em continua adaptação. *Schipper, Chinch e Powell (1990), Guyatt, Feeny e Patrick (1991) e Schildberger e Teixeira (1994)* alegam mesmo que o conceito irá continuar a sofrer flutuações ao longo dos tempos até que seja claramente definido.

Wright (1994) aponta como sendo a rápida e crescente expansão do seu uso a causadora da variação de conceptualizações, as quais recebem para *Megone (1990, p29)* tantos significados, quantas as interpretações pessoais forem feitas em seu redor, daí fazer referência à sua “grandiosidade”. Percepção também compartilha por *Katz (1987, p459)*

quando se refere à subjectividade do conceito como podendo alcançar “múltiplos pontos de vista”.

Mosteller (1987) refere que as definições de QDV são mais numerosas do que as que se pretende, por falta de consenso. Factualidade reconhecida por *Borthwick-Duffy (1989)* e *Spilker (1996)* os quais alegam que mesmo que existisse uma definição singular e universal, podia a mesma, não reflectir a riqueza existente no seu campo, porque são muitos os aspectos que a abrangem.

Apesar da QDV ser percebida e inferida de maneiras distintas, parece existir em algumas definições pontos convergentes independentemente da época a que se reportam, sendo eles a (a) subjectividade, (b) multiplicidade, (c) dinâmica do termo e (d) presença de dimensões positivas e negativas.

Da análise do conjunto destes factores, resultou em 1994 a definição de QDV por parte do Grupo de Qualidade de Vida da OMS, o qual a definiu como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo, afectado de forma complexa pela saúde física da pessoa, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e as suas relações com as características salientes do seu ambiente” (*WHOQOL Group, 1998 b, P1570*).

As definições concebidas pela generalidade dos autores são distintas da apresentada, mas para *Schipper, Chinch e Powell (1990)* são cinco as noções que continuam a contribuir para a base da definição e compreensão do conceito. A destacar:

- ▣ Abordagem Psicológica- necessidade de se distinguir entre o ter uma doença do sentir-se doente
- ▣ Abordagem Centrada na Comunidade- verificar qual o impacto que a doença tem na comunidade e qual a capacidade e performance para se desenvolverem actividades sociais
- ▣ Abordagem Custo-benefício- presença da dicotomia qualidade/quantidade, onde o que conta na perspectiva da avaliação da QDV é a percepção que o doente tem da sua capacidade funcional em áreas por si valorizadas
- ▣ Abordagem Funcional- encontro de harmonia entre as reais capacidades de resposta e as expectativas então criadas
- ▣ Lacuna de Calman- o conceito de QDV é conceptualizado como o espaço que medeia entre as expectativas de um indivíduo e aquilo que ele consegue realizar.

Allison, Locker e Feine (1997, p221) são autores que defendem que as atitudes não são constantes, mencionando a experiência, adaptação, uso de estratégias de coping, criação de expectativas, postura de optimismo, auto-eficácia, auto-controle, auto-conceito e avaliação dos problemas afectivos e cognitivos, como factores capazes de as modificar com o tempo, daí se referirem à QDV como sendo um constructo “dinâmico”.

Terminologia também partilhada por *Churchman (1990)* que defende que as mudanças de atitude não só influenciam como são influenciadas pelas expectativas que se criam, daí

encarar o indivíduo como o construtor das suas realidades, ou seja, a QDV dependerá da forma como o próprio define as suas necessidades e como as relaciona e como utiliza os recursos de que dispõe. O conceito QDV, foi assim designado pela autora (p3) como o “juízo subjectivo de um indivíduo sobre o grau em que estão satisfeitas as suas necessidades nos vários domínios da vida”, onde inclui o grau de auto-realização, saúde, vida social e familiar, habitação, situação laboral, nível de rendimentos, segurança pessoal, qualidade ambiental, justiça social, igualdade, entre outros aspectos.

Liu (1975, cit. Ribeiro,1994) tal como *Campbel, Converse e Rodgers (1976)* referem que as pessoas apesar de viverem num ambiente objectivo e concreto podem perceber-lo de modo subjectivo onde são os julgamentos, crenças e valores pessoais, que ditam quais são os juízos de satisfação e de bem estar percebidos, ou seja, a QDV vai resultar das sucessivas filtrações que os indivíduos fizerem das percepções que tiverem do seu quotidiano (*Cuervo-Arango, 1993*)

Segre e Ferraz (1997, p541) falam da “unilateralidade” do termo QDV pois entendem-no única e exclusivamente como dependente da percepção pessoal, o que implica para *Borthwick-Duffy (1989)*, *Schipper, Chinch e Powell (1990)*, *Rodríguez-Marín, Rodríguez, Castejón, Bueno e Sánchez (1991)* e *García-Riaño (1991)* uma situação de subjectividade onde o que é contabilizado é a percepção que o próprio faz de acordo com os seus próprios critérios de julgamento.

Este último autor e *Cuervo-Arango (1993)* ao referirem o conceito de QDV como estando relacionado com o estado de felicidade, equiparam-no a um constructo bipolar, já que

incorpora dimensões positivas e negativas de bem estar na vida. No entanto, o estado de felicidade não é, por ambos, considerado temporalmente estável nem situacionalmente consistente, na medida em que é experimentado num momento concreto. Para *Sevenhuysen e Trumble-Waddell (1997)* e *Muldoon, Barger, Flory e Manuck (1998)* estará sempre dependente das interações intrínsecas e extrínsecas do indivíduo.

Rodríguez-Marín, Rodríguez, Castejon, Bueno e Sánchez (1991) também se refere à QDV como detentora de dimensões positivas e não só a ausência de dimensões negativas, o que implica uma valorização geral de todos os aspectos da vida. Contudo, e em termos gerais, a presença de felicidade, satisfação ou de um sentimento de bem estar pessoal, resulta da percepção que cada um faz da sua vida e de alguns bens exteriores de pertença, onde se pode incluir a saúde, conforto e riqueza.

2.1.3. Dimensões da Qualidade De Vida

Campbell, Converse e Rodgers (1976), *García-Riaño (1991)*, *Wood-Dauphine e Kuchler (1992)*, *Spilker (1996)* e *Fernández-Ríos e García-Fernández (1999)* são exemplos de autores que referem que a diversidade de definições e a falta de consenso na clarificação do constructo de QDV obstaculizam a unificação de critérios passíveis de estabelecer quais as suas dimensões.

Como o tema de QDV é do interesse de várias ciências, as suas definições englobam aspectos comuns, distintos e por vezes específicos, daí que para *García-Riaño (1991)* a QDV deva incluir a avaliação de múltiplas dimensões da vida total, o que do ponto de vista pratico parece impossível considerar. No entanto, para *Ribeiro (1994)* essa pluralidade de dimensões ou de categorias a indicar na avaliação da QDV deverá ter em conta o nível de aprofundamento com que se pretende realizar o estudo e a concepção que lhe está na origem.

Os autores *Karnofsky e Zubrod (1949, 1960, cit. García-Riaño 1991)* reduziram a QDV a uma só dimensão, a física, recaindo a explicação nos circunstancialismos da época, onde o campo da intervenção se centrava na doença e sua cura.

A passagem da doença para a saúde dá-se mais tarde, por volta dos anos 80, arrastando consigo uma visão da doença mais subjectiva e multifactorial, no entanto, muitos são os autores que se fixam na dimensão da Saúde.

Cramer (1994) é um dos muitos autores que se centra única e exclusivamente no contexto de cuidados de saúde, tanto que apresenta uma definição de QDV idêntica à de Saúde da O.M.S., sendo a mesma avaliada de acordo com cinco dimensões: (1) saúde física, (2) saúde psicológica, (3) nível de independência, (4) relações sociais e (5) ambiente.

Para *Schipper, Chinch e Powell (1990, p16)* como a “Qualidade de Vida representa o efeito funcional de uma doença e a sua conseqüente terapia sobre uma pessoa, e a forma como é entendida pelo doente” entendem-na como uma variável multifactorial que tem por base quatro dimensões, nomeadamente (1) o funcionamento físico e ocupacional, (2) psicológico, (3) interacção social e (4) sensações somáticas. No entanto, apesar de se centrarem na

dimensão da Saúde entendem a QDV como uma medida subjectiva, de percepção pessoal e variável ao longo do tempo.

Como *Fallowfield (1990)* se dedica ao estudo de doenças crónicas, o conceito de QDV é também por si conceptualizado em função da saúde, definindo-a como uma funcionalidade satisfatória para o indivíduo nas quatro dimensões que se seguem:

- ▣ **Psicológica:** um indivíduo com uma doença crónica tem que ser capaz de mobilizar adequadamente os seus recursos psicológicos e emocionais por forma a maximizar a sua capacidade de adaptação e ajuste às dificuldades;
- ▣ **Social:** o suporte familiar e social é fundamental para uma maior participação individual na vida do quotidiano;
- ▣ **Ocupacional:** é do conhecimento que a doença impede não só o desempenho de uma actividade remunerada, originando uma quebra de reconhecimento social, como também leva à dependência de terceiros para a execução de pequenas tarefas diárias;
- ▣ **Física:** ter em conta que a dor crónica restringe profundamente a capacidade de estruturar a vida, impossibilitando a realização pessoal a vários níveis.

Campbel, Converse e Rodgers (1976) apesar de identificarem 12 domínios representativos da QDV, tais como: (1) saúde, (2) matrimónio, (3) vida familiar, (4) governo, (5) amizade, (6) habitação, (7) emprego, (8) comunidade, (9) fé, (10) lazer, (11) situação económica e (12)

participação em organizações, reconheceram que a saúde era a dimensão que melhor explicava a QDV.

Levi e Andersson (1975) e *García-Riaño (1991)* já valorizam novos aspectos porque para ambos a QDV é uma medida composta por três dimensões, (1) a física, (2) mental e (3) social, sendo do balanço dinâmico da triologia que a mesma resulta. Note-se que o bem estar físico e psicológico do indivíduo depende não só de si mas do bem estar da comunidade em que está inserido e com a qual se inter-relaciona.

Próximo deste quadro explicativo situa-se *Mosteller (1987)* o qual defende a existência de quatro dimensões, (1) a biológica, (2) física, (3) psicossocial e (4) socio-económica.

Autores há, que sem definirem quais as dimensões mais pertinentes a ter em conta nas avaliações da QDV, fazem alusão às que mais se repetem, nomeando *Borthwick-Duffy (1989)* refere quatro dimensões: (1) componente afectiva, (2) cognitiva, (3) física e (4) de estilo de vida.

Com base em estudos de outros autores *Wood-Dauphinee e Kuchler. (1992)* estabeleceram um modelo orientador para a definição da QDV onde constam três dimensões, sendo da interacção entre elas que resulta a imagem da QDV de um indivíduo num preciso momento:

- ▣ Dimensão Temporal- traduz a junção das experiências passadas, com o estilo de vida actual e expectativas para o futuro,

▣ **Dimensão Referencial**- situa o sujeito no seu contexto familiar, de grupo e dentro de um quadro cultural ou político, onde todos os factores têm influencia na avaliação da QDV,

▣ **Dimensão Experimental**- comporta a condição física, psicológica, de relações interpessoais e condição socio-económica.

Calman (1987) faz alusão a seis dimensões: (1) física, (2) psicológica, (3) interpessoal, (4) felicidade, (5) espiritual e (6) económica, válidas para qualquer indivíduo ou grupo, mas considera outras cinco dimensões: (1) individual, (2) cultural, (3) política, (4) filosófica e (5) temporal quando se refere a populações ou indivíduos específicos.

Apesar da multiplicidade de dimensões referidas, o autor, em termos genéricos, avalia a QDV como a distância percebida entre as expectativas do próprio e o que na realidade é capaz de ter e realizar. Quanto menor for essa distância maior será a QDV, ou se houver coincidência entre o desejar e o possuir, o sujeito está numa situação cómoda de felicidade. O melhor caminho para a poder alcançar será reduzir as expectativas do indivíduo para objectivos mais realistas ou melhorando as suas expectativas actuais.

Spilker (1996) descreve a QDV de modo piramidal com recurso a três níveis. O topo da pirâmide representa o nível um, que inclui a total satisfação com a vida, no nível dois, constam as principais dimensões que compõem e contribuem para a QDV, sendo elas: (1) física, (2) psicológica, (3) interacção social, (4) económica e (5) religiosa. Na base, ou nível três, encontra-se cada dimensão apresentada de modo mais detalhado e aprofundado.

Sem especificar quais as dimensões que eventualmente a QDV abrange, *Borthwick-Duffy, Rodriguez-Marin, Smiland e Hyland (1989, 1991, 1992, cit Allison, Locker e Feine 1997) e Fernández-Ríos e García-Fernández (1999)* limitam-se a considerar o conceito como um constructo “multidimensional”.

Também sem alusões a dimensões, *Brengelman (1986, cit. Fernández-Ríos e García-Fernández, 1999 p135)* entende QDV como a possibilidade de “desfrutar de liberdade, desenvolver a iniciativa, fomentar as relações sociais, estar satisfeito, revelar poucas manifestações psicossomáticas, ingerir pouca medicação, não estar doente, possuir uma boa profissão, encontrar sentido para a vida, independentemente desta consistir em valores materiais ou ideais”.

No fundo, quer se fale de QDV ou vida com qualidade, em causa está o facto de que “não se pode falar propriamente na QV, dever-se-á antes falar de QDV ” *Churchman (1990, p3)* pois não há uma razão prioritária que justifique a escolha e uso de determinadas dimensões e componentes a considerar na sua avaliação.

O único dado evidente é que o estudo de todas as dimensões nem sempre é pertinente para todas as investigações, estando o seu número dependente dos objectivos a atingir, do nível de análise que se pretende e do contexto da investigação (*Jenney e Campbell, 1997*).

2.1.4. Qualidade De Vida Relacionada com a Saúde

Dado o desenvolvimento gradual do estudo das doenças crónicas, rapidamente o conceito de QDV foi generalizado à área da saúde referindo-se essa cada vez mais a QDV e esta cada vez mais a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS), dando origem a dois tipos de QDV, a que se cinge a aspectos clínicos, isto é, à QDV relacionada com a saúde e a QDV não relacionada na integra com a saúde.

A QVRS apresenta duas vertentes distintas. Uma analisa a contribuição das doenças e seus tratamentos para a QDV dos doentes, a outra é específica para cada tipo de doença, referindo-se às limitações ou modo como cada doença específica afecta a QDV. A diferença está claramente marcada na forma de avaliação. No primeiro ponto a avaliação inclui itens que se referem ao estado de doença em geral e no segundo ponto inclui itens que se referem às características específicas dessa doença.

A OMS definiu em 1948, após a Segunda Guerra Mundial a saúde como um “estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença”, contudo, se esta definição de saúde era avançada para a época, na actualidade trata-se de uma definição ultrapassada e irreal por visar chegar ao completo bem estar, situação ideal mas não alcançável (*García-Riaño, 1991 e Segre e Ferraz, 1997*).

Cramer (1994) definiu QDV do mesmo modo que a OMS definiu saúde, no entanto e em oposição *Churchman (1990)* definiu QDV como o juízo subjectivo do indivíduo sobre o grau em que estão satisfeitas as suas necessidades nas várias dimensões da vida. Ou seja,

trata-se de uma definição fora do contexto médico, o que indica que o conceito QV abrange mais dimensões para além do da saúde.

Enquanto *Ware (1991 cit. Ribeiro 1994)* explica que o conceito QDV é mais abrangente do que o de saúde, sendo um dos indicadores mais utilizados para a medir, *Campbel, Converse e Rodgers. (1976)* referem que a dimensão saúde foi a que apresentou maior correlação com os resultados da QDV, demonstrando que a saúde é uma das dimensões fundamentais, senão a mais importante para os sujeitos que participaram na sua investigação.

Também para *Rodriguez-Marin, Rodríguez, Castejón, Bueno e Sánchez (1991)* e *Kaplan (1985)* a saúde é considerada como o estado mais valorizado e um dos preditores mais fortes da satisfação e felicidade.

É assim inegável que a saúde é das maiores aspirações para a condição de bem estar, tanto que o seu valor é elevado, no entanto, também depende de outras dimensões, mas a fronteira entre elas é ténue dada a influencia constante entre si.

A tentativa de chegar a todo o custo a uma definição de QDV deve-se ao facto de segundo *Segre e Ferraz (1997, p541)* ser necessário obter “indicadores”, sem os quais, para *Kaplan (1985)*, *Katz, (1987)*, *Spilker (1996)* e *Muldoon, Barger, Flory e Manuck (1998)* será difícil recolher informação sobre factores de risco, estimar as necessidades da população e comparar intervenções e tratamentos distintos para estimar o impacto dos mesmos na funcionalidade e bem estar das pessoas.

Depreende-se assim, que só com base nestes conhecimentos se podem resolver complexas situações de crise (Beckman, 1992) e implementar e administrar programas preventivos e decisões clínicas mais satisfatórias.

Quer a nível mundial quer nacional, a planificação da QDV deveria fazer-se mais a nível preventivo do que curativo, no entanto, reconhece-se que mesmo em estados iniciais de vida, não é tarefa fácil substituir comportamentos de risco a este nível porque estão implícitas abordagens a aspectos cognitivos e emocionais. Contudo, com o recurso à psicologia, torna-se exequível indicar quais são os comportamentos que são recurso de saúde (*Ribeiro, 1994*).

Paralelamente à necessidade de avaliação e de criação de programas preventivos de QDV, os quais mostraram ser uma como medida de eficácia em termos de custos e benefícios alcançados, quando comparados com as intervenções médicas clássicas, urge responsabilizar as pessoas, em geral, para o controle do seu percurso clínico, por forma a que adquiram maior autonomia e independência.

2.1.5. Avaliação da Qualidade de Vida

A problemática respeitante à avaliação da QDV é de tal modo relevante que *Ribeiro (1994)* remete para a necessidade de se esclarecer se a pertinência recai no uso de uma medida única de QDV ou em várias medidas que forneçam um perfil.

Mas como ainda não existe consenso quanto a esta problemática e por forma a que se possam conduzir estudos válidos, ficam os aspectos a ter em conta aquando da avaliação da QDV, quer se usem instrumentos genéricos, quer se usem instrumentos que foquem aspectos específicos da vida:

- ▣ Avaliar pela positiva em detrimento dos aspectos negativos, tendo em consideração a capacidade, potencial e índices de realização, porque a QDV não é ausência de doença.
- ▣ Ao avaliar ter em conta o nível de bem estar e de funcionalidade, pois é a este nível que a QV se manifesta.
- ▣ Considerar a interacção entre os aspectos físicos, mentais, sociais e ambientais.
- ▣ Indispensável basear-se na percepção pessoal.

Stewar, Greenfield, Hays, Wells, Rogers, Berry, McGlynn e Ware (1989) acrescentam que as avaliações devem ser (1) pequenas, (2) fáceis de administrar, (3) dar a compreender o que é importante para o paciente, (4) ser sensíveis aos benefícios e/ou efeitos dos tratamentos ao longo do tempo e (5) os detentores de doenças crónicas devem pontuar menos que os sem doenças crónicas.

2.2. População Prisional

2.2.1. Comportamento Desviante

O ser humano pode ser um pouco mais atroz e bárbaro do que se pode idear, o que nos reporta para o desconhecimento dos limites da sua capacidade em lesar a ética através da adesão a comportamentos entendidos como socialmente desviantes.

Ao tentar delimitar o fenómeno da delinquência, verificámos que foi a partir do século XX que se registou um crescente interesse pelo seu estudo.

Para a Psicossociologia as normas são relativas, na medida em que um dado comportamento pode ser para um grupo normativo e para outro entendido como um acto de transgressão ou violação de normas ético-morais, legais ou culturais. Há pois quem viva os desvalores como se de valores se tratasse, por ignorância ou por negação dos mesmos. Assim, e dada a relatividade cultural, não há universalidade nas normas morais, daí a dificuldade em definir o que se entende pelo seu conceito. Contudo, e face à dificuldade de consenso, é ao Estado que compete especificar todo o acto ou comportamento que não viole todo um conjunto de códigos morais e sociais contidos na Lei. (*Vala, 1985*).

Os valores são assim tidos como universais no que respeita à sua existência, mas originais quanto à organização intrínseca ao nível dos sujeitos. No fundo, os valores são fruto de uma sucessiva transmissão de sujeito para sujeito através da educação, do ceio familiar, instituição escolar e sociedade, cabendo aos receptores de tal património adquirido gerir e

adequar os valores percebidos à situação real em que vivem e de acordo com a importância que cada um lhes atribui como organizadores de acção. (Pereira, 1998)

O facto de existir singularidade no modo de reagir perante a mesma realidade circunstancial, sugere que cada sujeito detém um modo específico e particular de organizar a sua conduta e modo de estar de acordo com as suas normas e crenças. (Pereira, 1998), o que nos direcciona para a teoria de que não há uma causa institucionalizada e simples para a explicação do cometimento de delitos e adesão a comportamentos que se afastam significativamente das normas, padrões e expectativas partilhadas por uma determinada sociedade (Cooke, Balwin e Howison 1990 e Mathiesen, 1990).

A redutibilidade da delinquência a alguns modelos explicativos não passa assim de uma ideia teórica (Gonçalves, L. 1998) parecendo mais razoável assumir-se uma posição eclética, pois serão obtidos benefícios se se compararem abordagens diferentes já que estas podem adicionar “*insights*” na análise do mesmo problema.

Uma definição singular nunca abarcaria todas as perspectivas possíveis, pelo que nunca possibilitaria a compreensão da etiologia deste tipo de comportamentos, que por si só não são tarefa fácil dado que o comportamento delincente deve ser analisado com vista à sua compreensão não só em relação às características da personalidade do indivíduo bem como do grupo social de pertença ou de referência do mesmo (Carvalho, 1991).

Múltiplas teorias concorrem com pesos próximos para a explicação das carreiras criminógenas individuais, sendo que as teorias biológicas; psicodinâmicas; aprendizagem

social; relação com o meio exterior e factores sociais e modelos ecléticos-factorialistas, são as melhor que a explicam. (*Garcia, 1987, Carvalho, 1991 e Fortes, 1991*).

De acordo com a teoria da aprendizagem de Bandura o comportamento desviante tende a ser aprendido, como qualquer outro repertório de respostas para enfrentar determinadas situações. A sua origem cinge-se, maioritariamente das vezes, na observação de modelos e na troca de interacção com os outros. Esta teoria é uma das principais fontes explicativas do comportamento desviante, preferencialmente às que explicam pela predisposição biológica ou pelos comportamentos do meio.

Houve quem apontasse para a hereditariedade como causadora do desencadear e evoluir da delinquência, já que se pensava que os homens com cromossoma y extra (xyy) fossem mais agressivos, contudo, *Cooke, Baldwin e Howison (1990)* referem que cuidadosas análises mostraram que é possível não se conseguir distinguir o comportamento de homens xy de homens xyy.

Se o delinquente tem uma especificidade comportamental, moral e psicológica que se traduz na facilidade da passagem ao acto anti-normativo, urge, para o esclarecimento de tal facto, compreende-lo enquanto homem na sua totalidade, no seu meio e contexto de vida, procurando o sentido para ele do acto delinquente. (*Santos, 1991/1993 e Sani e Matos.1998*). Há pois que conhecer o criminoso, o que mais de específico e caracterizador ele tem -a sua personalidade criminal, percurso na criminalidade, sentido que atribui à transgressão, motivações e formas de pensar- uma vez que o homem não reage somente ao meio em si, mas também às significações que constrói desse meio.

Em traços largos, o delinquente que põe em causa a ordem jurídica é considerado como um insuficientemente socializado e um inadaptado e quanto maior for a sua inadaptação social, maior será a sua capacidade e apetência para a pratica de crimes.

Se o jovem estiver integrado numa sub cultura criminal, vivendo de perto com praticas educativas pobres e negligentes ou junto de familiares com hábitos e antecedentes criminais, fica mais exposto à aprendizagem de comportamentos criminais por modelagem, sendo certo que essa adesão ou mesmo mimetização de modelos de comportamentos negativos como únicos padrões de referência (quer família ou grupo de pares) faz com que certas componentes culturais, tais como a noção do certo e do errado, fiquem enraizadas e cristalizadas com o tempo.

Se os pais não forem sentidos como suficientemente bons a falta de adequação a um modelo de identificação com características essencialmente boas proporciona/favorece a criação de uma relação de identidade não vivida satisfatoriamente em quantidade e qualidade.

Num adequado processo de identificação o fito principal é que a criança alcance o gosto por si própria ao se reconhecer no outro que a valoriza, obtendo assim segurança psico-afectiva e consequentemente autonomia. Quando há uma falha na possibilidade de obter uma representação interna de uma figura parental suficientemente boa, o jovem por falta de segurança face às suas reais capacidades, baixa auto-estima face ao sentimento de desvalorização e rejeição de que se sente alvo, revela-se incapaz, de acordo com *Carvalho (1991)*, de encontrar meios acertivos para manifestar a realização dos seus desejos, restando-lhe a escolha de figuras de identificação com características negativas, as que mais se

assemelham ao seu sentir como pessoa, e desse modo, irão escolher aqueles com quem encontram maior afinidade por terem em comum as mesmas necessidades, preocupações e frustrações.

Na sequência deste sentimento, procuram afirmar-se de forma conjunta, desafiando, pela prática de comportamentos desviantes, a sociedade em geral, os pais e não menos raro, eles próprios. Passam a afirmar o seu poder pela infracção das Leis que vigoram. Transferem assim para o exterior todo um conjunto de raiva e revolta para os que têm sucesso ou para os que seguem as normas vigentes. De acordo com *Dias (1991)*, quando a casa, local usualmente identificado como de repouso e protecção não é sentida como securizante e satisfatória dado o conflito e tensão aí existentes, na maioria das vezes, trocam-na inicialmente pela rua e num momento posterior pelo bairro, não sendo aí estranha a aquisição de aprendizagens precoces e perversas.

Este sentimento de pertença e de adesão a um grupo conduz, maioritariamente das vezes à perda da própria identidade, anulando as diferenças, a originalidade e suspendendo, por isso mesmo, o sentimento de identidade pessoal (*Moita, 1991*), dando-se a identificação fusional, onde os desejos pessoais se confundem com os dos outros.

O que inicialmente começa como um desafio, necessidade de afirmação e de status entre o grupo e eventualmente o desejo de aquisição de objectos materiais, podem mais tarde produzir tendências anti-sociais na idade adulta como forma mais grave de delinquência, já que em actos compulsivos desta natureza pode estar erradicada a única forma de obtenção de

prazer e de atenção por parte dos outros (*Carvalho, 1991 e Farrington, 1998*), recaindo a ênfase no momento concreto em detrimento do planeamento do futuro.

Estes jovens tendem a cometer infracções porque constróem atitudes e crenças de que as infracções são justificáveis tal como, e paralelamente, não constróem inibições internas contra os comportamentos anti-sociais. *Gonçalves (1993)* levanta mesmo a questão: Até que ponto está interiorizada a crença de que para se sobreviver é indispensável recorrer ao desvio.

É evidente que há pessoas com maior propensão para a adesão a comportamentos desviantes do que outras, contudo, estudos longitudinais focados por *Garcia (1987)* mostram que há consistência na conduta agressiva desde a infância até à idade adulta. Existe como que uma considerável continuidade na progressão da personalidade anti-social com manifestações comportamentais distintas ao longo da idade.

Daí resulta que crianças problemáticas tendem a transformarem-se em adultos problemáticos e esses adultos, se entretanto não quebrarem o ciclo, tendem a produzir crianças problemáticas, daí que *Foucault (1972) e Dias (1991)* afirmem que a prevenção do comportamento desviante se deva fazer principalmente na infância e adolescência, para evitar que os delinquentes sejam acusados de ter recebido uma natureza perversa e uma educação viciada.

A mudança de valores tem decorrido abruptamente, criando dificuldades de acesso a cuidados de saúde, segurança social que conjugada com uma alargada situação económica deficitária, dificuldade de acesso ao trabalho, ao alojamento pode levar o grupo dos mais frágeis e desintegrados a se confrontarem com a delinquência.

Para *Farrington (1998)* são preditores da delinquência e do comportamento anti-social, antecedentes criminais familiares, supervisão pobre, conflitos e desestruturação familiar, rendimento económico baixo, agregado familiar numeroso, precárias condições de habitabilidade.

Na medida em que são as classes de estatuto socio-económico mais desfavorecido as que terão mais dificuldade de acesso à obtenção de um melhor bem estar geral, confrontamos ao analisar o supra exposto que tal só explica as práticas delinquentes praticadas pelas classes sociais mais baixas já que são os indivíduos das classes desfavorecidas os que mais são condenados, os que não têm poder porque a existência de um menor controle social sobre os poderosos em detrimento dos que o não são, acaba por perpetuar todo o ciclo que tem origem na desigualdade social (*Gonçalves, 1993*)

Esta postura vai contribuir para que a pouco conhecida criminalidade de colarinho branco não contribua para engrossar as “cifras negras” *Miotto (1983a)*, *Vala (1985)* e *Lopes (1998)* provocando um desvio considerável entre os números estatísticos da delinquência real e da delinquência conhecida.

Levanta-se então a questão dos indivíduos que embora sujeitos aos mesmos acontecimentos, passando por idênticas circunstâncias sociais, familiares e económicas não caiem na prática de delitos. *Dias (1991)* argumenta assim, que o que deixa marca na vida de um indivíduo não é tanto a circunstância em si mas a forma como esta é perspectivada, sentida e vivida pelo sujeito”. Considera preferível falar de “meio de existência” do que em

“meio envolvente” (p35) já que o que pode assumir maior relevância é a forma como o indivíduo se integra no seu meio.

O impacto que os diferentes ambientes sociais têm na experiência e desenvolvimento dos indivíduos não tem necessariamente de ser idêntico de indivíduo para indivíduo, eles podem ser percebidos e vividos de modo subjectivo. Para o delinquente oriundo de uma família com recursos acima da média não são facilmente encontradas explicações para a prática de actos delituosos, sendo maioritariamente das vezes necessário explorar motivos pessoais e a dinâmica relacional entre os elementos constituintes do agregado. No entanto não se pode ter como verdade que as causas do crime assentam na miséria e na ignorância porque existe um número considerável de delitos supostamente cometidos por pessoas de boa instrução, senão superior, e de boa, senão elevada, posição socio-económica.

Skinner (1983) refere que é mais provável que uma pessoa roube quando pouco ou nada possui, quando a educação que recebeu ou não a preparou para se manter laboralmente activa por forma a adquirir o que precisa ou não o ensinou a cumprir a Lei e se frequentemente vê os outros transgredirem a Lei impunemente. Mediante este último circunstancialismo o comportamento delinquente é poderosamente reforçado e como tal dificilmente eliminado, lembrando *Gonçalves (1993 p44)* que “não se pode esperar que determinados comportamentos ajustados ocorram se a recompensa que deles advenha não for percebida ou sentida pelo sujeito como gratificante”, até porque “quem tem comportamentos desviantes analisa os custos e os benefícios dos mesmos” (*Cooke, Baldwin e Howison, 1990 p13*).

“Independentemente da força atractiva (intrínseca ou extrínseca) que tende a arrastar a pessoa e a envolve-la no comportamento desviante dependerá, em última instância da tomada de decisão do indivíduo o qual tem o seu voto na matéria” (*Gonçalves, 1993 p49*).

O homem sabe-se livre e tem a consciência irrefutável de que só a ele compete optar pela liberdade, assim, coloca-se a tónica no indivíduo como ser dotado de vontade para orientar a sua vida em função de uma carreira desviante ou não.

O criminoso delibera as suas opções ao longo do seu percurso existencial e as pessoas normalmente têm noção e consciência de que fazem uma escolha ao cometer um crime –ou enveredar por uma vida assente na delinquência- tanto que o agente que o pratica sabe escolher o momento oportuno, o espaço físico adequado e a vitima propicia.

“A pessoa também só se tornará delinquente se houver da sua parte identificação com esses padrões de vida, ou se reconhecer que os mesmos são mais satisfatórios, compensadores ou reforçadores do que os anti-criminosos.” (*Gonçalves, 1993 p42*).

Empiricamente todos concordamos com *Skinner* quando refere que deveria ser possível construir um mundo onde raramente ou nunca ocorressem comportamentos passíveis de punição. Contudo, o objectivo último não deverá ser erradicar o crime, porque seria utópico, devia-se sim desviar a atenção para o seu controle por recurso à prevenção primária.

É sabido que na actualidade as intervenções preventivas não têm sido capazes de reduzir o crime porque não há soluções únicas capazes de abranger a extinção de todo o tipo de crimes. Por isso, torna-se prioritário apostar na investigação de formas capazes de evitar tipos particulares de crimes através de medidas específicas e particulares (*Sani e Matos, 1998*)

tais como diminuição das oportunidades físicas para o crime, aumento da dificuldade de actuação, proporcionar melhor visibilidade do crime, etc pois este tipo de prevenção precoce significa conhecer as causas do problema criminal.

Mais do que o crime ou a gravidade do acto o que está em causa é sobretudo a natureza do delinquente, é por isso preciso estabelecer um laço inteligível entre o actor, quais os processos de natureza perceptivo-cognitivo, socio-afectiva e imaginária que estiveram na génese e organização da sua identidade e o acto praticado por forma a melhor adequar as sanções.

2.2.2. História do Sistema Prisional

Apesar de nos distanciarmos do que foi instituído num tempo longínquo e num espaço já não real, verificamos que os conhecimentos passados continuam a ser pensados no presente com o intuito de serem rejeitados ou rectificados num futuro próximo. Para o efeito, temos ao nosso alcance a História, a qual se tornou incontornável aos olhos de quem a vê e de quem a reflecte, porque é do seu fundo que se acham as explicações mais cintilantes acerca das primeiras experiências de punição e de privação de liberdade.

O que a História do Sistema Prisional nos dá não é quantitativamente medível, por isso, para obtermos uma compreensão do que foi o seu passado, do que é o presente e

eventualmente do que será o seu futuro, somos levados a entrar numa viagem que conduza o nosso pensamento às suas origens.

É muito provável que se fale em justiça desde que o Homem vive na Terra, pois em todos os povos existiram, condutas humanas contrárias à Lei, isto é, violações voluntárias de regras jurídicas. Porém, o uso da justiça conheceu um lento e desunanime percurso. Os estágios da sua evolução não corresponderam a épocas bem definidas, nem se sucederam nitidamente no tempo. Acompanharam sim, a evolução das mentalidades dos povos que a ela recorriam como pressuposto que a justiça correctamente aplicada seria para o bem comum.

Inicialmente, na era dos povos primitivos não havia qualquer preocupação de justiça como é hoje entendida, na medida em que a reacção do ofendido se dirigia contra o agressor, sob a forma de descarga da tensão emocional, sendo a forma de punição mais comum a intenção de provocar um dano no ofensor.

Tempos depois, esta reacção singular da vítima sobre o agressor deu lugar ao aparecimento do poder punitivo exercido única e exclusivamente pelo chefe da tribo-clã-grupo-família, passando a pena a ser proporcional ao desvalor ético-jurídico do facto cometido.

Em sociedades pouco complexas e de escasso número de pessoas, as penas começaram por consistir na reprovação social onde o ofensor percorria as principais ruas da cidade até ser submetido em praça pública a humilhações, sofrimento, torturas e castigos corporais severos e requintados. Para tal, usava-se um conjunto de instrumentos¹ construídos

¹ Grilhões, algemas, cadafalso, guilhotina, etc.

com o fim de levar o ofensor a um sofrimento tal que confessasse o arrependimento da prática dos seus actos.

Sabe-se pois, que a justiça da época exercia no corpo do ofensor um conjunto de suplícios adaptados à gravidade da sua infracção, mas reservava-se ao povo, que se revia no condenado, a possibilidade de participar activamente incorporando o papel profissional de um actual Juiz (*Gonçalves, 1993*), na medida em que sempre que essa massa social interviesse podia ser evitada parte da punição e tortura do ofensor.

Sempre que um vício se denunciasse, o escândalo constituía o castigo ideal e assumia uma punição duplamente ideal, como adequação imediata à falta e como meio de impedi-la antes que assumia uma forma criminosa. Quer isto dizer, que a punição se destinava a eliminar comportamentos inadequados, indesejáveis ou mesmo ameaçadores, com base no princípio de que quem é punido apresenta menor probabilidade de repetir o seu comportamento, ou seja, todo o exercício quantitativo de sofrimento sobre o ofensor deveria ser intimidativo e inibidor de estímulos para o delito.

Apesar do supra exposto, entendeu-se necessário na época, sensivelmente há dois séculos, tornar os costumes mais temíveis, acrescentar elementos de maior sofrimento, humilhação, até à mais abominável crueldade, porque todo o aparato outrora usado não produzia os efeitos desejados - a diminuição da delinquência.

Desconhecendo-se que os comportamentos sujeitos a punições tendem a se repetir assim que as contingências punitivas forem removidas (*Skinner, 1983*) ou a aprender formas de evitar a punição, chegou-se à pena de morte, a qual foi durante muitos anos a pena por

excelência em quase todas as sociedades, porque se pensava que deste modo se removia definitivamente o problema da delinquência. Mas, o cenário não se alterou, porque se instalou uma enorme familiarização com o morte por estes circunstancialismos e pelos da época, nomeadamente todo o contexto de precárias condições alimentares e higiénicas, epidemias, elevada taxa de mortalidade infantil e guerras.

O que valeu, foi que a Instituição Religiosa deu um grande contributo, pois progressivamente foi conseguindo, a partir do século XVIII, pôr em dúvida a legitimidade da pena de morte e que o seu uso fosse diminuindo, contribuindo de maneira relevante para a humanização do Direito Penal. Esta tendência fortaleceu-se, até que muitos países aboliram a pena de morte e foram dando preferência, em princípios do século XX, ao trabalho forçado para produzir modificações nos hábitos dos delinquentes.

Em posterior estágio de evolução e concomitantemente com o acima focado, privilegiou-se a privação de liberdade, optando-se por usar espaços subterrâneos, fortalezas, casas religiosas ou igrejas, castelos como lugares de detenção, onde a privação da liberdade era usada como forma cautelar, não dispensando a estrutura arquitectónica, as barreiras físicas, como as grades e os grandes portões, por serem considerados indispensáveis para evitar a fuga.

Tal procedimento foi mantido até à institucionalização da privação de liberdade como pena e até à consciencialização de que era desumano tratar os detidos como meros objectos do sistema, coisificados e não como pessoas.

Daí em diante, passou a haver como que um reconhecimento da sua humanidade e da sua existência não como um mero indivíduo, mas como uma pessoa, um ser humano com direitos e deveres. Foram criados pelas Nações Unidas um conjunto de instrumentos jurídicos internacionais destinados a proteger e garantir os direitos do homem e as liberdades fundamentais (*Reforma Penal Internacional, 1997*) porque independentemente das circunstâncias, todos os seres humanos têm direitos, e todos são iguais perante a Lei, à exceção dos que estão presos, que por um tempo limitado perdem o direito à liberdade.

A perda de liberdade devia consistir única e exclusivamente na pena a cumprir, pelo que se devia evitar a todo o custo que o ambiente e circunstâncias da prisão agudizassem os sentimentos inerentes à sanção, procurando-se que as condições dentro dos EP fossem tão próximas da vida normal quanto possível.

Esta realidade penitenciária ainda estava muito à quem do redigido na Legislação e do que a justiça em termos humanos exigia. Mas, criar um arquétipo de Sistema Prisional sempre foi uma pretensão quase que irrealista, seria como tentar abraçar o inabráçavel, porque atingir a perfeição exige um esforço nunca esgotado, daí que todos reconheçamos que reflectir sobre a prática desejável não é idêntico a reflectir sobre a prática possível, e que o que no presente é sentido como uma utopia pode não o ser num futuro próximo ou mesmo longínquo.

Foi com o surgimento desta visão, que começaram a surgir precauções com as condições de permanência na prisão, repercutindo-se na arquitectura penitenciária, menos imponente, mas mais funcional, o que levantou um problema duplo, porque se ao Estado de cada país compete a implementação do respeito pela dignidade humana e manter a segurança,

entra-se em contradição porque humanizar significa aligeirar e atenuar os controles. Por este motivo, os estilos arquitectónicos foram sofrendo alterações de concepção, de acordo com as modificações que ocorriam ao nível da população prisional, métodos de tratamento penitenciário e preocupações inerentes à segurança dos detidos.

Decorrente do supra exposto, a prisão sofreu alterações assinaláveis desde o seu aparecimento até aos dias de hoje, mercê da própria evolução da sociedade. Essas modificações de acordo com *Gonçalves e Vieira (1997)* são repartidas por quatro vectores, nomeadamente pela dimensão semântico-linguística, legislativa, arquitectónica e do tratamento penitenciário.

Os Estabelecimentos Prisionais Fechados caracterizados pela procura na força dos edifícios de garantias contra as tentativas de evasão e manutenção da disciplina, ainda persistem, porque a realidade ainda impõe que os haja, contudo, têm-se feito esforços no sentido de encaminhar os reclusos capazes de manter e zelar pela disciplina e evitar a fuga para Estabelecimentos Prisionais Abertos, despidos de aparatos ou Semi-Abertos, os que garantem a segurança média em favor da disciplina e contra as fugas, mas que deixam margem para se confiar na noção de responsabilidade dos reclusos. São estes Estabelecimentos que melhor oferecem a oportunidade de reajustamento e os que menos artificializam uma vivência próxima da encontrada em meio livre.

Dos exaustivos estudos sobre o comportamento operante reconheceu-se que não bastava isolar os indivíduos da sociedade e controlá-los por intermédio da censura porque as pessoas tratadas averssivamente tendem a reagir negativamente. Esta transferência de

medidas coercivas em benefício de uma maior responsabilidade, tem-se registado de modo gradativo e não abrupto, mas é de conquista em conquista, de progresso em progresso, que o rosto da Instituição Prisional muda porque só assim se consegue acompanhar a força de novos ventos e o evoluir das mentalidades.

2.2.3. Sistema Prisional Português

A evolução da classificação penal em Portugal não diferiu muito da dos outros países, contudo, a partir de 25 de Abril de 1974, com a quebra do Antigo Regime e implementação do Estado de Direito Democrático, passou a ser reinante as velozes mudanças políticas, sociais e económicas, tendo sido difícil, ao nosso Sistema Prisional acompanhar o passo e dar respostas adequadas aos novos moldes de justiça então criados e valorizados na época.

Atendendo a factores de humanização, em voga depois da segunda Guerra Mundial, com a declaração dos Direitos do Homem de 1948, pretendeu-se um sistema não meramente punitivo mas um que pudesse através do recurso a meios materiais e humanos assegurar não somente a reclusão, mas também o papel de reeducação e reinserção social do recluso.

Na actualidade, a Instituição Prisional tem de auxiliar os reclusos na gestão do seu quotidiano, mais do que promover-lhes um bem estar intra muros e fornecer as condições basilares para a sobrevivência -acomodação, alimentação, vestuário e apoio médico- torna-se necessário reunir um leque de actividades ligadas ao ensino, formação profissional, trabalho,

desporto, lazer, capazes de os ensinar a enfrentar com sucesso a vida em meio livre e a assumir e incorporar um modo de vida diferente e afastado da delinquência, pelo que interessa promover junto dos mesmos competências de autonomia e de auto-confiança interpessoais, sociais, e de trabalho.

Mais do que gerir um EP trata-se de gerir homens, e fazer por eles, segundo *Fortes (1991)* o que a sociedade ou as famílias não quiseram ou não puderam fazer. Por isso, para dar um novo rosto e mudar as tonalidades de fundo desta tela, não basta que se mudem os tempos, é necessário mudar as vontades, mentalidades e comportamentos de quem se propõem a tal. É pois preciso procurar pensar e reflectir ao mais alto nível para evitar as falhas do empirismo, eliminar os erros do passado e não agudizar a já existente situação.

Para isso apoiamo-nos na Reforma Prisional, nas actualizações dos manuais de base ao serviço do Direito, no entanto, e no seu cômputo geral, revelam-se francamente insuficientes para mudar o exercício da justiça que se herdou. Faz falta a transdisciplinaridade e não menos alheio o saber intelectual disponível de cada época relativamente à etiologia do crime, funcionamento das prisões, trato dos presos, conduta dos guardas, eficácia das medidas repressivas, entre outros factores.

Para perceber a vastidão da mudança que se tem de implementar, temos que interiorizar que o Homem com maiúscula já não existe, mas existem sim homens concretos, distintos e cada qual com a sua especificidade e necessidade. Em prol desta filosofia, temos que esperar que a privação da liberdade seja um meio em si, com vista a facultar um processo

de aprendizagem individualizado e ao ritmo daqueles que até então, por motivos diversos, se viram privados ou desinteressados em conhecer os seus benefícios.

2.2.4. Prisão Preventiva

Quem entra no mundo da delinquência e aí permanece em contacto directo e efectivo com os doutorados no crime organizado depressa aprendem a viver à margem da Lei (*Pina, 2000*), pelo que é a partir do momento em que se entra neste circuito elitista do reino dos delinquentes que se adquire o diploma mais válido para o ingresso nas malhas da justiça. Daí aos muros e gradões da prisão é um passo que quase sempre acaba por ser dado.

Não por vontade dos próprios, mas pela da Lei, todos os dias há um alguém, que pelo som dos seus passos faz avisar da sua chegada ao Estabelecimento Prisional, tendo este a oferecer, aos pés de quem se aproxima, um chão duro e frio, exigindo-lhes que esqueçam, por um tempo, os montes, vales, rios, areia, terra, lama, relva...No fundo os reclusos descobrem que o cenário é outro e que não pisam mais o mesmo chão e que as sensações não são mais as mesmas.

Á sua espera está uma “organização penitenciária piramidal” (*Diez, .1987 p101*) liderada pelo Director e suportada pelas restantes hierarquias que trabalham em interdependência.

Caso o recluso não tenha sido informado das razões da sua privação de liberdade, a Lei exige que o seja feito no prazo máximo de 48 horas, sendo o momento da sua admissão no Estabelecimento Prisional aproveitado para o efeito, tal como para o acolhimento que consiste no esclarecimento acerca dos direitos e deveres, bem como das regras e regulamentos aí usados, para que posteriormente possa ser apresentado em júízo para julgamento sumário onde se decidirá pela legalidade ou não da sua prisão, caso os factos por si praticados o justifiquem (*Santos, 1983*).

Este procedimento, proporciona ao recluso um mais rápido enquadramento e adaptação ao sistema, tanto é que é tida a preocupação de formular uma ideia a seu respeito com vista a uma futura orientação.

Já é demasiado tarde para se recuar, mas é nesta fase que os reclusos se apercebem que rumaram em direcção ao universo prisional e que aportaram num dos seus “cais”. Agora, avistam a sociedade de longe porque é de difícil acesso e porque o barco no qual se encontravam passou a ser um barco sem rumo e sem vela.

Enclausurados numa espécie de ilha, sentem a estanquicidade entre os dois mundos, o de dentro e o de fora, restando-lhes o confronto com um aqui espacialmente limitado e um aqui temporalmente determinado, onde a horas certas realizam as actividades que marcam a vida.

Os hábitos e ritmos que tinham fora da prisão têm de ser esquecidos para possibilitar a aquisição de outros novos, mas desta vez marcados por um compasso imposto. Tudo não passa de um universo artificial e pré-estabelecido, onde a disciplina carceral, regulada pela

Instituição Prisional, é sentida como uma “experiência limite” (Casadamont, 1991), na medida em que o recluso cai na mais profunda falta de iniciativa e autonomia, ou seja, é-lhe negado o direito de dispor livremente de si próprio, dando-se como refere Goffman (1996) a mortificação do Eu, no entanto, e apesar de lhes ser tirada a liberdade de acção, não a liberdade do querer, apenas podem obrigá-los a fazer o que não querem e não a obrigá-los a querer o que não querem.

As celas e as camaratas são abertas às 7 horas e 30 minutos, quando é dado ao sol o esplendor dos seus raios, para os reclusos se dedicarem à higiene pessoal e tomarem o pequeno almoço. Uma hora depois são fechados para refazerem as camas então desaninhadas e darem uma ordem aos pertences pessoais.

Chegadas as 9 horas e 30 minutos são de novo abertos os dormitórios e cada qual toma rumo em direcção ao pátio de recreio ou às actividades académicas e laborais, tudo dependendo das prioridades dadas ou das circunstâncias do local em termos de vagas.

São feitas interrupções aproximadamente das 12 às 13 horas e das 18 às 19 horas para o pão nosso de cada dia. Por volta das 19 horas o cair do sol das alturas remata o dia.

A partir deste momento, os reclusos ficam entregues a uma espécie de solidão, não a solidão ruidosa de quem mora entre muitas casas, carros, gente, mas aquela que é estranhamente silenciosa, a verdadeira, a que isola, a que escapa à esfera do objectivo, a que encaminha para o mundo dos pensamentos, a que dá, segundo *Pereira e Costa (1989 p19)* “tempo para tudo sentir”.

O tempo não é procurado, antes contemplado e sentido como um vazio, pois têm-no nas mãos sem que o usem. Nada há que marque o tempo porque a grande maioria dos reclusos perde a conta dos minutos e das horas que geram os dias e as noites que vêm e vão, para eles o sol pôs-se há muito, as fases da lua tornaram-se desconhecidas, as folhas do calendário ignoradas e os dias santos e feriados caíram em esquecimento.

Apesar dos segundos serem rápidos e das horas serem longas, falamos no singular quando nos referimos aos que pensam no futuro, porque poucos são os que conseguem dar uma nova dimensão a este tempo psicológico, na medida em que, segundo *Cohen (1972 b)*, em vez de fazerem o seu próprio tempo deixam que seja ele a fazê-los.

Quando se verifica que o futuro não é consumido pelo pensamento dos reclusos cedo se depreende, porque sem o futuro no tempo é impossível, que se entregam à ausência, à presença do nada gerando vazios repetidos e vidas de faz de conta.

Não sendo por isso estranho que um recluso do E.P. de Caxias tenha afirmado que “as cadeias portuguesas estão apinhadas de gente com vida nenhuma, silenciosa e anónima” (*Resende, 1998*).

2.2.4.1. Lotação Prisional

O espaço que ocupam só pode ter uma função estruturante se tiver para lhes oferecer uma área mínima na qual se possam movimentar sem sentirem o calor dos outros corpos e o

ar pelos outros respirado, mas tal não é possível porque os metros quadrados existentes estão cheios de gente empilhada como livros nas estantes, próximos, juntos, apertados, colados e comprimidos, mas sempre que possível em ordem.

A distribuição dos reclusos pela escolha de camarata ou cela, apesar de condicionada ao espaço disponível dos E.P. deve obedecer a uma série de critérios específicos, nomeadamente, segue o critério da antiguidade, mas o fundamental é haver coerência nos agrupamentos, tendo-se, por base, a história criminal e o comportamento.

De acordo com a *Reforma Penal Internacional (1997)* os reclusos preventivos em virtude do principio de presunção de inocência, devem ser tratados e beneficiar de condições de reclusão ao mesmo nível dos condenados, porque até à sentença de condenação, a Lei presume que sejam inocentes.

A forma como o recluso percebe e percebe o espaço arquitectónico e aspectos sensoriais do mesmo, é determinante para entender a sua reacção face ao mesmo. É disso exemplo o facto de para uns a vivência em celas/camaratas exigir um esforço elevado de adaptação, enquanto para outros são tudo o que têm, o que podem aprender a tratar e cuidar, onde dormem, sonham, fazem os projectos e guardam os segredos (*Fortes, 1991*).

Embora haja subjectividade na percepção do espaço físico de que dispõem, uma coisa é certa, não há portas de trinco, janelas tradicionais, camas de dossel, candeeiros de estilo, tapetes persa, obras de arte, mas sim espaços despersonalizados, iguais uns aos outros.

O espaço acaba por estar duplamente limitado, porque os reclusos imediatamente à separação sentida com o mundo exterior, com o cidadão cumpridor, deparam-se com uma segunda separação, entre eles e os que os guardam (*Casadamont, 1991*).

Ao todo Portugal é detentor de 57 Estabelecimentos Prisionais, destinados à detenção e execução de penas e medidas de segurança, mas só 54 estão em funcionamento. Estão repartidos pelos (a) Estabelecimentos Especiais, nos quais se inclui a prisão feminina, a de menores e o Hospital Prisional; pelos (b) Centrais, os de maior porte, destinados a reclusos condenados e por último pelos (c) Regionais, os quais se destinam a reclusos em prisão preventiva ou em cumprimento de penas de curta duração, contudo, por motivos vários, estas medidas ainda não são cumpridas pela sua dificuldade de exequibilidade.

Ao todo são 32 Estabelecimentos Regionais, mas vamo-nos debruçar apenas no EPR de Faro que alberga cerca de 170 reclusos, o maior do Algarve, no de Olhão, EPR de apoio a Faro, com 10 reclusos (por motivo de obras de recuperação), no de Portimão, com cerca de 56 e no de Silves com 80 reclusos.

Portugal apesar de ter a nível Europeu uma das taxas mais elevadas de presos, tem conhecido, em termos estatísticos, numerosas oscilações ao nível da população prisional. Calcula-se existir a nível Nacional 11 mil presos, número este que tende a ser influenciado por um conjunto de factores decorrentes de alterações no regime jurídico vigente em que as realidades sociais também tendem a ser diversas.

Se para travar o índice de ocupação dos Estabelecimentos Prisionais as amnistias e perdões de pena ajudam, verifica-se que a taxa de detenção volta em pouco tempo a atingir os

níveis iniciais pelo que o alívio é passageiro e não resolve a longo prazo o problema, tudo porque logo são recuperados os valores.

Lopes (1998) também aponta para a crescente degradação social e ambiental provocada pela imigração e urbanismo, acrescido da difusão do consumo de substâncias tóxicas como um dos contributos para o crescimento das taxas dos presos preventivos. Não menos importante, é de referir que a ineficácia do sistema levou a que durante muitos anos a prisão preventiva servisse para garantir a realização de julgamento, na medida em que o código do processo penal não admitia a realização dos mesmos na ausência do arguido sendo por vezes difícil fazê-lo comparecer.

Gonçalves (1999) também alerta para o facto de em tempos a liberdade condicional ser apreciada a meio da pena e caso fosse negada era reapreciada um ano depois, procedimento alterado nos dias de hoje onde para certos crimes ela só é apreciada após o cumprimento de 3 terços da pena. Este circunstancialismo é contrário ao da Áustria que antecipou a possibilidade de Liberdade Condicional de 2 terços para metade da pena e que com essa inversão parece ter permitido, de acordo com *Kuhn (1996)* reduzir significativamente a população prisional, contudo a durabilidade deste efeito ainda não é conhecida.

A restrição à liberdade condicional em concomitância com a proliferação do recurso ao agravamento das penas também contribui para o aumento da taxa de detenção global.

Para *Robert e Tournier (1993, cit. Kuhn, 1996 p298)* “a chave da redução da detenção preventiva encontra-se mais no palácio da justiça do que no parlamento, mais no acelerar dos

processos do que na criação de novas leis” daí se concluir que o Direito Criminal terá de reduzir o investimento que faz nas sanções e passar a dedicar-se ao estudo das motivações e circunstancialismos que favorecem o problema da delinquência e procurar respostas e soluções para a mesma, pois não basta mudar as Leis sem antes ter encontrado alternativas viáveis para as suas causas directas.

Se reflectirmos sobre o assunto, verificamos que o Sistema Prisional não falha muito o que falha é o Sistema de Justiça. No entanto, a recente discriminalização do consumo, posse e aquisição de estupefacientes, é um marco fundamental porque tem como principal objectivo reduzir a população prisional, na medida em que os toxicod dependentes deixam de ser considerados criminosos e passam a ser encarados como doentes (*Pereira, 1999*).

No fundo, ao se criarem espaços ou Instituições específicas com possibilidades de oferecer tratamento em substituição das prisões hospitalares que dão apoio a outro tipo de problemáticas, conseguia-se minorar o problema da sobrelotação nas cadeias portuguesas pois não se misturavam reclusos consumidores, com aqueles que não sendo consumidores praticaram actos delinquentes.

2.2.4.2. Prisão não Reabilita

Os elevados números de estudos na área referem que a permanência em prisão favorece a reprodução dos comportamentos que ocorrem no exterior, pois não esqueçamos

que os valores dos reclusos atravessam os muros dos Estabelecimentos Prisionais. Não menos verdade é o facto das privações e do sofrimento inerente ao quotidiano prisional favorecer a adesão a comportamentos delinquentes bem como à rejeição dos valores socialmente dominantes e reconhecidos como acertivos, implicando uma alienação em termos sociais.

Os modelos de identificação a copiar são todos dentro do parâmetro da delinquência, daí que a maioria das críticas à prisão mostra que o seu uso está desajustado às reais necessidades, tanto que a definem como não sendo “um lugar de regeneração de criminosos, antes é uma escola de crimes, não é uma ajuda é um obstáculo à Reinserção Social” (*Correia, 1981 p179*). No fundo, esse espaço acaba por induzir, pelo contágio, à aprendizagem de novos tipos de criminalidade e de novas habilidades. Saem da prisão a saber como se vive de expedientes, como se assalta, rouba, mata, burla, vigariza e como se obtém o que se quer.

Pensou-se que através da privação da liberdade se aprendia a viver em liberdade e se obtinha a ressocialização, no entanto, a partir do momento em que os aplicadores de direito perceberam que a mesma produzia uma série de efeitos deletérios sobre os reclusos², passou-se a falar desta medida como de último recurso, “deve ser a última e não a única solução do sistema” (*Lara, 1985 p93*) que só deve ser utilizada pontualmente quando esgotados os esforços de por outro meio conseguir assegurar e garantir as condições mínimas e necessárias a um bom funcionamento da vida em sociedade. A prisão preventiva deve ser entendida como uma medida cautelar de extrema necessidade de vigilância e coacção, uma vez que só deverá

² Sendo disso exemplo o facto da taxa de suicídios ser cerca de dez vezes mais elevada em meio prisional quando comparada com a população em meio livre, o que traduz a dificuldade dos reclusos em suportarem a situação de reclusão.

ocorrer quando a prática de uma actividade criminosa indicie que a manter-se ou reforçar-se conduzirá à atribuição de uma pena de prisão, tratando-se de salvaguardar uma ordem e dinâmica pública nacional ou internacional.

É neste instante que se levanta a bifurcação dos interesses em causa, o da defesa da sociedade de uma perigosidade eminente ou dos direitos do homem que apelam à liberdade individual. Em última instância a privação de liberdade deve ser proteger a sociedade contra os efeitos nocivos do crime, mas esse objectivo só é alcançado, se o tempo de permanência dos reclusos no E.P. for aproveitado para assegurar, na medida do possível, hábitos que o tornem apto em meio livre de seguir um *modus vivendi* de acordo com a Lei, caso contrário, a liberdade não lhe será útil a si nem à sociedade.

Para nós, seres livres, é-nos difícil sentir que o mundo se modifica, pois no nosso quotidiano somos confrontados repetidamente com as aquisições que sucessivamente fazemos, daí que nos seja óbvio o facto da chuva molhar, o fogo aquecer e dos corvos não serem amarelos nem os canários pretos. Mas o mesmo não se passa com quem a história de vida se interrompeu com a entrada num Estabelecimento Prisional, pois a forma de viver até então ensaiada e interiorizada na prisão não se coaduna com a do contexto em meio livre.

A prisão revela-se inadapta à resolução dos conflitos individuais e sociais que o crime suscita e retira capacidades, leva à desaprendizagem, ao esquecimento do mundo tal como era quando o deixaram, de tal modo que quando o têm de enfrentar, apesar de expectantes, manifestam receio de não conseguir readaptar-se de modo optimizado, pois ficam, maioritariamente das vezes, perplexos com as mudanças que operam no exterior.

(Arraiano, 1988 e Dias, 1991) porque há como que um desaculturação e dessocialização o que implica perda de capacidade para comunicar e cooperar. Deve haver pois um interesse em que dentro dos EP se fomentem actividades comuns à vida extra-prisional, sendo os próprios reclusos os maiores acérrimos defensores, segundo *Lourenço (1993)* em que sejam criadas essas aproximações.

2.2.4.3. Aquisição de Competências:

Deverá a sociedade ajudar os reclusos? Tudo fazer para os reintegrar? Será que o ser humano pode ser recuperável?

Reabilitação é a combinação da palavra francesa *re* -com o significado de aquisição- e da latina *habilis* -entendida como competências- sendo o termo traduzido por *Mathiesen (1990)* como a aquisição de competências e para *Silva (1996 p325)* como pressupondo uma “dimensão de mudança pessoal” no sentido de cada recluso ser capaz de se confrontar com o seu real e ter vontade e poder para o estruturar, o que apela ao recurso de mecanismos de adaptação sucessivos. Deve pois haver uma preparação para que o recluso regresse à sua história, porque a história de cada um não é só uma marcha triunfal, mas um caminhar por altos e baixos.

A Lei Orgânica Geral Penitenciária tem como fim primordial reeducar e reinserir socialmente os reclusos, pelo que os mesmos devem ser encorajados a aderir a um estilo de

vida norteado pela obediência às Leis, mas sem imposição, porque eles devem tender para o bem por si mesmos.

Na actualidade fala-se com insistência na reeducação dos reclusos como se todos eles precisassem, iniludivelmente, senão fatalmente de o serem, contudo alguns não necessitam, outros não o desejam e outros há que sozinhos se tornam capazes de viver em meio livre respondendo à Lei.

Consciosos de que a reabilitação de todos os reclusos é uma pretensão utópica, face ao supra referenciado, é preferível concentrar esforços e investir nos que estão dispostos a aceitar o técnico e a ajuda que este tem para oferecer. Trata-se de uma proposta de ajuda, de proporcionar a aprendizagem de novos modelos de relacionamento e interactivos por forma a possibilitar uma futura e otimizada reinserção em meio livre. Para que o tempo passado não seja visto e sentido como um tempo perdido.

Não se trata de uma intenção radical de mudança de valores e do seu *modus vivendi* porque seria uma tarefa inglória e irrealista, mas apoia-se no “princípio de potencialização e fortalecimento de capacidades pessoais” (Silva, 1996 p327) que impossibilitem a pratica de comportamentos desajustados e favoreçam a reinserção e reintegração no meio social. Esta é uma nova aposta porque já se verificou que é muito difícil, senão impossível fazer com que os reclusos mudem a identidade social ou que abandonem o seu grupo de pertença (*in group*) para integrarem um novo grupo (*out group*) por todo o conjunto de valores que isso implica.

Se para Sagan.(1980 p41) “um relógio implica um relojoeiro” a nosso ver muitos reclusos implicam a existência de Técnicos de Reeducação, que têm como função anima-los,

orienta-los e estimula-los a achar onde ficam os caminhos da reabilitação/reinserção social. No fundo, como diz (*Gonçalves, R.1998*) mais do que ensinar algo, pretende-se que sejam eles próprios a participar na escolha desses caminhos.

Se se reconhece, na actualidade, que os reclusos devem sentir que têm algo a aprender, não com os que lhe são semelhantes em termos de problemáticas, mas com os outros, não se justifica a existência de uma prisão fechada sobre si própria e remetida ao isolamento institucional. Há que “ procurar apoio extra muros no enfrentamento dos problemas...tentar reinserir a Instituição Prisional no conjunto das outras Instituições Públicas” (*Vieira, 1998 p52,*) promover o desenvolvimento das redes de parceria, e desenvolver actividades de ligação do recluso com o meio exterior, desmistificando qual é verdadeira identidade das prisões.

A necessidade de “estabelecer uma ponte sólida passível de unir o interior prisional com o exterior” (*Beristain, 1994 p126*) por forma a conquistar a participação da sociedade, mudar-lhe a mentalidade, despertá-la e obrigá-la a interrogar-se acerca da realidade prisional, faz com que seja prioritário preparar a sociedade para aceitar que a delinquência é um reflexo de si própria, e que os Serviços Prisionais são uma parte integrante de si. (*Vicente, 1988*). Exige-se pois uma maior aproximação da vida prisional à vida em liberdade como forma eficaz de atenuar a influência nefasta da privação de liberdade.

O que uma pessoa pretende fazer no futuro depende fortemente do que fez no passado, por isso, a intervenção junto dos reclusos, como parte integrante do tratamento penitenciário, passa cada vez mais pela elaboração minuciosa de projectos de reeducação individualizados, os quais devem obedecer às características e necessidades dos reclusos a que se destinam, ao

contexto do Estabelecimento em que estão inseridos e aos objectivos ressocializadores a atingir. Há que ter em conta que qualquer intervenção escolhida tem vantagens e inconvenientes e que exige por vezes discutir e readaptar o tipo de planeamento.

A intenção é substituir o controle e a repressão exercida pelos reclusos, pelo aumento da responsabilização dos mesmos face às suas atitudes e comportamentos na preparação do futuro, tendo de haver uma modificação conscienciosa por parte dos mesmos, pois se não forem participantes activos, se não se sentirem implicados nas decisões nunca poderão alcançar o senso de responsabilidade.

É fundamental dar-lhes a possibilidade de sentirem que ainda não exploraram todas as possibilidades e que são donos das suas acções, que nem tudo está regulamentado e que ainda são detentores de um certo controle sobre os actos que protagonizam.

Deve-se assim investir em programas que os possibilitem alcançar competências várias ao nível pessoal, social, educativo, laboral ou de formação profissional, como se o Estabelecimento Prisional fosse um local de ensaio de modificações ou uma entidade transformadora.

Não se trata de inventarem, mas de encontrarem um sentido para a vida, porque a busca de sentido, ao implicar olhar para o futuro, é a principal força motivadora do ser humano, é o que o orienta e lhe dá um rumo. No fundo, pretende-se que rompam com o passado, introduzam uma descontinuidade entre o antes e o agora e afirmem uma nova ordem de ser. Mas ao serem lançados os dados no tabuleiro, compete a cada um a gestão e

movimentação das peças, resultando daqui o sucesso ou insucesso consoante as escolhas do caminho a trilhar.

2.2.5. Medidas Alternativas à Prisão

Se se fizer um exame fugaz, verificamos que normalmente quando desacreditamos que as ideias e formas de pensamento estão esgotadas e exploradas na sua plenitude, é quando se encontram novidades construtivas marcadas pela inovação, e parece que é o que tem ocorrido nos últimos tempos.

Já vivemos em sociedades cada vez mais democráticas e por conseguinte culturalmente mais tolerantes face à humanização do social, o que tem influenciado a mentalidade dos legisladores no que diz respeito à criação de medidas de flexibilização, ou seja, em medidas alternativas à prisão tradicional por forma a reduzir ou evitar os seus maus efeitos e as diferenças entre a vida na prisão e a vida em liberdade, pois a prisão tem mostrado ser demasiado ineficaz e dispendiosa para o Estado, isto é, continua a ser um duplo erro económico, pelo custo da delinquência que não reprime e pelo custo intrínseco da sua organização.

Será que é preciso estar preso para aprender a ser livre, sendo o ambiente da prisão tão diferente do meio livre? O que se faz ao paradoxo de educar para a liberdade mediante a privação da liberdade?

Em resposta são sugeridas como alternativas, o tratamento voluntário ou penalizações administrativas, mas de acordo com o presidente do Instituto de Reinserção Social (I.R.S.) as melhores opções são as que exigem do recluso um forte sentido de co-responsabilização e de reparação, as que promovem uma reacção sancionatória mais positiva e construtiva.

Uma sanção deste tipo é mais integradora e menos punitiva para os condenados a crimes de menor gravidade dependendo, a sua viabilidade, fundamentalmente, do consentimento do condenado que em caso de incumprimento poderá ver o Tribunal ordenar pelo cumprimento de uma pena de prisão tradicional.

Esta medida já está contemplada na Lei Portuguesa desde 1997, mas até agora não tem tido expressão entre nós, tal como na pratica judiciária Grega, que apesar do caracter facultativo da prisão preventiva, devido aos seus bem conhecidos inconvenientes, e da prioridade dada às medidas alternativas, a sua aplicação continua a ser regra. (*Vouyoucas, 1994*).

Em Portugal, todos os anos o Centro de Estudos Judiciários forma mais de uma centena de magistrados Judiciais e do Ministério Público, mas só agora começam a ser sensibilizados para aplicação em maior número de penas de prestação de trabalho a favor da comunidade em vez das de reclusão. Trata-se de uma medida recente no nosso país que aliada à pouca informação junto dos magistrados sobre a metodologia a seguir e a pouca capacidade de resposta por parte do IRS que supervisiona a medida, ainda faz com que seja mais fácil e rápida a execução de uma condenação a uma pena de multa ou a uma diminuta estadia na cadeia.

Perante esta panóplia considera-se difícil entre nós atingir níveis de prestação de trabalho a favor da comunidade equivalentes aos de França, Holanda e Inglaterra. A confirmar são os números do ano de 1998 que nos mostram que na Holanda, país com dimensões sensivelmente idênticas às nossas, fez recurso de 16 mil medidas, França 20 mil e a Inglaterra e País de Gales mais de 47 mil, contra 50 sentenças em Portugal, valor idêntico entre nós em 1999.

Contudo, para o presidente do IRS João Figueiredo, a prestação de trabalho a favor da comunidade assume um forte sentido de “corresponsabilização e reparação simbólica e promove uma reacção sancionatória mais positiva e construtiva” em comparação com a prisão preventiva. (*In Simões, 2000*).

Em nosso entender, a exequibilidade das medidas não estará tão comprometida como dantes, uma vez que, o número de protocolos assinados com organizações públicas e privadas para o efeito tem crescido (cerca de 300 em 1999) e com a reestruturação das competências dos técnicos superiores de reinserção social que terão mais disponibilidade para acompanhar esta medida.

Em 1994, na Suécia e EUA, as pulseiras electrónicas começaram a ser usadas como experiência piloto, mas o seu uso cedo se estendeu a outros países como a Inglaterra, Holanda e França. Ainda não se dispõe de muita informação quanto aos resultados em termos de impacto no meio, mas tudo indica que a experiência tem sido favorável, até porque evita a mais gravosa das medidas de coacção, já que os condenados à semelhança da prisão

domiciliária, são controlados à distância pelo uso da pulseira, a qual emitirá, se for retirada, um sinal de alarme captado pelo E.P.

Em termos de injunções impostas pelo Juiz temos maioritariamente das vezes como interdição as saídas do domicilio assim como o consumo de álcool e drogas. A vantagem mais notável é permitir ao condenado continuar inserido junto da sua matriz familiar evitando-se o risco de dessocialização inerente ao processo de reclusão.

As prisões ainda existem tal como ainda existem as consequências nefastas e nocivas da privação de liberdade, e apesar do esforço em as substituir por medidas que lhe sejam alternativas ainda não estão suficientemente implementadas, pelo que se depreende que esta etapa ainda é meramente experimental e adaptativa.

III- MÉTODO

3.1- Plano de Amostragem

3.1.1. Participantes

No presente estudo –Qualidade de Vida na População Prisional- a população alvo cingiu-se à totalidade dos reclusos existentes nos Estabelecimentos Prisionais Regionais de Faro (E.P.R.Faro –N= 160), Olhão (E.P.R.Olhão – N= 10), Portimão (E.P.R.Portimão – N= 53) e Silves (E.P.R.Silves – N= 70), os únicos pertencentes à Região do Algarve.

3.1.2. Selecção da Amostra

Sob a população reclusa dos Estabelecimentos em foco foram usados vários critérios de selecção, até se chegar à população a inquirir. Para o efeito, fez-se uso de uma amostragem não probabilística ou intencional. Paralelamente a esta escolha e conscientes da inexistência de amostras perfeitas, tentámos por forma a não distorcer a sua representatividade, ser

exigentes tanto na sua selecção como na definição de critérios de inclusão que obedeceram aos requisitos que se seguem:

- 1- Inexistência de antecedentes psiquiátricos conhecidos nem deficiência intelectual manifesta, na medida em que em anteriores estudos desenvolvidos pela O.M.S., alicerçados no Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida WHOQOL-100, foi verificado que os doentes psiquiátricos tinham tendência a apresentar baixos resultados em todos os domínios, excepto no de independência (*Fleck, Chachamovich, Vieira, Santos e Pinzon, 1999*). De igual modo, e em estudos apoiados noutros instrumentos de avaliação, foi verificado que os doentes psiquiátricos, com especial incidência os deprimidos, tinham uma Qualidade de Vida e um funcionamento social aquém ou em igual proporção à dos doentes com problemáticas graves;
- 2- Exclusão de indivíduos que apesar de privados de liberdade aguardam decisão que não a de julgamento, como o caso de concessão de asilo político, estatuto de imigrante, etc, porque em nenhum desses casos está a cumprir pena ou à espera de a cumprir. Trata-se apenas de uma medida cautelar;
- 3- Exclusão de reclusos de nacionalidade estrangeira. Sendo certo que a permanência em contexto prisional não é fácil para ninguém, menos o será para quem possui uma identidade sócio-cultural e linguística distinta da envolvente, representando esta última um factor obstacularizador ao preenchimento do questionário;

- 4- Exclusão de reclusos de etnia cigana. Apesar da caracterização deste grupo em sociedade ainda estar distante de ter contornos bem delineados, pelo facto de no mundo de hoje se evitar cuidadosamente qualquer menção à raça, para não pôr em causa, essencialmente, os princípios da democracia e o reconhecimento consciente e intencional da diferença, sabe-se que a privação da liberdade para esta minoria étnica e cultural tem uma especificidade distinta, a qual se deve à adesão a uma filosofia existencial assente na liberdade de movimentos no tempo e no espaço (*Moreira, 1999*);
- 5- Tempo de reclusão igual ou superior a duas semanas, pelo facto do questionário se reportar às duas últimas semanas dos respondentes;
- 6- Disponibilidade manifesta em participar nesta investigação, tendo por base o anonimato e confidencialidade das informações prestadas.

Alicerçados no supra exposto e para delimitar rigorosamente quais os participantes da nossa investigação, foi necessário, num primeiro momento, obter a lista dos reclusos para proceder à aplicação dos pontos de 1 a 5, finda a qual foram excluídos 16% da população.

Num segundo momento, e de acordo com o último ponto, foi pedida a colaboração para o preenchimento do questionário, daí resultando a perda de 31% da população. Posto isto, a nossa amostra incidiu sobre 53% da população, ou seja: n= 79 no E.P.R. de Faro/Olhão; n= 40 no E.P.R. de Portimão e n= 36 no E.P.R. de Silves, num total de N=155 participantes.

Como não se encontraram quaisquer diferenças estatisticamente significativas entre estes três Estabelecimentos Prisionais no que se refere aos vários domínios do WHOQOL-BREF, estas sub-amostras foram tratadas como um todo.

3.2- Operacionalização das Variáveis

Tendo por base a questão de investigação, os objectivos do presente estudo e a preocupação em se estabelecerem relações de causa efeito entre os conceito chave em estudo, tornou-se imprescindível discriminar o tipo de variáveis em foco.

- ▣ Variáveis Principais: Qualidade de Vida e Situação Jurídico-Penal
- ▣ Variáveis Secundárias: Antecedentes criminais; tipo de crime cometido e modalidade de alojamento
- ▣ Variáveis Demográficas: Idade; estado civil; enquadramento familiar; situação escolar; situação profissional; cuidados de saúde e apoio social

3.3. Tipo de Estudo

Para o presente estudo optou-se por um desenho observacional-descritivo de comparação entre dois grupos e por um método de investigação assente na sondagem. No cômputo geral pretendeu-se identificar de que modo a Qualidade de Vida era percebida pelos reclusos preventivos e condenados.

3.4- Instrumento

3.4.1.Desenvolvimento do Instrumento WHOQOL-100

O termo saúde foi definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) “como um estado de bem estar físico, mental e social e não meramente ausência de doença” (*Fleck, Chachamovich, Vieira, Santos e Pinzon, 1999 p199*) no entanto, tem sido notável a prioridade dada, pelas diferentes áreas da medicina, ao estudo da doença e respectivos mecanismos susceptíveis de avaliar a sua frequência e intensidade, em detrimento do estudo da saúde.

Tendencialmente, e com o intuito de se inverter este circunstancialismo metodológico, tem-se procurado desenvolver formas de avaliar a Qualidade de Vida e o Bem Estar, pelo recurso a instrumentos, maioritariamente das vezes, desenvolvidos nos Estados Unidos da América ou na Inglaterra e só posteriormente traduzidos para utilização em diferentes países.

É reconhecido que existem diversos instrumentos de avaliação da QDV, mas cada um reflecte a preocupação dos seus autores e o modo como os mesmos definem o conceito. De tal modo que esta variabilidade tem revelado a dificuldade que existe em unificar critérios na avaliação do constructo.

Assim, e decorrente da constatação da inexistência de um instrumento geral que avaliasse a QDV dentro de uma perspectiva genuinamente transcultural/internacional, a OMS investiu na elaboração de um projecto colaborativo multicêntrico, o qual foi desenvolvido com a colaboração de 15 centros sediados em diferentes países, com o intuito de abarcar culturas e línguas distintas.

Dessa iniciativa, resultou a formulação do Instrumento Geral de Avaliação da Qualidade de Vida, denominado por WHOQOL-100, composto na sua versão original por 100 questões que avaliam 6 domínios: (1) Físico, (2) Psicológico, (3) Nível de Independência, (4) Relações Sociais, (5) Meio-Ambiente e (6) Espiritualidade-Crenças Pessoais.

Está disponível em 20 idiomas e a sua estrutura geral e abrangente, faz de si um instrumento que pode ser utilizado em diferentes contextos e em indivíduos com ou sem doença, de idade acima dos 18 anos ou de menor idade se exercerem papel social de adulto.

Por forma a que se apreenda, sucintamente, os vários procedimentos tidos na construção do referido instrumento, apresenta-se o seguinte quadro.

Quadro 1: Etapas do desenvolvimento do WHOQOL-100

ETAPAS	MÉTODO	PRODUTO	OBJECTIVOS
Clarificação do conceito	Revisão do conceito por especialistas internacionais	- Definição de Qualidade de Vida - Definição de um protocolo para o estudo	Obtenção de consenso respeitante à definição de Qualidade de Vida e à abordagem internacional de avaliação de Qualidade de Vida
Estudo piloto qualitativo	Recurso aos grupos focais para revisões	-Definição dos domínios e subdomínios -Elaboração de um conjunto de questões	Revisão do conceito de Qualidade de Vida através do recurso às diferentes culturas e às questões que emergem
Desenvolvimento de um estudo piloto	Administração do WHOQOL piloto a 250 doentes e 50 não doentes	-Formulação de um questionário de 236 questões	Reestruturação do WHOQOL e redução do número de questões
Teste de campo	Aplicação em grupos homogéneos de doentes	- Estruturação dos domínios - Selecção de 100 questões - Escalas de resposta equivalentes nas diferentes línguas	Estabelecimento das propriedades psicométricas do WHOQOL

A inexistência de uma definição consensual de QDV, conduziu o Grupo de Qualidade de Vida da divisão de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde, numa primeira etapa do trabalho, através de uma colaboração internacional, a proceder a uma extensa revisão do conceito tendo este ficado definido como “ a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas , padrões e preocupações” (Skevington e Arthur e Somerset, 1997 p56).

Com base nesta definição, este Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida, contrariamente aos outros questionários existentes, sob o mesmo construto avaliado, baseou-se nos pressupostos de que a Qualidade de Vida é um construto subjectivo, que tem por base a percepção pessoal do sujeito face às suas condições/vivências; multidimensional onde se incluem dimensões físicas, psicológicas e sociais e por fim composto por dimensões tanto positivas como negativas (*WHOQOL Group 1998 a*).

Numa análise final, feita pelos já referidos 15 centros, verificou-se que as características psicométricas emergentes no WHOQOL-100 preencheram os requisitos exigidos ao nível da consistência interna, validade discriminante, validade convergente, validade de critério e fidedignidade teste-reteste, confirmando a possibilidade de manuseamento de um instrumento de avaliação da Qualidade de Vida multi-cultural (*WHOQOL Group 1998 a*).

3.4.2. Desenvolvimento do Instrumento WHOQOL-BREF

A necessidade de criar instrumentos de reduzidas dimensões, que possibilitassem um preenchimento e interpretação rápida, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-BREF.

3.4.2.1. Tradução

A versão Brasileira (Português falado no Brasil) do instrumento WHOQOL-BREF foi desenvolvida no Centro WHOQOL para o Brasil em 1998, no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck.

Pelo facto da O.M.S. considerar mais vantajoso o recurso a uma metodologia que não a usada na tradução simples ou na tradução-retrotradução, fez uso do seguinte percurso:

- 1- A tradução inicial foi realizada por um tradutor familiarizado com a tradução de instrumentos desta natureza, e conhecedor da literatura existente ao nível das ciências sociais;
- 2- Com o apoio de um grupo bilíngue, composto por entrevistadores, clínicos e antropólogos, foi feita a revisão da tradução;
- 3- Feitos alguns ajustes, a tradução foi discutida em quatro grupos focais constituídos por pessoas da população geral; profissionais da área de saúde; doentes internados e doentes em ambulatório. Os objectivos dos grupos focais foram:
 - a. rever a formulação e compreensão das questões do questionário
 - b. analisar o quanto cada uma das dimensões afecta a Qualidade de Vida das pessoas

- c. averiguar se existiriam outras dimensões que não as constantes e que seriam, especificamente, importantes para o Brasil

Os grupos focais sugeriram pequenas modificações na maneira de formular as questões, as quais depois de discutidas, num segundo grupo bilíngue, deram resultado à versão final do instrumento.

- 4- O trabalho de tradução foi concluído com a retrotradução, para o Inglês, por um tradutor independente, o qual mostrou que existia forte semelhança com a versão do instrumento original.

3.4.2.2. Dimensionalidade

O WHOQOL-BREF consta de 26 questões, sendo 2 gerais, nomeadamente sobre Qualidade de Vida e Estado Geral de Saúde) e 24 representadas por cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original (WHOQOL-100).

Ao se definir o critério de selecção das questões tiveram-se em consideração aspectos conceituais e psicométricos. Ao primeiro nível ficou definido que cada uma das 24 facetas deveria ser avaliada por apenas uma questão. Ao segundo nível, e diferente do procedimento da versão original em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 questões, ficou definido que se seleccionava a questão que em maior índice se correlacionasse com o resultado total, calculado pela média de todas as facetas.

Posteriormente, as questões seleccionadas foram examinadas por uma Equipa de Especialistas, capazes de averiguar se conceptualmente representavam cada domínio de onde as facetas provinham. Após esta etapa, e feitas as substituições que melhor definiam os domínios a representar, foi feita uma análise factorial, retirada do teste de campo de 20 centros em 18 países, que confirmou a versão final do WHOQOL-BREF, composto por 4 domínios (*WHOQOL Group 1998 b*):

Domínio I- Domínio Físico

- 1- Dor e desconforto (questão 3)
- 2- Dependência de medicação ou de tratamentos (questão 4)
- 3- Energia e fadiga (questão 10)
- 4- Mobilidade (questão 15)
- 5- Sono e repouso (questão 16)
- 6- Actividades da vida quotidiana (questão 17)
- 7- Capacidade de trabalho (questão 18)

Domínio II- Domínio Psicológico

- 8- Sentimentos positivos (questão 5)
- 9- Espiritualidade-religião-crenças pessoais (questão 6)
- 10- Pensar, aprender, memória e concentração (questão 7)
- 11- Imagem corporal e aparência (questão 11)

12- Auto-estima (questão 19)

13- Sentimentos negativos (questão 26)

Domínio III- Relações Sociais

14- Relações pessoais (questão 20)

15- Actividade sexual (questão 21)

16- Suporte e apoio social (questão 22)

Domínio IV- Meio-Ambiente

17- Segurança física e protecção (questão 8)

18- Ambiente físico. Poluição, ruído e clima (questão 9)

19- Recursos financeiros (questão 12)

20- Oportunidade de adquirir novas informações (questão 13)

21- Participação e oportunidades de recreação e lazer (questão 14)

22- Ambiente no lar (questão 23)

23- Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade (questão 24)

24- Transporte (questão 25)

3.4.2.3. Tipo de Resposta

As questões do WHOQOL-BREF são, quanto à forma, questões fechadas, tendo sido formuladas para uma escala de resposta do tipo Likert, onde cada item tem várias possibilidades de resposta, com diferentes pólos de discordância (0%) ou concordância (100%), de entre os quais o respondente escolhe o que melhor se aplica a si, tendo por base os quatro factores que se seguem:

- ▣ **Intensidade-** (1) nada - (2) muito pouco – (3) mais ou menos – (4) bastante – (5) extremamente
- ▣ **Capacidade-** (1) nada – (2) muito pouco – (3) médio – (4) muito – (5) completamente
- ▣ **Frequência-** (1) nunca – (2) algumas vezes – (3) frequentemente – (4) muito frequentemente – (5) sempre
- ▣ **Avaliação-** (1) muito má – (2) má – (3) nem boa nem má – (4) boa (5) muito boa e (1) muito insatisfeito – (2) insatisfeito - (3) nem satisfeito nem insatisfeito – (4) satisfeito – (5) muito satisfeito

3.4.2.4. Cotação

O valor final deverá reflectir a avaliação que o indivíduo fez da sua Qualidade de Vida. Assim, os critérios de cotação das respostas foram definidos de forma a que um resultado elevado indique uma melhor Qualidade de Vida e vice-versa.

Caso haja por algum motivo, recusa na marcação da escolha da resposta, deve-se atribuir o código 8 e o código 9 se eventualmente houver algum esquecimento em dar resposta.

3.4.2.5. Manual de Aplicação

- 1- Os inquiridos devem ser adequadamente informados sobre o objectivo, modo de aplicação do instrumento e o destino dos dados obtidos. Devem também sentirem-se à vontade para esclarecer quaisquer dúvidas ao longo da aplicação;
- 2- Uma vez que o inquirido concorde em responder, é fundamental a obtenção de consentimento informado, assinado por ambas as partes;
- 3- Deve-se procurar um ambiente de privacidade, evitando que o inquirido responda ao instrumento acompanhado de familiares, cônjuge ou qualquer outro elemento;
- 4- O instrumento deve ser respondido em um só momento;

- 5- Deve ser enfatizado que todo o questionário se refere às duas últimas semanas, independentemente do local onde o indivíduo se encontre;
- 6- O entrevistador não deve influenciar o respondente na escolha da resposta, nem discutir as questões, seus significados e a escala de resposta. Em caso de dúvida, o entrevistador deve apenas reler a questão de forma lenta e pausada, não dando sinónimos nem explicações acrescidas. O WHOQOL-BREF é considerado um instrumento de auto-resposta, pelo que por si só é explicativo. Quando na impossibilidade de seguir estes parâmetros , o entrevistador deve proceder a uma aplicação assistida, nomeadamente quando o inquirido não reúne as condições mínimas à sua aplicação, por questões de analfabetismo, deficiência visual profunda, etc.

3.4.2.6. Seleccção da Amostra

A versão Brasileira abreviada (Português falado no Brasil) do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-BREF), juntamente com o Inventário para a Depressão (BDI) e a Escala de Desesperança de Beck (BHS) foram aplicados, durante cinco meses, em 250 doentes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e em 50 voluntários não doentes, seleccionados entre os funcionários da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

A metodologia usada na selecção da amostra, obedeceu a critérios específicos, sendo eles:

- ▣ Deveriam ser adultos, idade acima dos 18 anos ou exercendo papel social de adulto;
- ▣ 50% da amostra deveria ter idade menor que 45 anos (obtiveram uma média de 43 anos);
- ▣ 50% da amostra deveria ser do sexo feminino (obtiveram 153 mulheres e 147 homens);
- ▣ 50% (125) deveria ser constituída por doentes hospitalizados e 50% (125) por doentes em tratamento ambulatorio ou em contacto com o serviço de saúde por condições de saúde sem gravidade (obtiveram doentes das seguintes áreas de atendimento médico: 94 clinica geral; 72 cirurgia; 54 psiquiatria e 30 ginecologia);
- ▣ Os não doentes (50) deveriam apresentar resposta negativa às três questões:
 - Tem alguma doença crónica?
 - Na actualidade toma algum remédio de forma regular?
 - Consultou algum médico ou profissional de saúde no último mês, exceptuando consultas de rotina/prevenção?

3.4.3- Propriedades Psicométricas do Instrumento WHOQOL-BREF

3.4.3.1. Consistência Interna

Quadro2: Fidelidade das questões e domínios

	Coefficiente de Cronbach	Número de Questões
Questões	0,90	26
Domínios	0,77	4
Domínio 1 (Físico)	0,84	7
Domínio 2 (psicológico)	0,78	6
Domínio 3 (Relações Sociais)	0,69	3
Domínio 4 (Meio-Ambiente)	0,71	8

De acordo com o conteúdo do quadro, pode-se verificar que o WHOQOL-BREF apresentou boa consistência interna medida pelo Alfa de Cronbach quer se tomem as 26 questões ou os 4 domínios, contudo quando tomados individualmente, o Domínio 3 (Relações Sociais) apresenta o menor valor (0,69).

Note-se que o Domínio 3, é de todos o que é representado no instrumento pelo menor número de questões, apenas três, factor que o deixa, do ponto de vista psicométrico, menos estável.

3.4.3.2. Validade Discriminante

Para avaliar a validade discriminante, comparou-se o resultado médio de cada um dos quatro domínios entre o grupo de doentes (250) e o de não doentes (50), tendo-se registado uma tendência dos respondentes não doentes a apresentarem resultados superiores em cada um dos quatro domínios.

Quadro 3: Análise de variância dos domínios em relação à presença de doença

	Média dos não doentes	Média dos doentes	t	p
Domínio 1 (Físico)	16,61	13,35	8,96	0,0001
Domínio 2 (Psicológico)	15,58	14,54	2,53	0,01
Domínio 3 (Relações Sociais)	15,52	15,29	0,44	0,66
Domínio 4 (Meio-Ambiente)	14,04	13,36	1,87	0,06

A capacidade de discriminar doentes de não doentes, foi observada nos Domínios 1 (Físico), 2 (Psicológico) e 4 (Meio-Ambiente) sendo neste último com nível de significância limítrofe ($p= 0,06$). O Domínio 3 (Relações Sociais) contrariamente à versão longa, não teve uma contribuição significativa para explicar a variância entre doentes de não doentes.

Estes dados diferem dos dados gerais do desenvolvimento do instrumento breve em que todos os quatro domínios discriminaram de forma estatisticamente significativa entre os doentes dos não doentes. Os dados gerais do instrumento foram gerados a partir de uma amostra de 11275 proveniente de diferentes centros, enquanto o teste de campo foi realizado a partir de 300. Possivelmente o nível de significância limítrofe referente ao domínio 4 deve-se ao tamanho da amostra e o facto do Domínio 3 não apresentar capacidade de discriminação entre doentes e não doentes pode simplesmente significar que o facto de estar doente não interfere com as relações sociais.

Quadro 4: Análise de variância dos 4 domínios em relação à origem dos doentes

Origem	Domínio 1 (Físico)	Domínio 2 (Psicológico)	Domínio 3 (Relações Sociais)	Domínio 4 (Meio-Ambiente)
Psiquiatria	13,50	13,26	13,08	13,3
Clinica Geral	12,97	14,87	15,67	13,51
Ginecologia	13,81	14,69	15,51	13,15
Cirurgia	13,18	14,67	15,62	13,28
Sem doença	16,61	15,58	15,52	14,04

Da análise do quadro supra exposto, é-nos possível constatar que os doentes provenientes da área médica de psiquiatria demonstram ter os mais baixos resultados em três

dos quatro domínios. A exceção recaiu no Domínio 1 (Físico) no qual foram os doentes provenientes da área médica de clinica geral que obtiveram os resultados mais baixos. Paralelamente, verificou-se que os não doentes obtiveram os melhores resultados com a exceção no Domínio 3 (Relações Sociais).

3.4.3.3. Validade de Critério

Para estudar a validade de critério do WHOQOL-BREF, realizou-se uma regressão linear múltipla dos domínios que avaliam a Qualidade de Vida Geral, podendo-se daí inferir que com a exceção do Domínio 3 (Relações Sociais) todos os outros foram importantes na definição de Qualidade de Vida numa amostra de doentes.

Quadro 5: Regressão linear múltipla entre os diferentes domínios em relação à Qualidade de Vida Geral

Domínio	B	t	p
Domínio 1 (Físico)	0,43	7,36	0,0001
Domínio 2 (Psicológico)	0,21	2,80	0,005
Domínio 3 (Relações Sociais)	0,04	0,75	0,45
Domínio 4 (Meio-Ambiente)	0,27	3,35	0,001

Ao se comparar a correlação entre os diferentes domínios, observou-se que todos eles apresentaram coeficientes de correlação significativos entre si, sendo que o coeficiente de correlação mais alto se encontra no Domínio Físico ($p=0,0001$) e o Psicológico ($p=0,005$). O Domínio 3 (Relações Sociais) foi o que apresentou o coeficiente de correlação mais baixo em relação aos restantes, e foi o único que não apareceu num modelo linear explicativo de 44% da variância.

Quadro 6: Coeficiente de correlação entre os diferentes domínios na amostra

	Domínio 2 (Psicológico)	Domínio 3 (Relações Sociais)	Domínio 4 (Meio-Ambiente)
Domínio 1 (Físico)	0,62	0,35	0,50
Domínio 2 (Psicológico)	–	0,49	0,53
Domínio 3 (Relações Sociais)	–	–	0,53

3.4.3.4. Validade Concorrente

A Escala de Beck para a Depressão (BDI) e a Escala de Desesperança de Beck (BHS) foram utilizadas como instrumentos de avaliação indirecta da validade concorrente, tendo apresentado correlação significativa com todos os domínios, conforme expressa o quadro que se segue.

Quadro 7: Coeficiente de correlação entre os resultados dos domínios e o resultado total do Inventário de Beck para Depressão (BDI) e da Escala de Desesperança de Beck (BHS)

Instrumentos	Domínio 1 (Físico)	Domínio 2 (Psicológico)	Domínio 3 (Relações Sociais)	Domínio 4 (Meio Ambiente)
Inventário de Beck para Depressão	- 0,57	- 0,66	- 0,43	- 0,42
Escala de Desesperança de Beck	- 0,31	- 0,52	- 0,36	- 0,36

Enquanto o resultado maior na medida de Qualidade de Vida indica uma melhor Qualidade de Vida, nos outros dois instrumentos o maior valor indica, respectivamente, mais depressão e mais desesperança, donde se verifica que a correlação é inversa.

Tanto o BDI como a BHS apresentaram os maiores coeficientes de correlação com o Domínio 2 (Psicológico), podendo este resultado espelhar uma certa coerência existente nos domínios avaliados pelos próprios instrumentos, os quais não se afastam dos aspectos psicológicos envolvidos na Qualidade de Vida dos indivíduos.

3.4.3.5. Fidelidade Teste-Reteste

A opção de aplicar o reteste, no fim de duas a quatro semanas, recaiu na amostra dos não doentes (n=50), já que estes, tendem a ter uma variação menor de sua condição no espaço de tempo que medeia o teste e o reteste.

Quadro 8: Comparação teste-reteste entre os resultados nos quatro domínios

Domínios	Média	Significância	
Domínio 1 (Físico)	Teste	16,61	0,65
	Reteste	16,53	
Domínio 2 (Psicológico)	Teste	15,58	0,19
	Reteste	15,87	
Domínio 3 (Relações Sociais)	Teste	15,52	0,81
	Reteste	15,47	
Domínio 4 (Meio-Ambiente)	Teste	14,04	0,83
	Reteste	14,00	

Daqui se infere que, não houve diferença significativa na média entre os domínios quando se considera o teste e o reteste.

Quadro 9: Coeficiente de correlação dos resultados nos diferentes domínios entre o teste e o reteste

Domínios	Coeficiente de correlação Teste-reteste	p
Domínio 1 (Físico)	0,81	0,0001
Domínio 2 (Psicológico)	0,69	0,0001
Domínio 3 (Relações Sociais)	0,80	0,0001
Domínio 4 (Meio-Ambiente)	0,75	0,0001

Resultante dos dados supra expostos, registou-se que todos os coeficientes de correlação das medidas do teste-reteste foram significativos, com coeficientes superiores a 0,69.

3.4.3.6. Aceitação do Instrumento

Se compararmos os resultados do WHOQOL-BREF com os do WHOQOL-100, versão Brasileira, verificamos que as características psicométricas de ambos são similares, já que preencheram os critérios de consistência interna, validade discriminante, validade concorrente, validade de conteúdo e validade teste-reteste em uma avaliação preliminar.

Daí se concluiu que o instrumento reunia as condições necessárias para ser usado no Brasil, sendo no entanto importante avaliar o seu desempenho em outros países e em amostras de indivíduos diferentes.

3.4.4- Desenvolvimento da Versão em Português do WHOQOL-BREF

3.4.4.1. Tradução

Por forma a otimizar os recursos de que dispúnhamos, foram efectuadas, por mim e por um profissional de saúde, duas adaptações/traduições independentes do Português falado no Brasil para o falado no Continente Português. Em simultâneo decorreu uma tradução, efectuada por um tradutor profissional, do Inglês –versão original do instrumento- para o Português. Posteriormente fez-se uma revisão conjunta do aspecto semântico, para garantir que as questões tivessem o mesmo significado.

3.4.4.2. Consistência Interna

Para calcular a fidelidade desta versão do WHOQOL-BREF, instrumento por nós usado para avaliar a QDV dos reclusos nos E.P.R. do Algarve, recorreu-se ao Alfa de

Cronbach, que se baseia no cálculo das correlações médias entre os itens de um teste, considerando-se geralmente que um coeficiente acima de 0,70 é um bom valor de consistência interna.

No quadro que se segue, pode-se observar o valor de Alfa quando se considera o instrumento de uma forma global, bem como a consistência interna de cada uma das dimensões que compõem o instrumento. A coluna mais à direita apresenta os valores da versão Brasileira, de onde se fez a adaptação/tradução para o Português falado no nosso Continente.

Quadro 10: Consistência interna do WHOQOL-BREF, versão Portuguesa

	Alfa de Cronbach Versão Portuguesa	Alfa de Cronbach Versão Brasileira	Número de itens
WHOQOL-BREF	0,88	0,90	26
Inter-Domínios	0,78	0,77	4
Domínio 1	0,77	0,84	7
Domínio 2	0,70	0,78	6
Domínio 3	0,64	0,69	3
Domínio 4	0,70	0,71	8

A consistência interna da versão Portuguesa do WHOQOL-BREF, para a amostra em questão N=155, revelou um coeficiente de alfa que se situa acima do valor referencial mencionado e com valores muito próximos aos obtidos na versão Brasileira.

Também se encontrou boa consistência interna entre os quatro domínios do instrumento e para cada um dos domínios (Físico, Psicológico e de Relações Sociais), pois à semelhança do que aconteceu com a versão Brasileira, o Domínio 3 (Relações Sociais) apresenta menor consistência interna, podendo este facto ser explicável pela menor estabilidade deste domínio devido ao reduzido número de itens que o constituem.

3.5. Material

A opção pela versão abreviada prendeu-se a aspectos de índole prática, relacionados com a extensão do instrumento original (100 questões), o que, dado o carácter não obrigatório da adesão e resposta ao mesmo, obteríamos, por certo, uma menor percentagem de participação.

Em concomitância, e tendo por base que a versão original do questionário é longa e composta por respostas fechadas, tornar-se-ia , rapidamente, fastidioso, podendo tal factualidade, levar os respondentes a reflectir cada vez menos nas questões, o que condicionaria a qualidade das respostas.

Por último, entendeu-se que os dois domínios não presentes na versão abreviada (Nível de Independência e Espiritualidade-Religião-Crenças Pessoais) podiam ser suprimidos. Por um lado, o Domínio de Independência foca essencialmente aspectos ligados à doença (4 questões de mobilidade, actividades da vida quotidiana, dependência de medicação ou tratamentos e capacidade de trabalho). Por outro lado, o Domínio Espiritualidade-Religião-Crenças Pessoais demonstrou, aquando do seu estudo prévio, ter uma validade discriminante no limiar dos níveis de significância.

Para consagrar, e tendo por base o efeito de halo ou de coerência, somos da opinião, que quem declara estar globalmente satisfeito, tem tendência para se afirmar igualmente satisfeito relativamente a aspectos particulares, pelo que a omissão dos dois níveis não se levantou, de facto, como problemático à obtenção de resultados válidos.

Adverte-se, contudo, para o facto do presente estudo estar longe de responder ao vasto leque de eventuais questões referentes à aplicação do WHOQOL-BREF no nosso país, na medida em que variáveis culturais, regionais, associadas a possíveis diferenças socio-culturais e todo um conjunto de especificidades existentes em diferentes contextos, terão de ser melhor exploradas para que o instrumento em análise possa beneficiar da abrangência a que se propõe.

Paralelamente a este instrumento, e para uma melhor identificação da população reclusa, optou-se por elaborar um questionário (Questionário-Parte I, ver anexo), composto por questões fechadas, directamente relacionadas com a caracterização das variáveis Secundárias (antecedentes criminais, tipo de crime cometido e modalidade de alojamento) e Demográficas

(idade, estado civil, enquadramento familiar, situação escolar, situação profissional, cuidados de saúde e apoio social). A sua pertinência, prendeu-se com a necessidade de obter informações relacionadas com:

- ☐ Caracterização da situação penal
- ☐ Caracterização do enquadramento familiar
- ☐ Conhecimento do percurso escolar
- ☐ Grau de adesão ao trabalho prisional
- ☐ Recurso à assistência médica
- ☐ Importância das relações com o exterior

Foi também colocada uma questão, sob a forma de questão aberta, dando espaço aos próprios reclusos de expressarem a sua percepção referente ao conceito de Qualidade de Vida. Estes elementos, melhor discriminados nos capítulos subsequentes, comparados entre si e cruzados com os dados obtidos no Questionário- Parte II (WHOQOL-BREF, ver anexo), permitiu-nos avaliar quais os factores mais determinantes para a Qualidade de Vida dentro das Instituições Prisionais e, paralelamente, apontar novos e promissores caminhos de investigação futura.

(idade, estado civil, enquadramento familiar, situação escolar, situação profissional, cuidados de saúde e apoio social). A sua pertinência, prendeu-se com a necessidade de obter informações relacionadas com:

- ☐ Caracterização da situação penal
- ☐ Caracterização do enquadramento familiar
- ☐ Conhecimento do percurso escolar
- ☐ Grau de adesão ao trabalho prisional
- ☐ Recurso à assistência médica
- ☐ Importância das relações com o exterior

Foi também colocada uma questão, sob a forma de questão aberta, dando espaço aos próprios reclusos de expressarem a sua percepção referente ao conceito de Qualidade de Vida. Estes elementos, melhor discriminados nos capítulos subsequentes, comparados entre si e cruzados com os dados obtidos no Questionário- Parte II (WHOQOL-BREF, ver anexo), permitiu-nos avaliar quais os factores mais determinantes para a Qualidade de Vida dentro das Instituições Prisionais e, paralelamente, apontar novos e promissores caminhos de investigação futura.

3.5- Procedimento

A forma de funcionamento e dinâmica encontrada nos Estabelecimentos Prisionais Regionais (E.P.R.) abordados neste trabalho, em termos de ambiente, estilo de administração, relacionamento entre guardas-reclusos e tipo de população reclusa, processa-se de modo muito idêntico o que proporcionou o uso de metodologias muito próximas.

O ponto de partida do processo de investigação incidiu sobre o pedido de autorização junto da Direcção Geral dos Serviços Prisionais para a recolha de dados nos E.P.R. de Faro/Olhão, Portimão e Silves. Posteriormente procederam-se aos contactos telefónicos e pessoais com os Directores dos referidos E.P.R. , os quais foram receptivos à nossa abordagem.

Foi indubitavelmente vantajosa a já familiaridade , por motivo de anteriores envolvências, com as características arquitectónicas dos espaços físicos prisionais, valores e regras da vida prisional, materiais documentais aí existentes, funcionários e população reclusa, pois fez diluir a especificidade das abordagens usualmente necessárias a uma prévia habituação face ao aparelho disciplinar em causa.

Em consonância com o supra descrito, e numa primeira fase, com base nos dados recolhidos em ficheiros, livro de registo de entradas no E.P.R. e processamento informático, foi-nos possível aceder à lista de todos os reclusos e posteriormente à discriminativa dos reclusos com as características definidas para a presente investigação.

Conscientes de que ao nível das investigações em Instituições Prisionais não são raros os reclusos que temem, num acto de desconfiança, participar no preenchimento de questionários, dada a envolvimento pessoal nesse acto, coincidente com a incerteza de que a informação possa ser usada em seu prejuízo ou facultada aos Chefe de Guardas, Técnicos de Reeducação, Director e eventualmente ao Juiz, comprometendo algumas aspirações no que concerne à obtenção de saídas precárias, liberdade condicional, raves³, revis⁴ entre outras possíveis, preparámo-nos para tal facticidade, na medida em que, e paralelamente, à retracção sentida nesses momentos, também é comum emergir uma postura de abstinência já que nada reverte, a curto prazo, em benefício pessoal dos próprios.

Para colmatar parte da esperada resistência inicial, foi nossa preocupação explicar a finalidade da investigação e a nossa não envolvimento institucional com aqueles serviços, assim como adverter os respondentes de que a participação se revertia de carácter não obrigatório e que assegurávamos o anonimato e confidencialidade das informações prestadas, sendo estas, mais tarde, divulgadas em conjunto com outras recolhidas junto de mais participantes.

Decorrente deste momento, relembramos que foram perdidos 31% dos participantes por falta de adesão à tarefa proposta, persistindo, em termos genéricos, uniformidade nas justificações, as quais apontaram para o desinteresse pelos assuntos referentes ao E.P.R. na sequência de sentimentos de injustiça judicial.

³ Regime Aberto Voltado para o Exterior, o recluso exerce actividade fora do Estabelecimento Prisional, mas regressa ao mesmo no fim do dia e aos fins de semana

⁴ Regime Aberto Voltado para o Interior, o recluso labora dentro do Estabelecimento Prisional

A impossibilidade de passar questionários à totalidade de sujeitos que reuniam as características necessárias para pertencer à amostra não foi encarada negativamente na medida em que, supostamente, iriam prestar informações qualitativamente pobres ou mesmo alvo de empolamento dos factos, assim como o recurso a distorções e contradições.

A passagem dos questionários, decorreu entre os meses de Junho e Agosto de 2000, tendo sido os mesmos, independentemente do Estabelecimento Prisional Regional, passados em pequenos grupos, nunca superiores a 15 sujeitos de cada vez, com um tempo médio de passagem de 30 minutos. Fez-se uso da sala de visitas munida de mesas e cadeiras em número suficiente para proporcionar privacidade a cada um.

Esta opção metodológica, em detrimento da passagem individual do questionário, teve em consideração o ambiente onde decorreu o trabalho de campo e o limite temporal para a sua passagem personalizada.

No entanto, o que à partida poderia ter resultado numa obstacularização à passagem dos questionários, acabou por, de modo optimizado, proporcionar o entabular de diálogo e contacto pessoal entre entrevistador e respondentes, no decurso do preenchimento do questionário demográfico, possibilitando não tanto o desmoronar de possíveis inibições, desconfianças, porque estas estão sempre presentes, mas atenuá-las, o que proporcionou uma maior disponibilidade por parte dos reclusos. Decorrente deste circunstancialismo, espera-se que a qualidade das informações obtidas seja o resultado desse relacionamento que se foi capaz de estabelecer.

O que daqui se depreende, é que os reclusos são capazes de exteriorizar e fornecer avultada quantidade de dados se encontrarem na solicitação do preenchimento do questionário que lhes dirigimos, um meio de protagonizar um papel activo e alvo de reconhecimento.

Comungando da opinião de *Moreira (1988, p20)* “a aceitação do investigador, por parte dos universos que constituem a prisão, depende mais da qualidade das relações que consegue estabelecer do que das explicações que possa dar sobre o trabalho que realiza”.

IV- RESULTADOS

4.1 Apresentação dos Resultados

Para trás ficaram os cenários definidos e os actores escolhidos para este ensaio, no entanto, urge levantar a cortina que esconde o resultado de todo o trabalho desenvolvido. Para o efeito, segue-se a apresentação das variáveis demográficas e sociais da amostra obtida, comparação de médias e as correlações entre as variáveis em análise e os domínios do WHOQOL-BREF.

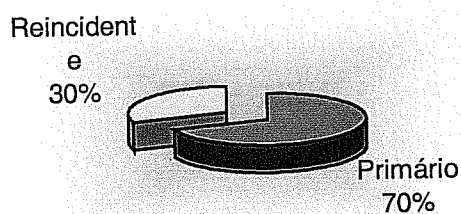
Por forma a apurar a magnitude e significância das diferenças, fez-se uso de uma análise estatística integralmente realizada em SPSS 10.0 (Statistical Package for Social Sciences), tendo sido os procedimentos estatísticos, realizados com este programa, descritivos e de comparação de grupos e onde também foi utilizada a análise de correlações entre algumas variáveis.

Foi utilizado o Teste t de comparação de médias sempre que se pretendeu determinar se as médias de dois grupos não relacionados diferiam.

A análise de variância a um factor para médias não relacionadas foi utilizada sempre que se compararam as médias de 3 ou mais grupos. E para a sua complementarização também

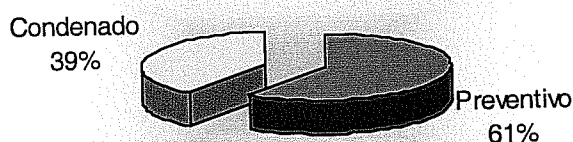
foram efectuados teste post hoc ou a posteriori –Teste de Ducan ao nível de significância de 5%- para determinar os grupos onde residiam as diferenças.

Quadro 11: Distribuição da amostra quanto à variável dicotómica –Antecedentes Criminais



Nesta amostra, há uma notável prevalência de reclusos primários em relação aos reincidentes, tendo o grupo dos reincidentes obtido uma pontuação média na Dimensão Social do WHOQOL-BREF significativamente inferior $M= 40,4$ à do grupo de reclusos primários $M= 52,2$, ($t= 3,350$; $p= 0,001$).

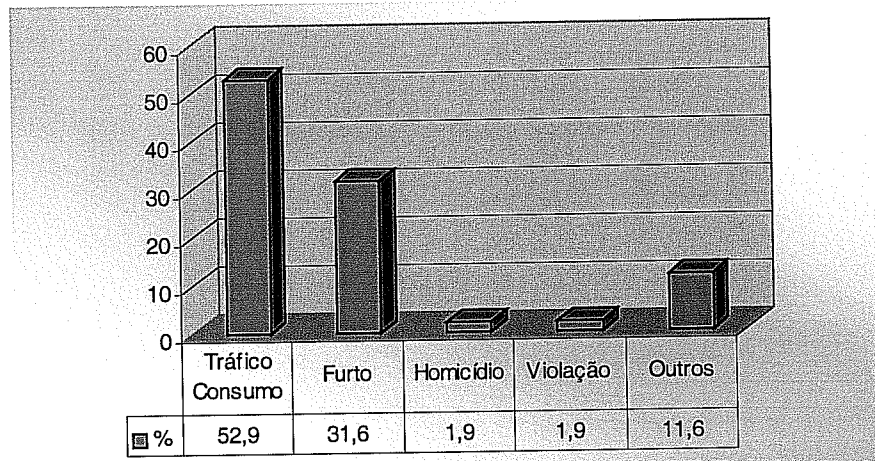
Quadro 12: Distribuição da amostra quanto à variável nominal – Situação Jurídico-Penal



A expressão estatística aqui adquirida, deve-se ao facto dos Estabelecimentos Prisionais Regionais sobre os quais recaiu este estudo destinarem-se, essencialmente, a reclusos preventivos. Porém, os condenados podem aí permanecer se o cumprimento da pena não ultrapassar os seis meses (só em casos muito excepcionais, é que esse prazo é dilatado).

A situação jurídico-penal esteve associada a diferenças significativas na Dimensão Psicológica do WHOQOL-BREF, nesta amostra de reclusos, ou seja, os reclusos condenados obtiveram uma pontuação média significativamente melhor $M= 61,2$, nesta dimensão, do que os reclusos preventivos $M= 49,7$, ($t= -4,203$; $p= 0,0001$).

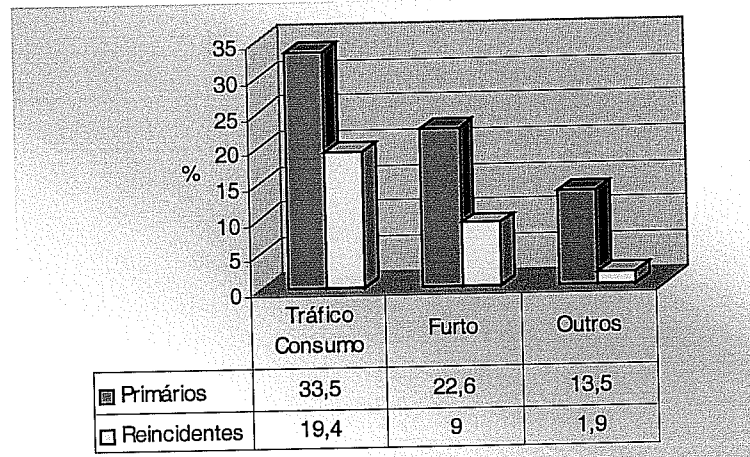
Quadro 13: Distribuição da amostra quanto à variável nominal –Tipo de Crime



O tráfico-consumo de estupefacientes constitui a actividade desviante preponderante, seguida do furto.

O tipo de crime parece estar relacionado com a Dimensão Social do WHOQOL-BREF, pois os reclusos acusados de tráfico-consumo $M= 46,0$ e furto $M=48,1$ apresentam médias significativamente mais baixas, nesta dimensão, do que os reclusos acusados de outros delitos (Homicídio $M= 55,6$, Violação $M= 63,9$ e Outros $M= 58,3$).

Quadro 14: Distribuição da amostra quanto às variáveis –Tipo de Crime/Antecedentes Criminais



Por forma a compreender se haveria alguma associação entre as duas variáveis nominais, procedemos à análise de χ^2 , a qual provou não existir qualquer diferença probabilística de reincidência entre os vários tipos de crimes cometidos.

Quadro 15: Distribuição da amostra quanto à variável nominal –Modalidade de Alojamento

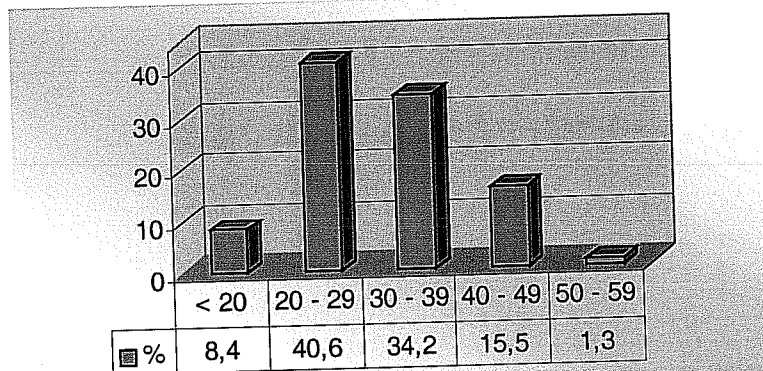


Aqui a expressão estatística atinge valores muito próximos, denotando-se, no entanto, que existe um número superior de reclusos alojados em camaratas quando comparados com os instalados em celas.

O tipo de alojamento em que se encontram os reclusos mostrou ser uma variável preditora de diferenças no que se refere às pontuações médias da Dimensão Psicológica bem como da Escala Geral do WHOQOL-BREF. De facto, verifica-se que os reclusos alojados em camaratas obtiveram uma pontuação melhor que os alojados em celas, quer para a Dimensão Psicológica (Camarata M= 57,7 e Cella M= 50,5), (t= -2,605; p= 0,010) quer para a Escala Geral (Camarata M= 54,7 e Cella M= 47,8), (t= -2,327; p= 0,021).

Paralelamente, e da análise do χ^2 , verificou-se existir diferenças significativas ($\chi^2 = 8,6$; p=0,003) entre a percentagem de reclusos preventivos alojados em celas, 35%, contra 25,2% de reclusos preventivos alojados em camaratas.

Quadro 16: Distribuição da amostra por intervalos etários



A distribuição percentual concentra-se no intervalo etário de 20-29 seguido do de 30-39 anos, espelhando a existência de uma classe jovem envolvida na experiência de exclusão, recaindo a média de idades nos 30 anos.

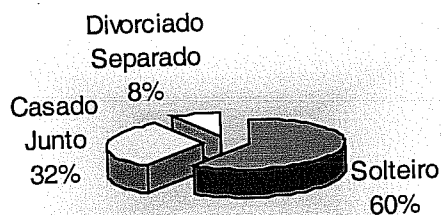
Quadro 17: Média e Desvio Padrão da variável Idade para a amostra total

	Valor Mínimo	Valor Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	18	56	30,48	8,28

Da comparação das médias de idade dos reclusos reincidentes ($M= 34,4$) com a dos reclusos primários ($M= 28,8$), constata-se que existe diferença significativa, sendo a média dos reincidentes significativamente superior à dos primários ($t= -4,008$; $p= 0,0001$).

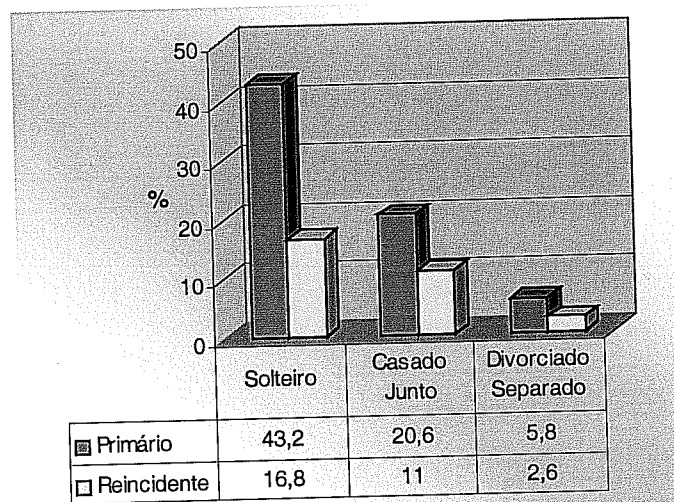
No que concerne à variável idade e as várias Dimensões do WHOQOL-BREF, não foram encontradas correlações significativas.

Quadro 18: Distribuição da amostra por Estado Civil



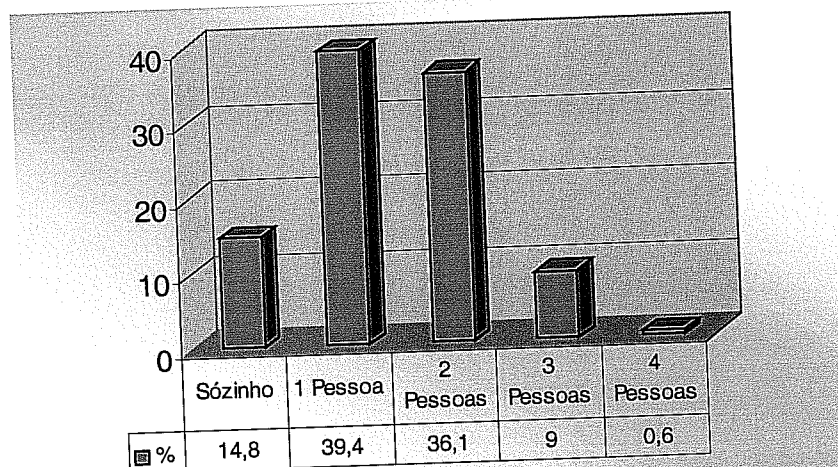
Verifica-se que a maior percentagem recai nos solteiros com quase o dobro dos valores em relação aos casados-juntos, seguida da dos divorciados-separados.

Quadro 19: Distribuição da amostra quanto às variáveis Estado Civil/Antecedentes Criminais



Por forma a compreender se haveria alguma associação entre as duas variáveis nominais supra expostas, procedemos à análise de χ^2 , a qual provou, de acordo com esta amostra, não existir qualquer diferença probabilística de reincidência entre os vários estados civis dos reclusos. Tendo o mesmo se verificado quando se recodificou a variável estado civil em apenas duas categorias – “solteiro, divorciado-separado, viúvo” e “casado-junto”.

Quadro 20: Distribuição da amostra pelo número de pessoas com quem os reclusos viviam antes da reclusão

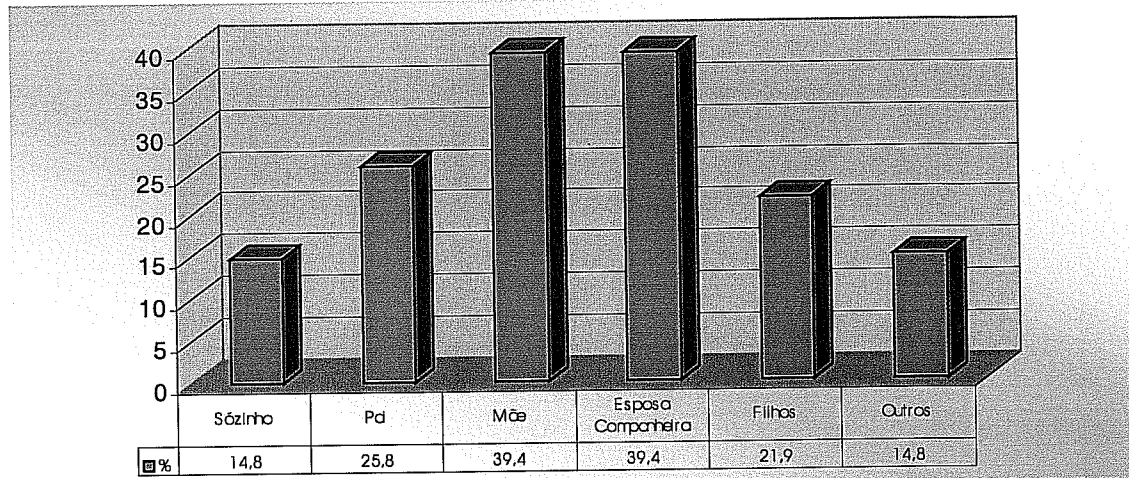


Da análise do enquadramento familiar e especificamente do número de pessoas com quem os reclusos viviam antes da reclusão a maior percentagem recai na vivência com uma ou duas pessoas.

Dos reclusos que afirmaram viver com apenas uma pessoa aquando da reclusão, n= 1 (1,6%) vivia com o(s) filho(s), n= 4 (6,6%) com o pai, n= 9 (14,8%) com outra(s) pessoa(s), n= 19 (31,1%) com a mãe e n= 28 (45,9%) com a esposa-companheira.

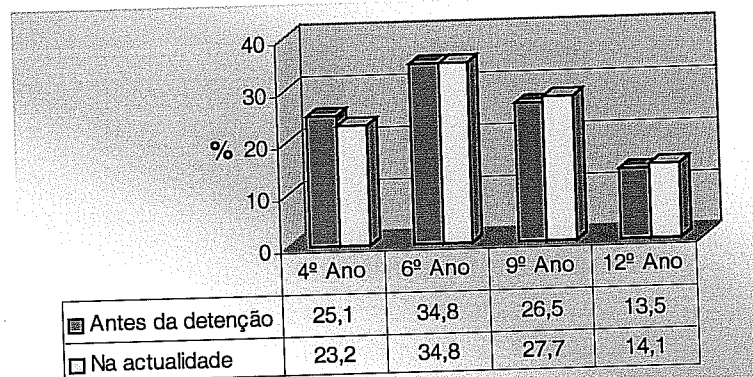
No que concerne à variável número de pessoas com quem os reclusos viviam antes da reclusão e as várias Dimensões do WHOQOL-BREF, não foram encontradas correlações significativas.

Quadro21: Distribuição da amostra pelo tipo de Enquadramento Familiar



Em termos genéricos, e em igual proporção, os reclusos tanto vivem com as mães como com as esposas-companheiras, registando-se uma forte presença de elementos femininos no quadro agregacional dos primeiros.

Quadro 22: Distribuição da amostra por Níveis de Escolaridade⁵



Da interpretação do gráfico, verifica-se que houve pouco investimento ao nível académico, contudo, registou-se um passo qualitativamente importante porque houve dois alunos a completar a escolaridade mínima obrigatória e um o ensino secundário.

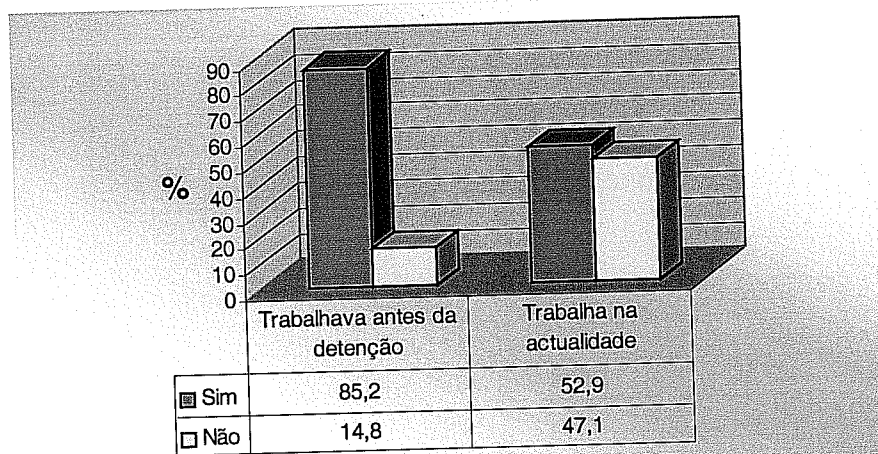
No que concerne à escolaridade actual dos reclusos e as Dimensões do WHOQOL-BREF, não foram encontradas correlações significativas.

Quadro 23: Principais medidas de tendência central e de dispersão quanto à variável Escolaridade

	Valor Mínimo	Valor Máximo	Média	Desvio Padrão
Escolaridade antes da detenção	1	13	6,59	2,59
Escolaridade na actualidade	1	13	6,70	2,57

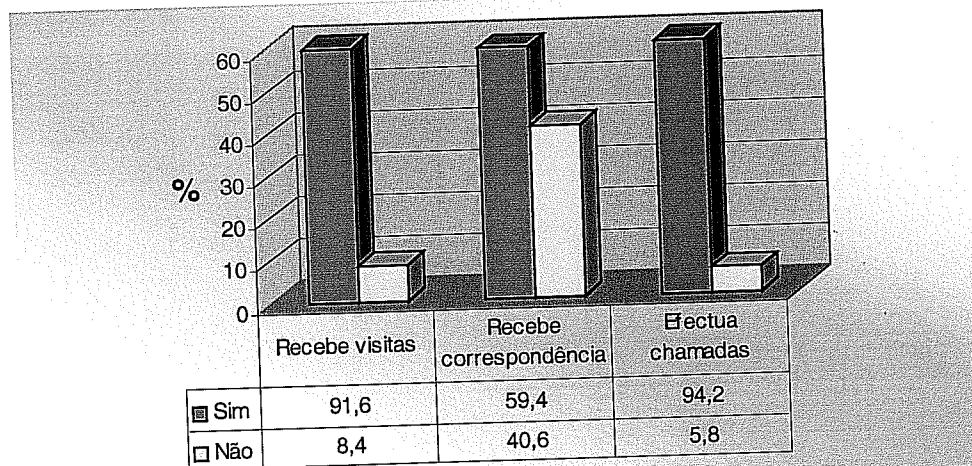
⁵ Para efeitos estatísticos esta variável foi considerada como ordinal

Quadro 24: Distribuição da amostra quanto à variável dicotómica – Trabalho



Do gráfico em questão, depreende-se que antes da reclusão, a esmagadora maioria dos reclusos mantinha-se laboralmente activa, circunstancialismo que depois da reclusão quase que atingiu a heterogeneidade e reduziu para metade. Tanto que entre o número de reclusos que trabalham na actualidade, foram encontradas diferenças estatísticas, quando comparados com os que não trabalham, no que se refere à medida de pontuações obtidas na Dimensão Física (Trabalham M= 67,3, Não trabalham M= 59,9), ($t= 2,635$; $p= 0,009$) e Psicológica (Trabalham M= 58,2, Não trabalham M= 49,8), ($t= 3,060$; $p= 0,003$), donde se depreende que em ambas as dimensões, trabalhar esteve associada a melhores pontuações de QDV.

Quadro 25: Distribuição da amostra quanto à variável dicotômica resultante do Apoio Social



Da análise do quadro supra exposto, verifica-se que a efectuação de chamadas telefónicas foi a modalidade mais usada, pelos reclusos, para comunicar com os elementos de apoio e suporte social exteriores ao EP, seguida, com pouca diferença, da modalidade das visitas. A recepção de correspondência apesar de relevante, fica aquém das outras possibilidades.

No que se refere ao Domínio Social do WHOQOL-BREF foi encontrada uma diferença significativa entre as médias do grupo de reclusos que recebe visitas ($M= 50,3$) quando comparado com o grupo dos que não recebem visitas ($M= 30,1$), ($t= 3,467$; $p= 0,001$). No entanto, não foram encontradas diferenças no que se refere ao receber ou não correspondência, nem ao que se refere ao efectuar ou não telefonemas.

Com base nas três variáveis, receber visitas, receber correspondência e efectuar chamadas telefónicas, construiu-se uma variável de natureza ordinal, que se denominou por

Indicador de Apoio Social, e a qual resulta do seguinte calculo algébrico: 3 * receber visitas, 2 * efectuar chamadas telefónicas e 1 * receber correspondência.

O critério encontrado foi o da valorização decrescente quanto à visita que implica visualização e contacto físico com o elemento de apoio social, a oscultação e trocas verbais por parte de quem efectua chamadas telefónicas e apenas a leitura de correspondência onde não se proporciona qualquer tipo de troca directa.

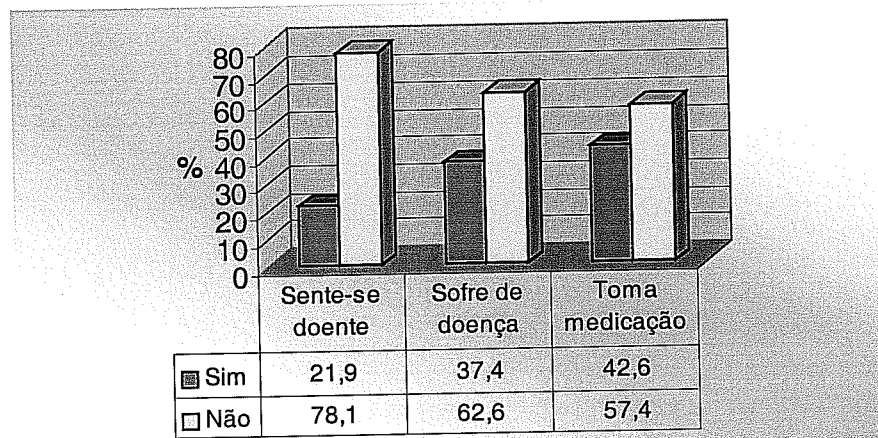
A variável Indicador de Apoio Social pode assim assumir valores inteiros que variam de 6 a 12 sendo que quanto maior o valor, maior será o apoio social do recluso.

Quadro 26: Distribuição da amostra relativamente à variável Indicador de Apoio Social e valores estatísticos de tendência central e de dispersão

	%	N
6 Praticamente sem apoio social	52,9	82
7 Pouquíssimo apoio social	35,5	55
8 Pouco apoio social	0,6	1
9 Algum apoio social	7,1	11
10 Bastante apoio social	1,3	2
11 Muito apoio social	1,3	2
12 Muitíssimo apoio social	1,3	2
Total	100,0	155
Média		6,48
Desvio Padrão		1,2

Por forma a saber se haveria diferença entre o nível de Apoio Social obtido e os Antecedentes Criminais, fez-se uma comparação de medianas pelo teste de Mann-Whitney U relativamente à variável Indicador de Apoio Social⁶, entre os reclusos primários/reincidentes, não se tendo encontrado diferenças significativas, donde se constata que o Apoio Social não difere, nesta amostra, entre primários e reincidentes.

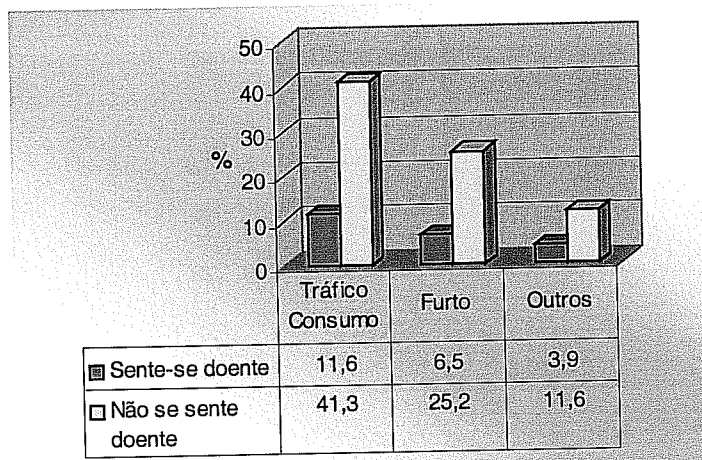
Quadro 27: Distribuição da amostra relativamente à variável Cuidados de Saúde



A análise de χ^2 entre as variáveis nominais respeitantes ao sentir-se doente, sofrer de uma doença e tomar medicação não provou existir qualquer associação entre elas.

⁶ Para efeitos estatísticos esta variável foi considerada como ordinal

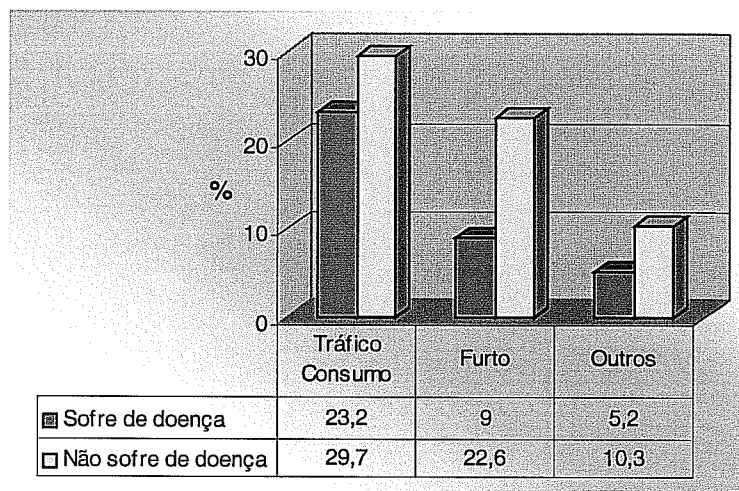
Quadro 28: Distribuição da amostra quanto às variáveis- Sente-se doença/Tipo de Crime



Por forma a saber se havia diferença entre a auto-percepção do estado de saúde do recluso e o tipo de crime, fez-se uma análise de χ^2 entre as duas variáveis nominais, a qual não provou existir qualquer associação entre as mesmas.

No entanto, foram encontradas diferenças significativas para os Domínios Físico ($t = -6,24$; $p = 0,001$) e Psicológico ($t = -3,93$; $p = 0,001$) do WHOQOL-BREF, entre os reclusos que se sentem doentes $M = 48,8$ (Físico) e $M = 44,2$ (Psicológico) e os que não se sentem doentes $M = 68,0$ (Físico) e $M = 57,0$ (Psicológico).

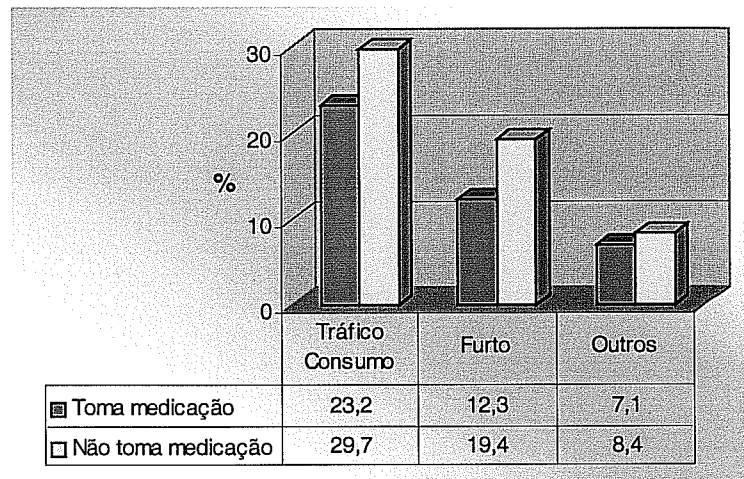
Quadro 29: Distribuição da amostra quanto às variáveis –Sofre de doença/Tipo de Crime



Por forma a saber se havia diferença entre a existência de alguma doença conhecida pelos reclusos e o tipo de crime, fez-se uma análise de χ^2 entre as duas variáveis nominais, a qual não provou existir qualquer associação entre as mesmas.

No entanto, verificaram-se diferenças significativas entre o sofrer de doença (M= 56,5) e o não sofrer de doença (M= 66,2) para o Domínio Físico do WHOQOL-BREF (t= - 4,22; p= 0,001).

Quadro 30: Distribuição da amostra quanto às variáveis –Toma medicação/Tipo de Crime



Por forma a saber se haveria diferenças entre o tipo de crime cometido e a ingestão de fármacos pelos reclusos, fez-se uma análise de χ^2 entre estas duas variáveis nominais, a qual não provou qualquer associação entre elas.

No entanto, encontraram-se diferenças significativas em todos os domínios do WHOQOL-BREF entre os que tomam e os que não tomam medicação: Domínio Físico (M= 56,1 e 69,6), (t= -5,07; p= 0,001), Domínio Psicológico (M= 48,0 e 58,8), (t= -3,95; p= 0,001), Domínio Social (M= 43,3 e 53,7), (t= -3,23, p= 0,002) e Domínio Meio-Ambiente (M= 44,2 e 53,0), (t= -3,83, p= 0,001).

Para todas estas variáveis, “sentir-se doente”, “sofrer de doença” e “tomar medicação” a resposta negativa está associada a melhores *scores* de Qualidade de Vida para os domínios indicados.

Quadro 31: Estatísticas descritivas para o total da amostra relativas aos diferentes domínios do WHOQOL-BREF

	Valor Mínimo	Valor Máximo	Média	Desvio Padrão
Domínio 1 Físico	3,57	100	63,82	17,69
Domínio 2 Psicológico	8,33	100	54,22	17,54
Domínio 3 Social	8,33	100	49,29	20,21
Domínio 4 Meio-Ambiente	12,50	100	49,29	14,77
Escala Geral WHOQOL- BREF	12,50	100	51,25	18,25

V- DISCUSSÃO

5.1 Análise dos Resultados

Pretendeu-se que a discussão e análise contemplasse o cruzamento dos resultados e que respondesse com a acuidade e clareza, exigíveis neste contexto, à questão inicial de investigação – Em que medida a privação ou restrição da Liberdade afecta a Qualidade de Vida dos reclusos nas diferentes fases processuais.

A distribuição percentual concentrada no intervalo etário de 20-29 anos, a par da prevalência de reclusos primários (70%, com média de idade igual a 28,8) em relação aos reincidentes (30%, com média de idade igual a 34,4) confirma o divulgado nos artigos de especialidade que afirmam que “quanto mais novos, mais vão para as prisões” (A.V.J., 1999).

A própria precocidade dos contactos por parte dos jovens com a criminalidade, delinquência e comportamento anti-social, torna-os criminosos mais persistentes o que os leva a cometer crimes cada vez mais gravosos, daí resultando penas mais longas, facticidade esta também capaz de explicar a reduzida taxa de reincidência.

Repare-se, de igual modo, que o ciclo de reincidência, dá-se maioritariamente das vezes quando os indivíduos não raciocinam predominantemente nos níveis de

desenvolvimento moral ou cognitivos mais elevados, típico nas faixas etárias mais baixas, que raramente receiam as consequências e pouco aprendem com os erros.

A reforçar esta explicação, persiste o facto de que com o aproximar da terceira idade, dá-se o aumento da capacidade de assumir responsabilidades, a par do declínio produtivo e da plenitude de capacidades, ou seja, as competências, destreza e coragem para praticar delitos decresce.

Ao se depreender que a tendência é para que cedo se comece a delinquir, tendo tal acto repercussões ao nível do aumento da reincidência, deve-se segundo *Dias (1991)* começar a investir na prevenção do comportamento delinvente não tanto na adolescência, mas preferencialmente na infância.

Ainda dentro do contexto da reincidência, e desta vez contrariamente ao verificado na literatura, como é disso exemplo o estudo de *Carvalho (1995)* que refere que os reclusos consumidores reincidem mais que os não consumidores, não se registou qualquer diferença probabilística de reincidência entre os vários tipos de crimes cometidos.

Num outro estudo, protagonizado por *Rodriguez-Marin, Rodríguez, Castejón, Bueno e Sánchez (1991)* faz-se referência ao facto dos reclusos casados com parceiras sem registo criminal, diminuíram as infracções e consequentemente as reincidências, no entanto, e de acordo com a nossa amostra, não se registou qualquer diferença probabilística de reincidência entre os vários estados civis dos reclusos, colocando os casados-juntos em pé de igualdade com os solteiros, divorciados-separados e viúvos.

Sem que se encontrem explicações directas para o facto, pode-se, a título especulativo, apontar para a existência de relacionamentos conjugais pouco otimizados, não funcionando, nesse caso, as esposas-companheiras como elementos securizantes e passíveis de exercer uma influencia notória e positiva sobre os reclusos, ou até mesmo a hipótese de algumas dessas esposas-companheiras terem participações no registo criminal.

Nesta amostra, os condenados obtiveram uma pontuação média significativamente melhor no Domínio Psicológico ($M= 61,2$) do que os reclusos preventivos ($M= 49,7$), sendo a sua melhor justificação o compasso de espera em que os últimos se encontram até ao conhecimento da decisão resultante do julgamento. É pois comum que em contextos de incerteza haja reacções de instabilidade e vulnerabilidade psicológica com repercussões ao nível do bem estar. Note-se que a própria incerteza eleva os níveis de medo e ansiedade, que acumulados com a vasta gama de estímulos e interacções existentes na vida de reclusão, exige um redobrado esforço adaptativo, o qual de acordo com *Paulus (1989)* vai criar exigências cognitivas geradoras de *stress* psicológico, o que justifica os baixos índices alcançados pelos preventivos no Domínio Psicológico.

Não menos relevante é o facto dos reclusos condenados terem mais tempo de reclusão que os preventivos, confirmando a teoria de que à medida que decorre a permanência intramuros maior é a integração na cultura prisional (*Gonçalves, 1993 e Biggam e Power, 1999*), já que tiveram oportunidade(s) de explorar e de melhor vivenciar, em tempo útil e suficiente, especificidades ambientais do E.P.R., donde as dúvidas e mistérios já foram descortinados. Quer isto dizer que apesar dos recursos adaptativos variarem de pessoa para pessoa c

importante é que o acumular de experiências passadas relacionadas com a situação concreta, ou a intensidade das mesmas, contribuiu, em muito, para o encontro de um estado de homeostasia e equilíbrio.

No entanto, nesta amostra foi o compasso de espera que mais determinou o baixo nível no Domínio Psicológico alcançado pelos preventivos do que propriamente o factor tempo de permanência ou conhecimento da realidade prisional, pois não se registaram diferenças significativas quando analisados os antecedentes criminais -primários-reincidentes.

A tendência Institucional é a de se colocar os reclusos preventivos nas celas até que decorra um período considerável de adaptação, e até que seja provado o contrário da sua inocência. Este procedimento, deve-se ao facto de se reconhecer que as camaratas provocam, em comparação com as celas, efeitos negativos, ao nível da ansiedade, medo e agressividade (Garcia, 1987) assim como, as taxas de doença tendem a aumentar em função de um maior número de reclusos (Paulus, 1989).

Esta percepção de que as celas proporcionam uma tranquilidade diferente da encontrada nas camaratas é criada independentemente do clima social ser modulado e influenciado pela percepção subjectiva que cada recluso tem dele (Mata, 1987).

Mas, posto isto, é curioso verificar que, na nossa amostra, os reclusos alojados em camaratas obtiveram uma pontuação melhor no Domínio Psicológico e na Escala Geral do WHOQOL-BREF do que os que estavam alojados nas celas, recaindo a única explicação no facto dos condenados estarem alojados nas camaratas.

É indiscutível que com a entrada no EP se passa de um Eu perdido nos outros para um Eu isolado nos outros, por isso, verificou-se, contrariamente ao defendido por *Sartre* que no contexto da privação de liberdade o inferno é estar fechado ao outro, à ausência do outro, sendo a separação da família e amigos uma das causas mais fortes de sofrimento para os reclusos, na medida em que estes elementos funcionam, desde cedo, como um dos factores socializadores indispensáveis (*Pereira, 1998*).

A prova desta facticidade, cinge-se no facto de todos quanto se viram forçados a um corte repentino, e com isso a uma vida social fragmentada, terem tido valores significativamente mais baixos no Domínio Social do WHOQOL-BREF (M= 30,1) quando comparados com os que efectuaram visitas (M= 50,3).

A enorme necessidade de entabulação de diálogo com os outros, como se a comunicação fosse o que de mais imprescindível existisse foi visível na elevada percentagem de reclusos que efectua chamadas telefónicas (94,2%) e que recebe visitas (91,6%), no entanto, apesar dos números parecerem indicar um bom Apoio Social, verifica-se que embora não houvesse diferenças significativas no apoio recebido entre primários e reincidentes, registou-se que os primeiros têm uma percepção mais positiva do Apoio Social que os últimos (os reincidentes tiveram uma pontuação média na Dimensão Social do WHOQOL-BREF significativamente inferior M= 40,4 à do grupo de reclusos primários M= 52,2), o que pode ter a ver com a qualidade dos contactos estabelecidos, os quais poderão eventualmente ser menos repressivos.

Apontamos também para a hipótese de que em situação de reincidência, tal como da prática de delitos de tráfico-consumo e furto (os quais mostraram resultados baixos ao nível do Domínio Social, M= 46,0 e 48,1, respectivamente) pode ocorrer uma saturação face à problemática e desgaste por parte de familiares e amigos, tornando-se difícil para os reclusos, nessas circunstâncias, acreditar que há alguém no exterior a acreditar nas suas potencialidades e a zelar pelo seu bem.

Embora se tenha passado de um tempo em que as cartas eram censuradas, abertas e lidas ao pormenor, para um em que se dá lugar à circulação livre da correspondência recebida e enviada -só aberta quando existência de suspeita e sob a presença dos próprios- verificou-se que a escrita de vidas “tortas” em linhas direitas, deu lugar ao uso do telefone, eventualmente por motivos ligados à baixa escolaridade.

Tanto é que, *Mendes (1989)* foca um estudo efectuado junto de um jornal, que refere que 40% das mensagens enviadas para a secção do correio dos leitores pertence a reclusos, apontando como resultado possível para estes dados a existência de necessidades afectivas por parte dos mesmos.

Sendo incontornável o facto de que o contexto de privação de liberdade é por si só nefasto e origina quadros de sofrimento psicológico, associados a “um efeito corruptor na personalidade a educar e formar” (*Correia, 1981 p175*) não nos surpreendeu o facto de se ter verificado uma certa consistência nas relações entre os estados internos e as manifestações corporais ao que se chama de somatização, na medida em que o empobrecimento psico-emocional como resultado da privação de liberdade, fez-se acompanhar da doença ou da sua

percepção (quem sofre de doença teve resultados mais baixos no Domínio Físico $M= 56,6$ e quem se sente doente no Domínio Físico $M= 48,8$ e Psicológico $M=44,2$). Verificou-se assim, que a doença foi encarada como um processo de fuga, um mecanismo de defesa, um dos meios de expressar sofrimento físico e psicológico.

No fundo, em meio prisional o sentir-se doente sugere a existência de uma tensão psíquica que se manifesta pela ocorrência de perturbações ao nível físico (perturbações do sono, idas frequentes ao médico, uso excessivo de (psico)fármacos), já que a doença manifestada fisicamente é o refúgio encontrado para minorar ou superar a dificuldade sentida decorrente da vida em privação de liberdade.

Aqueles que aquando da entrada no E.P.R. são portadores de patologias orgânicas do tipo infeccioso, ou que pela pratica de comportamentos de risco em meio prisional se tornam vulneráveis às doenças infecciosas, ou mesmo a outras, apenas obtiveram baixos resultados no Domínio Físico. No entanto, todos quanto tomam medicação tiveram baixos valores na globalidade dos Domínios.

A pensar na maneira de proporcionar uma melhor saúde aos reclusos, vem-se a apostar em termos preventivos, tendo-se implementado um programa de vacinação contra a hepatite B a nível dos reclusos e funcionários, disponibilizado preservativos e numa vertente mais repressiva prevê-se, a curto prazo, com a colaboração da GNR e cães preparados, proceder à detecção de droga.

Embora a opinião pública defenda que os reclusos têm menos suporte ao nível dos cuidados globais de saúde que a restante população, pensamos que a diferença não recaia

tanto no aspecto da assistência ao nível da prestação de cuidados médicos (só 8 reclusos quando interrogados na questão aberta do questionário Parte I apontaram para a necessidade de se criar uma melhor assistência médica), visto que o Governo para além de ceder um enquadramento médico assente na cobertura medicamentosa prestado gratuitamente, encaminha ou transfere todos os reclusos que necessitam de cuidados especializados para os Hospitais Distritais ou para os Estabelecimentos Prisionais Especializados. Além do mais, os serviços privados podem ser requisitados desde que as despesas sejam suportadas pelos reclusos.

Face ao exposto e de acordo com *Branco (1991)* o apostar na qualidade, eficácia e no carácter preventivo de diagnóstico ou terapêutico possibilitaria alcançar melhores resultados se se estabelecesse uma melhor articulação entre o Sistema Judicial Prisional e o Sistema de Saúde.

A dificuldade em encontrar profissionais de saúde disponíveis para trabalhar nos EP é tanto um problema do Sistema Prisional que oferece condições pouco aliciantes como do Sistema Nacional de Saúde que tem um quadro técnico reduzido. Porém, e apesar do supra referenciado, existe um médico de clínica geral uma vez por semana com a competência de vigiar a saúde física e mental dos reclusos, um estomatologista responsável pela higiene oral e um enfermeiro para diagnósticos iniciais e prestação de primeiros socorros, pois pretende-se, acima de tudo, que a prisão não acrescente para além da privação de liberdade doenças e sofrimento físico e mental.

Embora sejam muitas as referências de que o “toxicodependente é um doente a tratar e não um delinquente a punir” (*Barroso, 1992 p51*), não se registaram correlações significativas entre o tipo de crime e o estado de saúde, questionando-se a pertinência da necessidade ou não de existir um tratamento diferenciado entre os que o são e os que não o são. Porém, o tornar o percurso de vida dos reclusos toxicodependentes sobreponível aos que não o são vai contra a reconhecida necessidade de se criar uma verdadeira política de saúde para a população prisional que tenha em atenção as problemáticas aí existentes, nomeadamente o consumo de estupefacientes, as doenças infecto-contagiosas, e a prevenção destes aspectos (*Sampaio, 1999*).

Tanto que é função do Estado combater a doença e não o doente, circunstancialismo esse que levou os Estabelecimentos Prisionais em foco a estabelecer um acordo entre si e unidades privadas dedicadas ao tratamento de toxicómanos que apela para a existência de um número de camas disponíveis para a viabilização da aplicação pelos Tribunais de medidas e programas de tratamento em alternativa à prisão.

O tratamento médico pretende assim ser um espaço capaz de propor que seja feito um trabalho de reparação que permita um conjunto de modificações económicas importantes, que leve a doença à saúde.

Apesar dos planos de tratamento tenderem a ser ajustados às necessidades de cada um, a adesão que se tem registado, noutros países, é ténue, o que remete à tomada de medidas capazes de mudar a atitude dos reclusos e incentivá-los a participar voluntariamente, pois a regra básica consiste na facultatividade, já que não se deve forçar quem não se queira tratar.

Com base no acima proferido, verificou-se que o número de reclusos que passa por essa experiência, ou não voltam à prisão ou o tempo que aí permanecem é diminuto, o que prova a exequibilidade deste tipo de projectos e planos de tratamento.

Se tal é viável noutros países, como no caso da Suécia (*Bishop, 1989*) devia-se apostar neste tipo de intervenções, já que se não se investir com brevidade neste sector, os reclusos portadores de doenças infecto-contagiosas ao regressarem ao meio livre poderão contribuir indesejavelmente para a contaminação de outros, o que trará severas implicações (*Berkman, 1995*).

Tal como o verificado ao nível do controle da saúde, o desporto, desde sempre, revelou-se fundamental para o desenvolvimento integral do ser humano, na medida em que beneficia quer a saúde física quer a saúde mental. E é no caso da população reclusa, que a necessidade de exercitação muscular e de libertação de energias como forma de aliviar tensões, se torna ainda mais premente.

Apesar do registo diário de acções desportivas desenvolvidas em todos os EPR em estudo, nomeadamente atletismo, futebol, ténis de mesa e voleibol, a sua pratica não é regular já que exige o recurso a turnos sob a forma de rotatividade, tendo os reclusos em alternativa, de percorrer, em passo certo, toda a dimensão dos pátios interiores.

O que se depreende é que a implementação das actividades desportivas neste meio estão condicionadas às condições e dimensões do espaço físico, à necessidade de adaptação das modalidades, ao enquadramento prisional -tido como uma micro-sociedade- e do número de pessoal técnico, tudo factores de difícil contorno.

No entanto, e como provam os resultados obtidos na questão aberta do questionário Parte I, 15 reclusos apontaram como prioritária a implementação de mais actividades desportivas ao nível dos Estabelecimentos Prisionais para proporcionar uma melhor Qualidade de Vida. Assim, a forma de operacionalizar a actividade física, tem de ser invertida, porque o próprio desporto para além de beneficiar o corpo e a mente, favorece a aprendizagem de competências sociais (Arraiano, 1988 e Vieira, 1998), já que a sua pratica apela ao cumprimento de regras pré-estabelecidas, simultaneamente que incentiva o trabalho de equipa e exige que sejam relegados para planos secundários eventuais dificuldades de relacionamento ou o hábito de atitudes egocêntricas.

Sabe-se que foi com o Marxismo que se tornou notória a necessidade de se trabalhar, tanto é que 85,2% dos reclusos trabalhava antes de serem detidos. Sendo o homem acção, a inactividade e a resultante ausência de obra geram um vazio e acentuam os sentimentos de auto-depreciação medidos e experimentados em todas as suas dimensões, daí a ausência de trabalho ter mostrado, nesta amostra, favorecer a ocorrência de debilidade física, pela atrofia muscular e desequilíbrio psicológico, em prejuízo da saúde.

Não alheios a este problema (n= 31 reclusos consideraram que o aumento da Qualidade de Vida dependia directamente da criação de mais postos de trabalho nos E.P.), os reclusos tentam evitar a todo o custo a ociosidade, mas ela regista-se pela falta de oportunidades de trabalho ou mesmo de programas de actividades, facticidade originada pela inexistência de condições que possibilitam uma maior rentabilização da força de trabalho.

Face a este problema, dá-se prioridade de concessão de trabalho aos reclusos condenados (apenas 52,9% dos reclusos trabalha durante a reclusão) por serem os elementos que permanecem detidos por um período de tempo previsível e de certo modo mais longo, colocando os preventivos em nítida desvantagem. Nesta decisão, e sempre que possível, são tidas em conta as capacidades e aptidões físicas e mentais dos próprios para o exercício das funções laborais.

Em troca das horas de trabalho ou do produto daí resultante, em actividades como a feitura de tapeçarias, serviço de faxina e cozinha, jardinagem e trabalho ao nível da construção civil, é atribuído um incentivo financeiro ou seja, uma remuneração simbólica, que apesar de não ser suficientemente cativante, não diminui a motivação de adesão.

A cedência desse dinheiro é dividida em duas parcelas. Uma fica imediatamente disponível para o recluso adquirir objectos autorizados pela Instituição e outra é depositada numa reserva para constituir uma poupança que só será entregue ao recluso no momento da sua colocação em liberdade, metodologia encontrada para o ajudar nas primeiras despesas.

Deste modo, verificou-se que a adesão ao trabalho nos E.P.R. em estudo, funcionou como um efeito terapêutico sobre os reclusos (quem trabalha obtém melhores resultados ao nível do Domínio Físico $M= 67,3$ e Psicológico $M= 58,2$ comparativamente com os que não trabalham $M= 59,9$ e $M= 49,8$, respectivamente) na justa medida em que quando o corpo se exercita e a mente se aplica “torna mais suportável a privação de liberdade e pode até facilitar uma futura reinserção social” (Lopes,. 1998 p10).

O trabalho entendido como via regeneradora faz sentido se entendermos que a sua pratica, ao manter o recluso ocupado, proporciona não só o encontrar um sentido para o tempo e para a vida, como a aprendizagem e pratica de um oficio, e ainda a aquisição da essência do trabalho, hábitos de disciplina, ordem e obediência, que o poderão facilitar em meio livre a obter uma actividade laboral suficiente para o seu sustento, sem ter de recorrer a meios ilícitos para esse fim.

Igualmente se depreendeu que, apesar dos reclusos terem beneficiado no passado de experiências pobres de aprendizagem, não aproveitam significativamente a oportunidade que o E.P.R. dá de retomarem os estudos e de tentarem aprender o que não puderam ou quiseram na altura certa.

Ora se os reclusos, se ficam por um nível reduzido de aspirações académicas (predominio do 6ºano M= 34,8), em oposição à aquisição de uma mais valia e do favorecimento do desenvolvimento pessoal e social, pode significar ou que existem más recordações e fantasmas referentes à escolaridade ou que como a maioria aguarda julgamento em prisão preventiva (61%), prefere esperar pela decisão e conseqüente transferência para um E.P. de condenados ou eventualmente pela colocação em liberdade, para aí tomarem decisões a esse nível.

O presente estudo não registou qualquer correlação entre a escolaridade e a Qualidade de Vida, indo na direcção do proferido por *Rodriguez-Marin, Rodríguez, Castejón, Bueno e Sánchez (1991)* que refere que a correlação, em outros estudos entre as variáveis em foco ou não existe ou não é muito forte.

Mas, note-se que a aquisição e desenvolvimento de competências ao nível da educação é dos poucos aspectos positivos a considerar no meio prisional, na medida em que favorece a aprendizagem de estratégias de *coping* e controle de impulsos facilitadoras da gestão de um quotidiano de privação de liberdade, permitindo, por esse meio, alcançar um processo adaptativo mais pacífico e equilibrado.

Concomitantemente à análise deste aspecto, sobressai a necessidade de controlar a escassez de alfabetização como forma de aumentar a capacidade dos reclusos de verbalização, de simbolizar e interiorizar os valores sociais dominantes, de passar do conhecimento geral para o conhecimento específico, o dos próprios e de promoção da própria saúde, já que a um nível elevado de escolaridade se associa uma boa saúde.

5.2. Considerações Finais

Um estudo realizado noutros Estabelecimentos Prisionais com outro tipo de ambiente prisional, administração, relação guarda-recluso e tipo de população reclusa, fornecerá por certo informações distintas, pelo que e ao nível da validade externa, não se prevê que as relações observadas neste estudo possam ser aplicadas ao restante universo prisional.

Os esforços desenvolvidos para promover uma melhor Qualidade de Vida a quem passa pelas malhas da justiça, nomeadamente pelos Estabelecimentos Prisionais, ainda se encontram numa fase incipiente de conceptualização e implementação, mas para uma melhor consciencialização dos passos a seguir, deixamos alguns pontos de reflexão:

- ▣- Se legislar é um acto de natureza política e a Lei o resultado da força política eleita pelos cidadãos, porque não apostar, com vista à mudança da criação do Direito, na mudança de mentalidade da sociedade.
- ▣- Tendo por meta uma sociedade mais receptiva a ajudar a população reclusa no seu processo de reinserção, abrindo-lhes as portas com menos receios, porque não apelar à pertinência da indemnização, por parte do recluso, à vítima ou seus familiares, com parte da remuneração que auferem do trabalho desenvolvido no EP.
- ▣- Porque não minimizar gastos económicos construindo Estabelecimentos Prisionais de menores dimensões, mas apetrechados dos melhores equipamentos; aplicar penas mais curtas e medidas alternativas à prisão.
- ▣- Se a pretensão de obter a perfeição é inviável, resta, em última instância, apostar numa micro solução que é investir na corrigibilidade dos reclusos que voluntariamente se propõem a ser ajudados.

VI- REFERÊNCIAS

- ▣ Abrunhosa, A. (1999, 23 de Abril). Consumo de drogas deixa de ser crime. *Diário Económico*.
- ▣ Allison, P., Locker, D., & Feine, J. (1997). Quality of Life: A Dinamic Construct. *Social Science Medicine*, 45 (2), 221-230.
- ▣ Alves, A. (1981). Instruções Prisionais –a dupla face da violência. *Psicologia*, 2 (4), 365-374.
- ▣ Arraiano, F. (1988). O Desporto no Meio Prisional. *Temas Penitenciários*, (2), 21-27.
- ▣ A.V.J. (1999, 4 de Abril). Penas mais duras para os homens. *Correio da Manhã*.
- ▣ Balier, C. (1990). Le prix de la liberté. *Revue Française de Psychanalyse*, 54 (5), 1269-1281.
- ▣ Barroso, J. (1992). O tratamento do toxicodependente delinquente: entre a medicina, a psicologia e a lei. In J. Barroso & R. Gonçalves (Eds.), *Psicologia e Intervenção Social de Justiça* (pp 45-51). Porto: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- ▣ Beckmann, J., & Ditlev, G. (1992). Conceptual Views on Quality of Life. *Health Promotion and Chronic Illness -Discovering a new Quality of Health* (pp 133-137). Copenhagen: W.H.O.

- ▣ Beristain, A. (1986). El Sistema Penitenciario -Problemas e Soluciones. *Cuadernos de Política Criminal*, (30), 541-557.
- ▣ Beristain, A. (1994). Relações entre os Privados de Liberdade e o Mundo Exterior. *Direito e Justiça*, 8 (1), 117-131.
- ▣ Berkman, A. (1995). Prison Health -The Breaking Point. *American Journal of Public Health*, 85 (12), 1616-1618.
- ▣ Biggam, F., & Power, K. (1999). Social Problem-Solving Skills and Psychological Distress Among Incarcerated Young Offenders -The Issue of Bullying and Victimization. *Cognitive Therapy and Research*, 23 (3), 307-326.
- ▣ Bishop, N. (1989). O problema da droga nas prisões suecas -várias formas de o encarar. *Temas Penitenciários*, (1), 7-14.
- ▣ Borthwick-Duffy, S. (1989). Quality of Life -The Residential Environment. In W. Kierman & R. Schalock (Eds.), *Economics, industry, and disability* (pp 351-363). Baltimore: Brookes.
- ▣ Branco, J. (1991, Abril). O papel do médico de família na prestação de cuidados continuados a pessoas reclusas -A importância da avaliação funcional da família do recluso. Comunicação apresentada nas "2as Jornadas de Saúde Mental em Ambiente Prisional", Lisboa (reimpressão em *Tema Penitenciários*, (5-6) 1990/91, 39-41).
- ▣ Calman, K. C. (1987). Definitions and Dimensions of Quality of Life. In N. K. Aaronson & J. Beckmann (Eds) *The Quality of Life of Cancer Patients*. New York: Raven Press.

- ▣ Campbell, A.; Converse, P. & Rodgers, W. (1976). *The Quality of American Life - Perception, evaluations and satisfactions*. New York: Russel Sage Foundation.
- ▣ Carvalho, H. (1991, Abril). Ser delinquente: Sintoma de patologia da personalidade? Comunicação apresentada no "2º Encontro Nacional de Saúde Mental em Meio Prisional", Lisboa (reimpressão em *Temas Penitenciários*, (5-6) 1990/91, 25-29).
- ▣ Carvalho, J. (1992). A intervenção do Psicólogo na área da Psicologia do Comportamento desviante -algumas reflexões preliminares. In J. Barroso & R. Gonçalves (Eds.), *Psicologia e Intervenção Social de Justiça* (pp 13-20). Porto: Associação Portuguesa dos Psicólogos.
- ▣ Carvalho, J. (1995). Atribuições sobre Comportamentos Delinquentes e Uso de Drogas na População Prisional Portuguesa. In D. Silva, J. Barroso, J. Cóias & R. Costa (Eds.), *Os Jovens e a Justiça* (pp 355-375). Lisboa: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- ▣ Casadamont, G. (1991). Notes pour une sociologie du rapport surveillant(s)/détenus(s). *Revue de Science Criminelle et de Droit Pénal Comparé*, (1), 58-66.
- ▣ Churchman, A. (1990, Julho). As Mulheres e a Qualidade de Vida Urbana. Comunicação apresentada no XXII Congresso Internacional de Psicologia Aplicada, Kyoto-Japão (reimpressão em *Jornal de Psicologia*, 10 (3), 3-9, 1992).

- ☐ Cohen, S., & Taylor, L. (1972). The closed emotional world of the security wing. *Psychological Survival –the experience of long term imprisonment* (pp 60-85). NewYork: Random House.
- ☐ Cohen, S., & Taylor, L. (1972). Time and deterioration. *Psychological Survival –the experience of long imprisonment* (pp 86-111). NewYork: Random House.
- ☐ Cooke, D., Baldwin, P., & Howison, J. (1990). *Psychology in prisons*. London-New York: Routledge.
- ☐ Correia, A. (1981). Medidas Privativas de Liberdade. *Tratamento Penitenciário* (pp 169-182). Lisboa-Porto: Centro do Livro Brasileiro.
- ☐ Cramer, J. (1994). Quality of Life for people with epilepsy. *Neurologic Clinics*, 12 (1), 1-13.
- ☐ Cuervo-Arango, M. (1993). La calidad de vida -Juicios de satisfacción y felicidad como indicadores actitudinales de bienestar. *Revista de Psicología Social*, 8 (1), 101-110.
- ☐ Day, H. (1993). Quality of Life -Counterpoint. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 6 (3), 135-141.
- ☐ Delgado, M. (1987). Creacion de un instrumento para evaluar el clima social en prison. *Revista de Estudios Penitenciarios*, (238), 115-118.
- ☐ Dias, I. (1991, Abril). O elemento socio-familiar. Comunicação apresentada no “2º Encontro Nacional de Saúde Mental em Meio Prisional”, Lisboa (reimpressão em *Temas Penitenciários*, (5-6) 1990/91, 31-37.

- ▣ Diez, A. (1987). Las relaciones interpersonales en el medio penitenciario. *Revista de Estudios Penitenciarios*, (238), 101-113.
- ▣ Diogo, S. (1999, 26 de Fevereiro). Os reclusos também são cidadãos. *Notícias da Covilhã*.
- ▣ Fallowfiel, L. (1990). *The Quality of Life –The Missing Measurement in Health Care*. London: Condor Book .
- ▣ Farrington, D. (1998). O Desenvolvimento do Comportamento Anti-Social e Ofensivo desde a Infância até à Idade Adulta. *Temas Penitenciários*, 2 (1), 7-16.
- ▣ Fernandes, C. (1999, 2 de Fevereiro). Perdão de penas: contributos da psicologia. *Forum Estudante/Correio da Manhã*.
- ▣ Fernández-Ríos, L., & García-Fernández, M. (1999). Psicología preventiva y calidad de vida. In, M. Á. Simón (Ed.), *Manual de la salud –Fundamentos, Metodología y Aplicaciones* (pp 133-154). Madrid: Biblioteca Nueva.
- ▣ Figueiredo, L. (1999, 23 de Abril). Novos rumos para lei da droga. *Diário de Notícias*.
- ▣ Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Aplicação da versão em Português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). *Rev. Saúde Pública*, 33 (2), 198-205.
- ▣ Fortes, F. (1991, Abril). A Saúde Mental na prisão. Comunicação apresentada no “2º Encontro Nacional de Saúde Mental em Ambiente Prisional”, Lisboa (reimpressão em *Temas Penitenciários*, (5-6) 1990/91, 17-24).

- ▣ Foucault, M. (1972). *[História da Loucura]* (3ª ed.). (J.T.C.Netto, Trad.). São Paulo-Brasil: Perspectiva.
- ▣ Fries, J., & Singh, G. (1996). The Hierarchy of Patient Outcomes. In B. Spilker (Ed.), *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials* (2ª ed.) (pp 33-40). Philadelphia-New York: Raven Publishers.
- ▣ Garcia, J. (1987). La prison como organizacion y medio total de vida. *Revista de Estudios Penitenciarios*, (238), 33-45.
- ▣ García-Riaño, D. (1991). Calidad de Vida –Aproximación Histórico-Conceptual. *Boletín de Psicología*, (30), 55-94.
- ▣ Goffman, E. (1996). *Manicômios, Prisões e Conventos*. (5ª ed.). (D.M. Leite, Trad.). São Paulo-Brasil: Perspectiva.
- ▣ Gonçalves, L. (1998). Perturbações da Personalidade e Delinquência. In J. Vidal (Coord.), *O direito de menores, reforma ou revolução?* (pp 105-111). Lisboa: Edições Cosmos –cadernos da revista do Ministério Público.
- ▣ Gonçalves, R. (1989). Educar e Punir -A Prática da Psicologia em Ambiente Prisional. In J.Cruz, R.Gonçalves & P.Machado (Eds.), *Psicologia e Educação –Investigação e Intervenção* (569-579). Porto: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- ▣ Gonçalves, R. (1993). *A Adaptação à Prisão*. Lisboa: Direcção Geral dos Serviços Prisionais.
- ▣ Gonçalves, R., & Vieira, H. (1997). Educar na Prisão -Da Caracterização à Formação. *Temas Penitenciários*, 2 (1), 111-127.

- ▣ Gonçalves, R. (1998). Tratamento Penitenciário -Mitos e Realidades, Ilusões e Desilusões. *Temas Penitenciários*, 2 (1), 65-82.
- ▣ Gonçalves, R. (1999, 21 de Novembro). Os nossos neurónios. *Suplemento do Jornal de Notícias*.
- ▣ Guyatt, G., Feeny, D., & Patrick, D. (1991). Issues in Quality-of-Life Measurement in Clinical Trials. *Controlled Clinical Trials* (pp 81-90). New York: Elsevier Science Publishing.
- ▣ Jenney, M., & Campbell, S. (1997). Measuring quality of life. *Archives of Disease in Childhood*, 77 (4), 347-354.
- ▣ Kaplan, R. (1985). Quality-of-Life Measurement. In P. Karoly (Ed.), *Measurement Strategies in Health Psychology* (pp 115-146). New York: John Wiley & Sons.
- ▣ Katz, S. (1987). The Science of Quality of Life. *J Chron Dis*, 40 (6), 459-463.
- ▣ King, L., & Napa, C. (1998). What Makes a Life Good? *Journal of Personality and Social Psychology*, 75 (1), 156-165.
- ▣ Kuhn, A. (1996). Prisões Europeias -A luta contra a superlotação. *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, 6 (2), 271-304.
- ▣ Lara, M. (1985). La Prision -Estigma o Rehabilitacion? *Cuadernos de Política Criminal*, (25), 79-95.
- ▣ Leval, N. (1999). Quality of life and depression -Symmetry concepts. *Quality of Life Research*, 8 (4), 283-291.

- ▣ Levi, L., & Andersson, L. (1975). *Psychosocial Stress -population, environment and quality of life*. New York: Spectrum Publications.
- ▣ Lopes, J. (1998). A superpopulação prisional não é um problema novo em Portugal. *Boletim do Ministério da Justiça*, (474), 5-13.
- ▣ Lourenço, E. (1993, Março). O tempo dos juizes e o tempo da justiça. Comunicação apresentada no ciclo dedicado ao tema “Os Grandes Problemas do Nosso Tempo”, Lisboa (reimpressão em *Textos*, (2) 1991/1993, 7-15).
- ▣ Mata, V. (1987). Clima Social y Prisión -Aspectos Evaluativos. *Cuadernos de Política Criminal*, (32), 313-328.
- ▣ Mathiesen, T. (1990). *Prison on Trial: a critical assessment*. London: Sage.
- ▣ Megone, C. (1990) The Quality of Life – Starting from Aristotle. In S. Baldwin, C. Godfrey, & C. Propper (Eds.), *Quality of Life -Perspectives and Policies* (pp 28-41). London/New York: Routledge.
- ▣ Mendes, M. (1989). Em busca das comunidades perdidas –a reorganização da vida em ambiente prisional. Comunicação apresentada no “1º Encontro da Sociedade de Antropoanálise”, Lisboa (reimpressão em *Antropoanálise*, (1) 2º Semestre –1991, (pp 54-61).
- ▣ Miotto, A. (1983a). O condenado, o pessoal penitenciário e a comunidade. *A Violência nas Prisões* (pp 147-159). Goiás-Brasil: Goiânia.
- ▣ Miotto, A. (1983b). A criminologia, a causalidade e a finalidade dos fatos criminosos. *A Violência nas Prisões* (pp 195-203). Goiás-Brasil: Goiânia.

- ▣ Moita, V. (1991). Identidade, identificação e delinquência -contributos para uma compreensão psicológica e clinica da agressão e do comportamento delinquente. *Infância e Juventude*, (número especial), 201-228.
- ▣ Moreira, J. (1988). Metodologia e papel do investigador no estudo antropológico numa prisão. *Temas Penitenciários*, (2), 13-20.
- ▣ Moreira, J. (1999). Ciganos na Prisão -Um Universo Diferente? *Temas Penitenciários*, 2 (2), 5-18.
- ▣ Mosteller, F. (1987). Implications of Measures of Quality of Life for Policy Development. *J. Chron. Dis.*, 40 (6), 645-650.
- ▣ Muldoon, M., Barger, S., Flory, J., & Manuck, S. (1998). What are quality of life measurements measuring? *BMJ*, 316 (7130), 542-545.
- ▣ Navarro, V. (1998). A Historical Review (1965-1997) of studies on class, health, and quality of life: a personal account. *International Journal of Health Services*, 28 (3), 389-406.
- ▣ Nielsen, L. (1988). Atitudes face à prisão na Dinamarca. *Temas Penitenciários*, (2), 9-11.
- ▣ Paulus, P.(1989). Implicações da Investigação na Sobrelotação Prisional. *Análise Psicológica*, 4 (7), 499-508.
- ▣ Pereira, A, & Costa, L. (1989). Nos limites do social –droga e meio prisional. *Temas Penitenciários*, (2), 19-25.

- ▣ Pereira, J. (1998). Valores e Prevenção da Reincidência. *Temas Penitenciários*, 1 (2), 87-92.
- ▣ Pereira, R. (1999, 23 de Abril). Consumir droga não dá prisão. *24 Horas*.
- ▣ Pina, J. (2000). Natal atrás das grades. *Algarve Mais*, 6 (71), 50-58.
- ▣ Reed, J., & Lyne, M. (1997). The quality of health care in prison: results of a year's programme of semistructured inspections. *BMJ*, 315 (7120), 1420-1424.
- ▣ Reforma Penal Internacional (1997). *Dos Princípios à Prática -Um Manual Internacional para uma boa prática prisional*. Portugal: Ministério da Justiça.
- ▣ Resende, J. (1998, 9 de Dezembro). As decisões dos Tribunais. *Expresso*.
- ▣ Ribeiro, J. (1994). A importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 2-3 (12), 179-191.
- ▣ Ribeiro, J. (1996). Saúde e Desenvolvimento. *Análise Psicológica*, 2-3 (14), 177-190.
- ▣ Rodrigues, F. (1999, 26 de Junho). Instituto de Reinserção Social assina protocolos com Câmaras. *O Comércio do Porto*.
- ▣ Rodríguez-Marín, J., Rodríguez, J., Castejón, J., Bueno, A., & Sánchez, S. (1991). Calidad de Vida Percebida y Conductas de Salud. *Psicología Ambiental -Intervencion y Evaluacion del entorno* (pp 253-267). Espanha: Arquetipo Ediciones.
- ▣ Ross, C., & Willigen, M. (1997). Education and the Subjective Quality of Life. *Journal of Health and Social Behavior*, 38 (3), 275-297.
- ▣ Sagan, C. (1980). *Cosmos*. Lisboa: Gradiva.
- ▣ Sampaio, D. (1999, 4 de Abril). Sobre prisões. *Revista do Diário de Notícias*.

- ▣ Sani, A, & Matos, M. (1998). Crime -uma questão de oportunidade? *Infância e Juventude*, (3), 77-116.
- ▣ Santos, C. (1991/1993). Teorias Psicológicas da Criminalidade. *Textos*, (2), 299-318.
- ▣ Santos, G. (1983). A Prisão Preventiva. Comunicação apresentada no ciclo de conferências sobre Direito Penal, Porto (reimpressão em *Para uma nova Justiça Penal* (pp 175-188). Coimbra: Livraria Almedina.
- ▣ Schildberger, R., & Teixeira, J. (1994). Qualidade de Vida em Sujeitos com Espondilite Anquilosante (Estudo Exploratório). *Análise Psicológica*, 2-3 (12), 375-379.
- ▣ Schipper, H., Chinch, J., & Powell, V. (1990). Definitions and Conceptual Issues. In B. Spilker (Ed.). *Quality of Life Assessement in Clinical Trials* (pp 11-24). New York: Raven Press.
- ▣ Segre, M., & Ferraz, F. (1997). O conceito de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31 (5), 538-542.
- ▣ Sevenhuysen, G. & Trumble-Waddell, J. (1997). A New Perspective on Quality of Life. *Journal Clin Epidemiol*, 50 (3), 231-232.
- ▣ Silva, C. (1996). Um conceito de reabilitação no Sistema Judicial. *Análise Psicológica*, 2-3 (14), 325-329.
- ▣ Simões, P. (2000, 12 de Abril). Pequenos crimes geram trabalho. *Jornal de Notícias*.

- ☐ Skevington, S., Arthur, P., & Somerset, M. (1997). Development itens for the WHOQOL -An investigation of contemporany beliefs about Quality of Life related to health in Britain. *British Journal of Health Psychology*, (2), 55-72.
- ☐ Skinner, B. (1983). [*O Mito da Liberdade*].(E.R.B. Rebelo, Trad.). São Paulo: Summus Editorial.
- ☐ Smith, R. (1999). Prisoners: an end to second class health care? *BMJ*, 318 (7189), 954-955.
- ☐ Soares, A. (2000, 12 de Abril). Pagar crimes com trabalho. *O Comércio do Porto*.
- ☐ Spilker, B. (1990). Quality of Life Assessment in Clinical Trials. In B. Spilker (Ed.), New York: Raven Press.
- ☐ Spilker, B. (1996). Introduction. In B. Spilker (Ed.), *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials* (2ª ed.) (pp 1-10). Philadelphia-New York: Raven Publishers.
- ☐ Spilker, B., & Revicki, D. (1996). Taxonomy of Quality of Life. In B. Spilker (Ed.), *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials* (2ª ed.) (pp 25-31). Philadelphia-New York: Raven Publishers.
- ☐ Spitzer, W. (1987). State of Science 1986 -Quality of Life and Functional Status as Target Variables for Research. *J. Chron. Dis.*, 40 (6), 465-471.
- ☐ Stewart, L., Greenfield, S., Hays, R., Wells, K., Rogers, W., Berry, D., McGlynn, E., & Ware, J. (1989). Functional Status and Well-being of Patients with Chronic Conditions – results from the medical outcomes study. *Jama*, 263 (7), 907-913.

- ▣ Vala, J. (1985). Contribuições para uma análise psicossocial da delinquência. *Infância e Juventude*, (2), 53-63.
- ▣ Vieira, H. (1998). Intervenções em Meio Prisional –Abordagem Exploratória. *Temas penitenciários*, 1 (2), 45-54.
- ▣ Vicente, A.(1988). Problemas da Administração Prisional –Dar-se a conhecer. *Temas Penitenciários*, (2), 7-8.
- ▣ Vouyoucas, C. (1994). Observações e reflexões sobre o problema dos direitos humanos das pessoas sujeitas a detenção na Grécia. *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, 4 (4), 587-594.
- ▣ WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL) -Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41 (10), 1403-1409.
- ▣ WHOQOL Group (1998a). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28 (2), 551-558.
- ▣ WHOQOL Group (1998b). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL) -Development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine*, 46 (12), 1569-1585.
- ▣ Wood-Dauphinee, S., & Kuchler, T. (1992). Quality of Life as a Rehabilitation Outcome: Are We missing the Boat? *Canadian Journal of Rehabilitation*, 6 (1), 3-12.

- ▣ Wright, S. (1994). Health-Related Quality of Life --A Critical Review of the Concept and its Measurement. *Psychology and Promotion of Health* (pp 163-169). Seattle: Hogrefe & Huber Publishers.

VII- ANEXOS

QUESTIONÁRIO – PARTE I

•ANTECEDENTES CRIMINAIS

Primário Reincidente

•SITUAÇÃO JURÍDICO-PENAL

Preventivo
Condenado

•IDADE: ____ anos

•ESTADO CIVIL

Solteiro
Casado/junto
Divorciado/separado
Viúvo

•TIPO DE CRIME COMETIDO

Tráfico/consumo
Furto
(Tentativa) Homicídio
Violação
Outros

•MODALIDADE DE ALOJAMENTO

Cela Camarata

•ENQUADRAMENTO FAMILIAR

Com quem residia:

Sozinho
Pai Mãe
Esposa/companheira
Filhos
Outros

•SITUAÇÃO ESCOLAR

Quantos anos de escolaridade fez, com sucesso, antes da detenção? _____
Quantos anos tem de escolaridade na actualidade? _____

•SITUAÇÃO PROFISSIONAL

Trabalhava antes de ser detido?
Trabalha na actualidade?

Sim Não
Sim Não

•CUIDADOS DE SAÚDE

Sente-se doente? Sim Não Sofre de alguma doença? Sim Não Toma medicação? Sim Não

•APOIO SOCIAL

Recebe visitas?
Recebe correspondência?
Efectua chamadas telefónicas?

Sim Não
Sim Não
Sim Não

•Diga resumidamente o que era necessário para ter mais e/ou melhor *Qualidade de Vida*

QUESTIONÁRIO – PARTE II

Leia cada questão e assinale com um circulo à volta do número a resposta que melhor se adequa a si. Por favor, tenha em atenção os seus valores, aspirações, prazeres e preocupações:

O que se pergunta diz respeito ao que acha de sua vida, tomando como referencia as **duas últimas semanas**. Não se esqueça de responder a todas as questões.

1- Como avalia a sua Qualidade de Vida?

Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1	2	3	4	5

2- Em que medida está satisfeito com a sua saúde?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

As questões seguintes assentam no **quanto** sentiu algumas coisas nas **últimas duas semanas**.

3- Em que medida considera que a sua dor (física) o impediu de fazer o que precisava?

Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

4- Precisou de tratamento médico para efectuar a sua vida diária?

Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

5- Em que medida aproveitou a vida?

Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

6- Em que medida acha que a sua vida teve sentido?

Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Em que medida se conseguiu concentrar?

Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

8- Em que medida se sentiu seguro na sua vida diária?

Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Em que medida considerou saudável o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atractivos)?

Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes assentam no **quanto** sentiu ou foi capaz de fazer certas coisas nas **últimas duas semanas**.

10- Teve energia suficiente para o seu dia a dia?

Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

11- Foi capaz de aceitar a sua aparência física?

Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

12- Teve dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?

Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

13- Em que medida estiveram disponíveis as informações que precisou no seu dia a dia?

Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

14- Em que medida teve acesso a actividades de tempos livres?

Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes assentam no *grau de satisfação* que sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas *últimas duas semanas*.

15- Com que facilidade foi capaz de se mover?

Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1	2	3	4	5

16- Em que medida esteve satisfeito com o seu sono?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

17- Em que medida esteve satisfeito com a sua capacidade para desempenhar as suas actividades do dia a dia?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

18- Em que medida esteve satisfeito com a sua capacidade para trabalhar?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

19- Em que medida esteve satisfeito consigo mesmo?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

20- Em que medida esteve satisfeito com as suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

21- Em que medida esteve satisfeito com a sua vida sexual?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

22- Em que medida esteve satisfeito com o apoio que recebeu dos seus amigos?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

23- Em que medida esteve satisfeito com as condições do local onde morava?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

24- Em que medida esteve satisfeito com o acesso aos serviços de saúde?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

25- Em que medida esteve satisfeito com o meio de transporte que utilizou?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se à *frequência* com que sentiu ou experimentou certos sentimentos nas *últimas duas semanas*

26- Com que frequência teve sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5