

Psicoterapia Institucional e Psiquiatria de Sector no Meio Prisional Português (*)

ANTÓNIO ALVES GOMES (**)

Em memória do
Professor Henrique Rodrigues da Silva

1. O MEIO ENVOLVENTE

No decurso da investigação que temos desenvolvido desde há seis anos e designadamente, nas vertentes bio-psico-sociais e de personalidade, algumas características têm sido salientes. Delas temos dado conta como Equipa em comunicações ou artigos científicos. No referente às características da personalidade, H. Carvalho (1991) sintetizou alguns elementos.

A compreensão da natureza patológica da delinquência não é tarefa fácil, dado que o comportamento delinquente deve ser compreendido e analisado, não só em relação ao grupo social de pertença ou de referência do indivíduo, mas também o deve ser relativamente às características da sua personalidade.

É sobre estas últimas que nos vamos debruçar, começando por apresentar na sequência do

estudo citado (H. Carvalho, 1991) os resultados encontrados num grupo de reclusos de um Estabelecimento Prisional da zona de Lisboa e a sua comparação com um grupo de não reclusos, passando a abordar a formação da personalidade na criança e os seus eventuais distúrbios, os quais poderão ser uma base explicativa da patologia no futuro delinquente.

Nesse estudo foi aplicado o Inventário Multifásico da Personalidade (MMPI), que explora amplamente os aspectos da personalidade normal e patológica.

Como se vê (Quadro 1), foram encontradas diferenças entre os dois grupos quanto à ausência ou existência de patologia, sendo esta mais acentuada no grupo de reclusos e com predomínio da Psicopatia e patologia tipo Psicótico.

No Quadro 2 podem ver-se as médias dos resultados encontrados para os dois grupos nas diversas escalas do MMPI — Hipocondria, Depressão, Histeria, Psicopatia, Masculinidade-Feminilidade, Paranóia, Psicastenia, Esquizofrenia e Hipomania.

Os resultados apontam para algumas características de personalidade mais evidenciadas no grupo de delinquentes.

A maior subida verificada nas escalas de Psicopatia, Paranóia, Esquizofrenia, Depressão e Hipomania, aponta como características mais salientes nestes indivíduos o serem Impulsivos, Egocêntricos, Irresponsáveis, Hóstis, Rebeldes e Exagerados, apresentando de um modo geral Desprezo e Inadaptação às Regras Sociais, Baixa

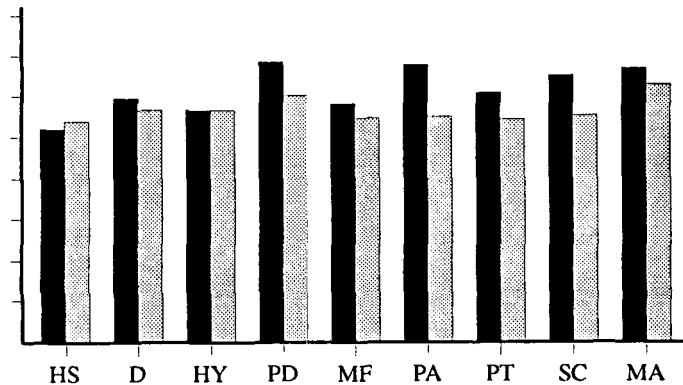
(*) O presente texto sintetiza a nossa Comunicação, sob o título em epígrafe, ao I Encontro Internacional sobre Psiquiatria de Sector (Setúbal, 29 e 30 de Outubro de 1992).

(**) Médico Psiquiatra. Director da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental da DGSP. Coordenador Clínico e Científico do Acordo de Cooperação Científica, Faculdade de Ciências Médicas/DGSP — Ministério da Justiça.

QUADRO 1
Tipos de Perfis (MMPI)

| RECLUSOS | NÃO RECLUSOS |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Com patologia — 73,3% (com gravidade) | Com patologia — 35% (menor gravidade) |
| 26,7% Psicopatia | 5% Psicopatia |
| 20% Psicose | 10% Psicose |
| 16,6% Paranóia | 10% Paranóia |
| 10% Histeria | 5% Histeria |
| Sem patologia — 26,7% | Sem patologia — 65% |

QUADRO 2
Medidas obtidas no MMPI



| | |
|------------------------|------------------------|
| ■ Reclusos | □ Não Reclusos |
| Hs $t_0 - 0.07 < 2.02$ | Pt $t_0 - 0.50 > 2.02$ |
| D $t_0 - 0.32 < 2.02$ | So $t_0 - 0.60 < 2.02$ |
| Hy $t_0 - 0.05 < 2.02$ | Ma $t_0 - 0.30 < 2.02$ |
| Pd $t_0 - 0.68 < 2.02$ | $\alpha - 0.05$ |
| Mf $t_0 - 0.37 < 2.02$ | $\chi 0.975 - 2.02$ |
| Pa $t_0 - 0.73 < 2.02$ | $t_0 < \chi 0.975$ |

Tolerância à Frustração e Relações Sociais Superficiais e Inadequadas. Os intensos Sentimentos de Raiva e a baixa capacidade de auto-controlo dos impulsos agressivos, bem como a facilidade de passagem ao acto através de Comportamentos Anti-Sociais, são, na maioria das vezes, uma dominante no seu carácter.

É pois sugestivo, que o acto delituoso

represente uma agressão dirigida contra os objectos exteriores, sendo a passagem ao acto um mecanismo psicológico elaborado e complexo de descarga de pulsões agressivas dirigidas contra interdições sociais.

Esta agressão traduzida na passagem ao acto anti-social depende, não só da força da agressividade que faz parte da natureza de cada indiví-

duo mas poderá ter as suas raízes em perturbações precoces do desenvolvimento infantil e relacionadas, sobretudo, com atitudes parentais.

Essas perturbações vividas na relação da criança com a mãe e com o pai ou seus substitutos, levariam à formação de sentimentos de insegurança e perturbações da identificação no desenvolvimento da sua personalidade, sendo a tensão agressiva uma resultante da falta de adequação a um modelo de identificação com características essencialmente boas (H. Carvalho, 1992).

Como uma ponte, com estes dados surgem as reflexões com maior ênfase clínica que temos, em conjunto, vindo a elaborar desde 1987 (A. Gomes, 1987), e, que encontram, uma boa síntese na Comunicação de F. Fortes (1991) ao II Encontro Nacional sobre Saúde Mental em Ambiente Prisional (C.E.J., 1991).

Assim, se olharmos para uma Classificação de Doenças Mentais como a DSM III, ela classifica, o grupo atrás referenciado, no seu II eixo da patologia de personalidade, nas: Personalidades Limites Border-Lines, Personalidades Esquizotípicas, Personalidades Narcísicas, Personalidades Passivo-Agressivas ou em associações de traços patológicos que pertencem às personalidades antisociais e limites.

Mas se fugirmos à tentativa de os classificar e os abordarmos pelos traços gerais podemos a nosso ver compreendê-los melhor: (1) A maioria dos nossos delinquentes são homens jovens, a curva de prisões começa a diminuir pelos 30 anos; (2) Têm histórias de carências parentais com pais educativamente diferentes, mães pouco calorosas, às vezes frias, rejeitantes mas permissivas. Disciplinas familiares incoerentes, dissociadas, com pais ausentes ou deficientes, discórdias, pobreza, violência familiar, padrastos indiferentes ou hostis. São crianças maltratadas, negligenciadas, abandonadas. Muitas vezes institucionalizadas, com insucesso escolar precedendo a delinquência; (3) Associada à impulsividade e à imaturidade aparece a pobreza da linguagem e do diálogo interior, têm muitas vezes um QI verbal inferior ao QI de execução prática; (4) As alterações do comportamento começam na puberdade, sozinhos ou em grupo com roubos, fugas e delitos diversos. A agressividade e a impulsividade advêm da dificuldade de con-

trolar os impulsos, da tendência da passagem ao acto e explicam as suas reacções violentas às frustrações; (5) A utilização de substâncias tóxicas está muito relacionada com estas personalidades e é uma dependência com abuso de tabaco, opiácios, álcool ou ansiolíticos; (6) Têm uma tendência auto-destrutiva e de somatização que aparece no estudo dos antecedentes pessoais destes jovens delinquentes com situações de risco de vida de que são exemplos os acidentes de viação, os traumatismos craneanos, os acidentes domésticos, as overdoses, as tentativas de suicídio. Em ambiente prisional a frequência de manifestações somáticas, como hipertrofia de queixas físicas, somatizações verdadeiras ou distúrbios fictícios podem indicar o mesmo sofrimento psicológico destrutivo desta vez reinvestido no corpo. Ao tentarmos relacionar as características da personalidade com factores do meio psicosocial e sem termos comunidades terapêuticas ou outro tipo de instituição limitada na comunidade, verifica-se que, com algum investimento e vontade, o ambiente prisional poderia contribuir como medida terapêutica em Saúde Mental. E se nos colocarmos nesta área temos de trazer para a área de Saúde Mental dentro da prisão os Directores, os Educadores, os Médicos, os Guardas, as Assistentes Sociais, os Juristas. (F. Fortes, 1991).

2. A COMPREENSÃO SITUACIONAL

De grande importância foi também o contributo do Professor Eduardo Luís Cortesão para que o *situacional* fosse integrado não apenas como factor de compreensão e de diagnóstico, mas igualmente de prognóstico e seguramente num plano mais vasto de prevenção primária. Às suas três matrizes (familiar, laboral, comunitária), juntamos agora a matriz prisional com os parâmetros que enunciamos no Quadro 3.

A sua importância reside designadamente, em nos alertar para a necessidade de analisar diferencialmente cada meio prisional de reclusão (regional, agrícola, central, etc.) em conjugação com as suas tradições e personalidades em presença.

O cerne do fenómeno mórbido, tanto se pode situar originalmente no próprio, como constituir

QUADRO 3

Compreensão Situacional

A situação é definida como um conjunto dinâmico e de interacção de personalidade e de circunstância

| CIRCUNSTÂNCIAS DE: | | | |
|--|---|---|--|
| Matriz Familiar | Matriz Laboral | Matriz Comunitária | Matriz Prisional |
| Registo duplo | Conflito na instituição ou local de trabalho | Inadaptação social, cultural, política ou económica | EP Central EP Regional |
| Rejeição | Absentismo | Conflito de valores culturais ou éticos | Preventivos Condenados |
| Proteccionismo | Reforma precoce | Conflitos transculturais | Urbana Rural |
| Indiferença | A matriz laboral pode ser factor situagénio e/ /ou factor socioplástico | | Personalidade do director |
| Pode haver utilização, consciente ou inconsciente, do conflito, perturbação ou processo patológico | | | Características: Corpo de Guardas Técnicos do EP Tradições do EP Situação de momento |

(Adaptado e modificado de Eduardo Luís Cortesão, 1990)

um sintoma ou epifenómeno de uma Matriz Perturbada, onde o indivíduo está inserido, definitiva ou provisoriamente.

A razão Ética e Clínica da nossa função é a de contribuir para criar condições que permitam às pessoas (a quem ela se dirige) a possibilidade de constituírem um sentido de identidade, auto-estima, e respeito por si próprias, deslocando o negativo da doença ou do distúrbio de comportamento auto ou aloplástico para o positivo da Saúde e da Vida (A. Alves Gomes, 1987, 1988).

Daí que neste contexto e com estas dimensões a tradicional «*relação médico-doente*» sobretudo em meio institucional, se tenha de basear inteiramente num trabalho de uma Equipa Multidisciplinar, que seja também ela própria, um factor de maturação, identificação e espaço transitivo.

3. A EQUIPA CLÍNICA

A formação de uma Equipa Clínica Multidisciplinar encerra um tempo, um espaço e um movimento, em contexto dialéctico (unidades, lutas, e oposições de contrários, conflitos, sínteses, etc., em mutações sempre dinâmicas): para além de uma *matriz central*, mais ou menos ampla e sólida, e de um *padrão* crescentemente assumido e interiorizado (*em interconexão com aquela*), haverá sempre circunstâncias e movimentos de pessoas — em vai-vem transitivo —, que de nós buscarão apenas *um espaço intermédio*, no devir existencial dos seus percursos pessoais e profissionais.

É assim também a vida! E com isso teremos de contar sem idealismos e com o possível mínimo de amargura; mas tentando assegurar o máximo de lealdade, já que sabemos como

o poeta, que os «caminhos nunca acabam»...

De igual modo *os conflitos são o pão nosso da cada dia desde o nascimento até à morte*. Não devemos denegá-los, e fazer de «faz de conta» inter-equipa e com o exterior. *É preciso saber elaborá-los*: desse modo eles são bem vindos — fazem crescer e amadurecer, o indivíduo e o colectivo onde se insere. A ocultação dos conflitos leva à perversão, que é bem conhecida em todas as instituições.

Sendo assim, e no sentido que o médico pediatria e psicanalista britânico Donald Winnicott lhe dava, o meio sustinente da Equipa, deve ter o aconchego suficiente para tratar e elaborar os conflitos de forma a que através desse espaço transitivo se possa dar um passo em frente na acção, no crescimento e na coesão de todos.

Assim, combinando a mais livre discussão dos assuntos e dos conflitos no seu interior, a Equipa deve, como meio transitivo de identificação para o ambiente em que se move (reclusos, técnicos, guardas, administração), agir terapêuticamente em unidade de acção exterior, isto é, de forma coesa e como um todo, sem brechas e sem registos duplos, (A. Alves Gomes, 1989).

Quando o «setting» é um Hospital Prisional com várias especialidades, é também frutuosa a experiência que temos incentivado de forma contínua, adentro dos parâmetros vulgarmente conhecidos por «psiquiatria de ligação».

É este o Modelo que temos procurado desenvolver desde há seis anos e no qual nos baseamos para o futuro.

Sinteticamente, e em termos de balanço, citamos o que com H. Rodrigues da Silva, na qualidade de responsáveis científicos pelo Protocolo de Cooperação da Faculdade de Ciências Médicas — Ministério da Justiça, assinalámos aquando do «II Encontro Nacional sobre Saúde Mental em Ambiente Prisional» (CEJ, Lisboa, 1991): «No que diz respeito à Clínica, e em termos quantitativos, as 6000 consultas e os 200 internamentos anuais, colocam-nos num nível superior — em termos relativos — face a instituições idênticas do Ministério da Saúde. Mas, se isso conta na querela comparativa, salientamos apenas estes dados sem espírito competitivo, antes de mais como sinal de mérito de uma equipa coesa, com identidade própria, a qual lhe advém de um cimento psicodinâmico e de um trabalho multi-

disciplinar (com as suas reuniões semanais de equipa, de supervisão e de visita às enfermarias), bem como de uma participação efectiva e crescente de todos nos enquadramentos da investigação científica em curso. Uma Equipa que na terminologia de Cortesão, tem dado o Ego a este comunitário, e que, para além dos entraves burocráticos de que não rezeirá a história, continuará a orientar-se pela qualidade do serviço médico prestado e, certamente, a contar com o apoio da DGSP como um todo e, em particular do seu Director-Geral, Dr. Fernando Duarte (...); para além de todas as vicissitudes, o balanço é compensador, tanto ao nível de um eficiente trabalho clínico e de uma investigação científica de que temos dado notícia pública a nível nacional e internacional.» (H. Rodrigues da Silva & A. Alves Gomes, 1991)

No referente à Patologia com que nos temos defrontado podem ser ilustrativos os dados preliminares apresentados no Quadro 4, procedentes de uma investigação que temos em curso (A. Alves Gomes e col. 1988).

4. A RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE EM MEIO PRISIONAL

A relação Médico-doente em ambiente prisional desenvolve-se em situação de constrangimento, tanto para o clínico como para o recluso.

Daí a necessidade de uma maior atenção aos princípios Médicos e Deontológicos e à Ética profissional.

O Clínico, sobretudo se não estiver integrado numa Equipa coesa, terá de dispender de um maior esforço para resistir eficazmente às pressões «tanto de cima como de baixo» (P. Hivert, EMC, Psychiatrie, Paris 37889, A, 9, 1982), ou seja, tanto das administrações como dos reclusos. Não vale a pena denegar esta realidade, bem conhecida de todos, a que já nos referimos na Conferência de Formação para Técnicos dos Serviços Prisionais em 1987, no G.E.P. do Ministério da Justiça.

Por outro lado e também como já assinalámos, tanto a partir da nossa experiência, como em reflexo do estudo da evolução de outros países (G. Adler, «Prison Psychiatry», CTP/III Ed. Kaplam, Freedman & Sadock, 1980), as di-

QUADRO 4

| | |
|--|-----|
| Abusos, dependência e abstinência de substâncias, alcoolismo (8%) incluído | 28% |
| Síndromas depressivos | 16% |
| Psicoses funcionais (Esquizofrenias, Paranoias, Psicose Maníaco-depressivas e outras) | 16% |
| Tentativas de suicídio | 14% |
| Síndromas de ansiedade (Incluindo descompensações neuróticas) | 13% |
| Patologia cerebral orgânica (Incluindo Atrasos Mentais, Epilepsias, Traumatismos Cranianos, Demências) | 8% |
| Patologia da personalidade (Vulgo «Psicopatias») | 5% |

ficuldades económicas da última década conjugadas com atitudes crónicas da sociedade face aos delinquentes, conduziram a uma contínua deterioração do sistema prisional nos E.U.A. e na maioria dos países.

Os reclusos foram desde sempre alvo da ambivalência da sociedade representada pelo binómio punição/reabilitação nos estabelecimentos prisionais, como aliás, «mutatis mutandis», tem sucedido tradicionalmente com os grandes Hospitais Psiquiátricos.

Tradicionalmente, os estabelecimentos prisionais foram construídos longe dos locais de residência dos reclusos o que, não só dificulta o contacto com as famílias (idem para «doentes mentais»), mas também simboliza os desejos da sociedade em «se ver livre» dos indivíduos com comportamento desviado, preservando assim a ilusão de uma segurança comportamental e de sanidade mental. A este propósito e do ponto de vista da caracterização do meio e das suas especificidades, têm sido importantes, para além do que vimos referindo, os trabalhos de investigação científica ou aqueles que se baseiam na reflexão sobre a práxis clínica que temos desenvolvido, de Henrique Rodrigues da Silva, Graça Poças, Ricardo Bernardino, Amélia Teresa Leal, Maria João Eliseu, Angela Ribeiro, João Carlos Melo, Maria Antonieta F. Almeida, Anabela Ribeiro, Otilia Gralha, Mário Torrão, Jorge Branco, Isabel Dias, Teresa Abrantes, Margarida Campos, Zerlinda Ribeiro, Manuela Alvarez e outros (Comunicações aos I e II Encontros sobre Saúde Mental em Ambiente Prisional, CRJ 1988, 1991 e nas Jornadas Médicas do HPSJS, 1989, 1990, 1991).

As bases inadequadas de muitos dos programas de reabilitação nas prisões (em parte uma

manifestação da ambivalência assinalada) foram também prejudicadas pelo período de recessão económica, e pelas restrições legislativas das despesas do Estado, tudo isto numa altura em que a população prisional continua a aumentar.

A imprensa e alguns trabalhos científicos têm vindo a alertar para a situação difícil e deplorável das prisões: super-lotação, falta de pessoal, baixos salários dos técnicos, e por fim, a suspensão ou adiamento de programas já anunciados e a contínua desmotivação dos técnicos.

Os técnicos de Saúde Mental tornam-se cada vez mais renitentes em trabalhar em locais onde são mal pagos, quando comparado com o que aufeririam em posições que estariam aptos para ocupar noutros meios. Estes técnicos manifestam um sentimento de falta de apoio dentro dos estabelecimentos prisionais já que são frequentemente marginalizados e alvo de falta de confiança por parte de alguns funcionários tradicionais. Esta situação conduz a sentimentos de solidão e isolamento, que podem tornar o trabalho insuportável.

Os técnicos e funcionários do sistema prisional são igualmente alvo e reflexo das atitudes contraditórias da sociedade e da própria instituição.

Grande parte dos guardas prisionais, pessoas dedicadas e conscienciosas, trabalham num meio difícil, com o mínimo de treino, um fraco suporte emocional, falta de reconhecimento e de recompensa financeira.

Naturalmente que, como refere Adler relativamente à sua investigação nos EUA, há também entre os guardas prisionais alguns elementos sádicos e punitivos, sem qualquer consideração pela população reclusa.

Por outro lado, as condições relativas à falta

de esperança e de evolução dos reclusos, combinada com uma certa rigidez incontornável do sistema prisional e a aparente imutabilidade tanto junto da população detida, como no seio do sistema em geral, podem introduzir depressão no interior da própria Equipa psiquiátrica. Esta poder-se-á então tornar rígida e improdutivo, tal como aquele pessoal face a quem tivera anteriormente uma atitude criativa, embora crítica.

Em consequência, o médico psiquiatra poderá deixar o trabalho em meio prisional e voltar para um meio onde se sinta respeitado e valorizado, e onde veja os frutos palpáveis do seu labor clínico. Poucos são os psiquiatras que trabalham a tempo inteiro nas prisões, a não ser que lhes seja atribuída claramente autonomia terapêutica e administrativa, ou que se encontrem envolvidos em programas, cujos resultados estejam de acordo com a sua competência efectiva, respeito próprio, esforço e empenho pessoal (Adler, 1980 e 1985).

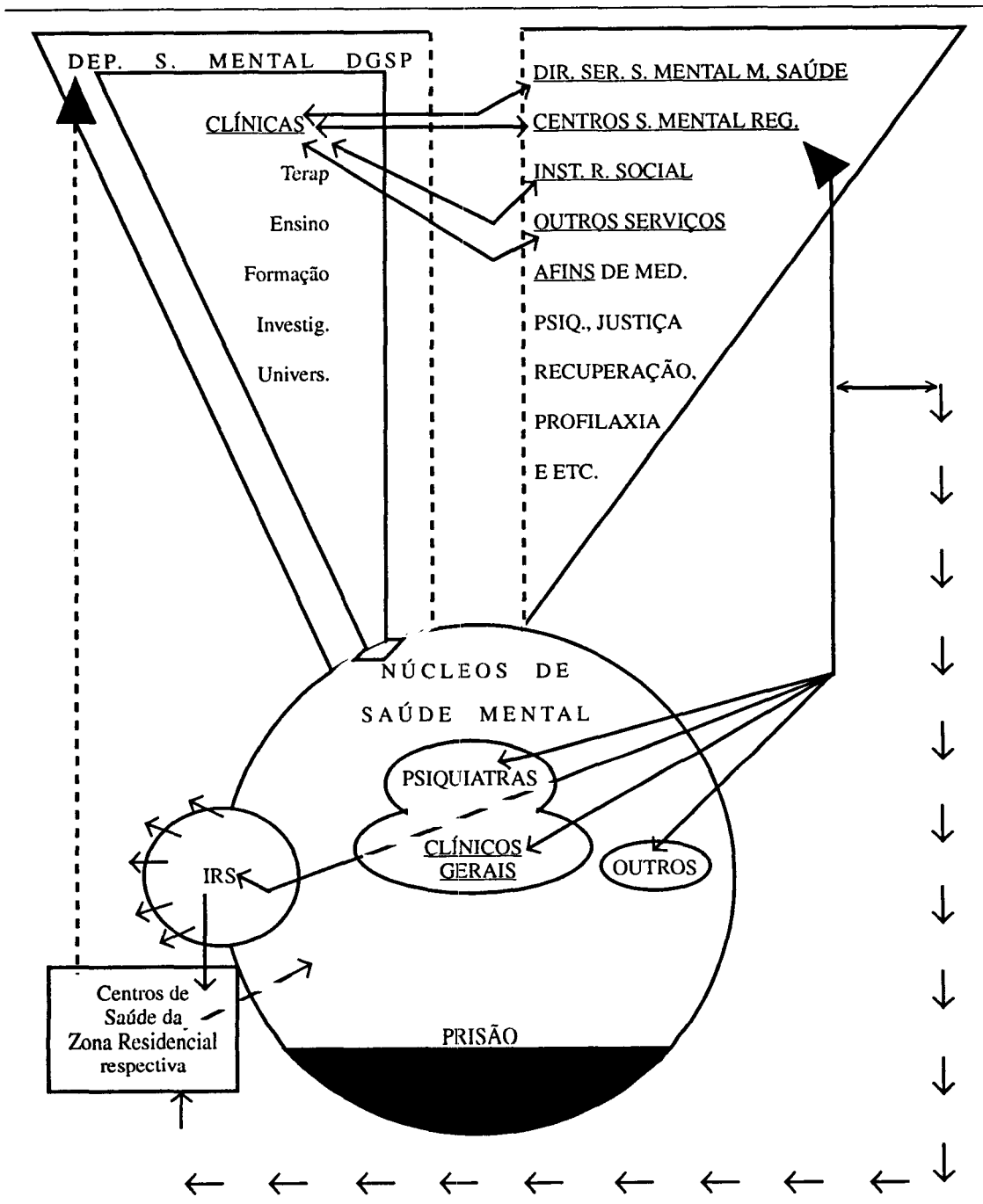
Até agora, e embora Portugal não fuja à regra geral, mormente, pela morosidade burocrática, não há dúvida que já um longo caminho foi percorrido designadamente pelas intenções manifestas e algumas práticas efectivas de humanização nos últimos anos. Também desde o esboço de articulação que havíamos proposto em 1988 (Figura 1) até ao integrado pela Comissão de Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental do Ministério da Saúde (Figura 2) vai um passo de reconhecimento e de grande evolução face ao autismo do passado entre os sistemas.

Se for assim, e se os entraves burocráticos forem ultrapassados, o futuro do Departamento de Saúde Mental da D.G.S.P. alicerçar-se-á:

1. No alargamento do Modelo Actual a todos os EPs, com constituição de Núcleos de Saúde Mental em cada Estabelecimento Prisional.
2. No funcionamento eficaz e idóneo das Clínicas e do Departamento de Saúde Mental com regras e estatutos coerentes e definidos.
3. Na formação permanente e contínua dos técnicos e do pessoal na área da Saúde Mental com supervisão periódica e regular.

4. Na permanente investigação científica com intercâmbio e articulação com as diversas Universidades.
5. Na programação, em tempo útil, de todas as actividades, incluindo as legislativas.
6. No processamento das medidas legais tendentes a que sejam atribuídas ao Departamento ao Serviço e às Clínicas, as normas específicas para o estágio de Internos de Psiquiatria e, designadamente, para o Internato Complementar da Especialidade.
7. No desenvolvimento integrado de uma Acção Terapêutica Diferenciada, para o interior e o exterior do Sistema, garantindo a continuidade de cuidados, nomeadamente em ligação com o Instituto de Reinserção Social, contribuindo para o reforço da Psiquiatria de Sector e da ligação com os Centros de Saúde Mental, actuando aos três níveis de prevenção definidos pela Organização Mundial de Saúde.
8. Há ainda que ter presente, como nos ensina a experiência internacional e também nacional, que, se os responsáveis da administração central não proporcionarem os meios adequados que sustentem os cuidados clínicos contínuos nos estabelecimentos prisionais (com médicos e enfermeiros de presença permanente), a acção terapêutica iniciada no Hospital Prisional Central ou nas Clínicas Psiquiátricas não terá seguimento adequado, e por outro lado, no caso de urgências médicas ou psiquiátricas, designadamente nos grandes estabelecimentos, poderemos vir a assistir de forma ampliada, a fenómenos trágicos e piores de consequências.
Não basta, na verdade, citar obra de fachada, sobretudo no terreno da Medicina e Saúde Mental. A constância e a qualidade do trabalho clínico permanente desenvolvido com idoneidade exigem, de futuro, maior seriedade na assumpção das responsabilidades, tanto para o interior como para o exterior do sistema.
9. Finalmente, não parece haver dúvidas de que todo o pessoal de vigilância e principalmente o adstrito às Clínicas

FIGURA 1

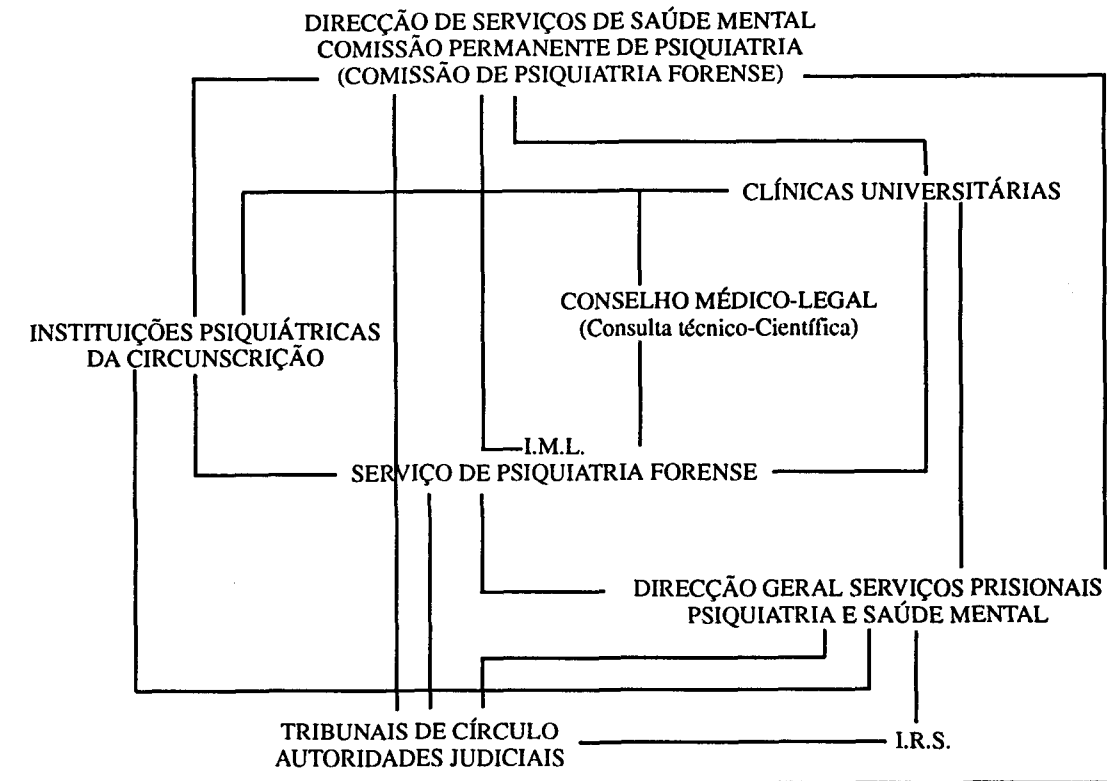


(António Alves Gomes, 1988)

Psiquiátricas e aos Postos Clínicos dos estabelecimentos necessita não apenas da sua formação básica, mas também de

informação e treino na área do psicológico e dos cuidados de saúde. Este treino pode ser fornecido em estágios práticos nas

FIGURA 2



Clínicas. As próprias Clínicas e os Postos de Saúde dos estabelecimentos prisionais deverão contar com um quadro fixo recrutado entre os guardas que, para além do treino referido, ofereçam as características adequadas de personalidade e motivação pessoal.

Durante os últimos seis anos de colaboração com o Professor Henrique Rodrigues da Silva, muito nos preocupou o estudo das experiências de outros países e a busca do específico no modelo português. Apaixonado pela Criminologia Clínica Henrique Rodrigues da Silva, aprofundou os nossos conceitos de referência.

5. A ESPECIFICIDADE DO MODELO PORTUGUÊS E A CRIMINOLOGIA CLÍNICA

«Nascida com este nome em 1913, na Argen-

tina, onde se criou uma associação, é a Criminologia Clínica uma filha rebelde da Criminologia, ou o braço terapêutico da Psiquiatria Forense?», perguntava ele em 1991, para em seguida acrescentar: «nesta rede de designações, Barahona Fernandes, com o seu sentido humanista e conciliador propôs o termo englobante de Antropo-Ciências médico-forenses. Mas julgo que esta questão só pode ser resolvida caso a caso e à posteriori, ao analisarmos os modelos de prestação de cuidados que vai criar ou nos quais se vai inserir.» (Henrique Rodrigues da Silva, 1991)

6. A SITUAÇÃO NOUTROS PAÍSES

Basicamente, a organização dos Serviços de Saúde e particularmente dos Serviços de Saúde Mental no interior do Sistema Prisional, tem-se processado nos diversos países segundo três

modelos, conforme nos sistematizou Peter Silfen e descreveu Rodrigues da Silva (1991): (a) *Modelo Auto-Suficiente*: Todos os serviços são montados dentro do Estabelecimento Prisional. A dependência funcional e consequente organização dependem nuns casos do Ministério da Justiça e noutros do Ministério da Saúde; (b) *Modelo Importado*: O Estabelecimento Prisional tem o seu sistema de prestação de cuidados assente nos profissionais do Serviço Nacional de Saúde, que se deslocam à prisão; (c) *Modelo Exportado*: Os reclusos que necessitam de cuidados são tratados nas instituições da comunidade.

Não encontramos modelos puros, embora os de contornos mais bem demarcados pareçam ser os de França e da Holanda. Vejamos então o que se passa em alguns países.

6.1. Inglaterra e País de Gales

Os Serviços Prisionais dispõem de estruturas médicas autónomas, existindo inclusivamente comunidades terapêuticas para reclusos mais complicados, certamente confrontadas com problemas difíceis (alguns trabalhos apontam para 33% de casos psiquiátricos no interior das cadeias inglesas), o modelo auto-suficiente é complementado com Consultores em Psiquiatria Forense bem como com Psiquiatras ou Psicoterapeutas visitantes; aliás, idêntico movimento de intercâmbio é praticado com os Serviços de Saúde Gerais.

6.2. França

Até aos anos 60 tudo parecia encaminhar-se no sentido de uma psiquiatria penitenciária, modelo que se revela inapropriado. Dá-se por essa altura uma inflexão e são criados os Centros Médico-Psicológicos Regionais, os quais vêm alguns anos mais tarde a ser integrados na chamada política de sector. Estes Centros prestam uma ajuda psicoterapêutica efectiva directa aos reclusos que dela necessitem, excepto para os casos de doença mental grave que são cuidados pelo Sistema Nacional de Saúde Mental.

Os Centros funcionam na base de uma Equipa multidisciplinar, apresentando-se que em cerca de dois terços dos estabelecimentos para

condenados a penas de longa duração existe um psiquiatra consultor, que não pertence a qualquer Equipa.

6.3. Alemanha

Desde há muito tempo, um número importante de psicólogos dá apoio a trabalhos de grupo no interior do sistema prisional, sendo de salientar a socioterapia e o trabalho com jovens delinquentes.

6.4. Finlândia

Também um sistema auto-suficiente que é complementado pelo modelo importado.

6.5. Holanda

Por último, para não alongar esta lista, façamos referência à Holanda, onde se registou uma opção política no sentido de fazer elevados investimentos em novas unidades, entre as quais a mais recente está particularmente vocacionada para os casos mais graves relacionados com o binómio doença mental/perigosidade.

A justificação oferecida para esta opção dispendiosa (100 funcionários para uma lotação de 36 utentes) radica nos bons resultados obtidos (ausência de recidivismo pós-alta) bem como nos valores globais do sistema prisional: enquanto em França existem 88 reclusos por 100 mil habitantes, 115 na Alemanha e 200 nos Estados Unidos, a Holanda tem apenas 45 reclusos por 100 mil habitantes.

Em qualquer dos países não há evidência de estruturas que assegurem a continuidade dos cuidados (Rodrigues da Silva, 1991).

6.6. O Modelo Português

Assenta no conceito de Equipa Multidisciplinar com todas as suas consequências e, tendencialmente, em Núcleos de Saúde Mental a criar em todos os Estabelecimentos, os quais são coordenados por um Médico de Clínica Geral.

(Estavam previstas duas Clínicas: uma em Lisboa, que este ano comemora o seu terceiro aniversário, outra no Porto, que tarda em arrancar; quanto aos Núcleos, a sua dimensão e multidisciplinaridade serão proporcionais ao

tamanho do Estabelecimento; no caso de Estabelecimentos muito pequenos em que fique reduzido a uma única pessoa, essa pessoa deverá ser, tanto quanto possível, o Clínico Geral.)

Integrando o ambulatório, a urgência e o internamento, a Equipa Psiquiátrica da Clínica acolhe os casos graves para internamentos curtos e tem pelo menos um contacto semanal (supervisão, estudo de casos) com cada Equipa ou Clínico Geral de cada Estabelecimento.

Por último, estabelecer de forma continuada canais de comunicação com o Instituto de Reinserção Social e as instituições da comunidade, de modo a dar forma e conteúdo ao conceito de continuidade de cuidados.

Trata-se de um modelo não psiquiatrizante que, não obstante, vai continuamente conferindo a sua prática com os modelos em curso no Sistema de Saúde Mental Nacional.

Daí a sua ligação, sempre que possível, à Equipa de Sector Psiquiátrico existente no concelho, como aliás já acontece com a Equipa de Oeiras do CSM Lisboa-Oeiras. No que respeita à Equipa Multidisciplinar, sublinhou o Professor Henrique Rodrigues da Silva na Conferência em 1991: «a teorização e as práticas a que me referi encontram-se nas instituições fiéis depositárias, que são o Hospital Miguel Bombarda e o CSM Lisboa-Oeiras onde floresceu e frutificou o modelo grupanalítico, mas não perde de vista os modelos desenvolvidos no Centro de Saúde Mental Infantil e Juvenil, no Hospital de Dia do Hospital de Santa Maria ou no Centro de Saúde Mental de Setúbal. E, certamente, a notável experiência relacional da 8.ª Enfermaria do Hospital Miguel Bombarda.

Também no domínio relacional, são desenvolvidas por alguns Directores de Estabelecimentos Prisionais, experiências que têm conduzido aos mais notáveis resultados».

Assim, referia Henrique Rodrigues da Silva (1991), comparado com os outros países, o modelo português apresenta-se sui generis e agrega experiência dos serviços de Saúde Gerais: (a) Formação em serviço Clínico Geral (tema recentemente discutido por Sampaio Faria); (b) Um equivalente de Grupos Balint; (c) Tendência para a continuidade de cuidados; (d) Facilidade em promover estudos transculturais; (e) O trabalho em equipa e, eventualmente como resultado ponderado da experiência oferecer; (f) Contribu-

tos fundamentais para os modelos alternativos à prisão.

A Criminologia Clínica não se apresenta como uma ciência pronta a servir e, de facto, não lhe interessa particularmente saber porque é que as pessoas se mutilam, antes tenta encontrar os meios de lidar com uma pessoa que se automutilou, bem como o seu meio circundante.

O conhecimento, o nosso conhecimento, assenta geralmente em duas modalidades: ou conhecemos nós próprios a matéria em causa, ou sabemos onde podemos obter informação relevante sobre essa matéria.

Ou seja, conhecemos o Domínio e os seus Atributos e Valores. Se se tratar de uma área muito especializada e para empregar uma expressão muito mais cara ao Professor Eduardo Luís Cortesão, temos uma ideia clara da Natureza, Estrutura e Função dessa matéria.

A Criminologia Clínica assenta predominantemente nesta segunda opção.

O Criminologista Clínico é um Técnico da referência e tenderá sobretudo a saber onde pode ser obtida a informação necessária (Henrique Rodrigues da Silva, 1991).

7. OS DILEMAS

A Criminologia Clínica lida também com dois dos principais dilemas do sistema prisional, relativamente aos reclusos que evidenciam alguma forma de distúrbio psíquico: (a) É possível tratar em reclusão, ou seja, no contexto de uma punição?; (b) A haver tratamento e se ele for possível, esse tratamento é médico ou psiquiátrico?

Neste sentido e sobre as terapeutas escrevia Rodrigues da Silva em 1991:

«Alguns terapeutas gindo em meio prisional, têm justificado os seus fracos resultados, afirmando que em clima de punição se não consegue fazer tratamento ou obter compensação. Deste falso dilema se tem alimentado o insucesso terapêutico.

Falso dilema porque na realidade trata-se de um processo aleatório e à partida inavaliável: isto é, podemos ter uma pessoa numa comunidade terapêutica, ou mesmo numa escola, em que essa estadia é vivida como uma

punição, bem como encontramos pessoas no interior de um Estabelecimento Prisional que declaram obter resultados terapêuticos da sua reclusão.

Seja como for, a equipa multidisciplinar surge como um modo de ultrapassar a clivagem tratamento/punição. No seu seio e relativamente ao recluso o Técnico afirma-se como não portador de qualquer solução institucional e oferece-lhe independência técnica, segredo profissional, respeito pela liberdade de escolha do paciente, o direito a recusar tratamento, conjugado com o previsto no Código Penal e nos Códigos de Ética.» (Rodrigues da Silva, 1991)

E foi no trabalho conjunto e na aprendizagem com esses dois Mestres, Professores E.L. Cortesão e H. Rodrigues da Silva que, um dia refletindo sobre as Perícias de Comunicação, submetemos à discussão no «Encontro Científico com Clínicos Gerais» (C. Alves Gomes, Almada, 1991) uma breve Comunicação que designada então por «Três Regras Para Quem Trata ou Cuida de Pessoas».

8. TRÊS REGRAS PARA QUEM TRATA OU CUIDA DE PESSOAS

1. Para além das sociedades em que se inserem (e das leis vigentes, sempre em constante mutação e alteração) os *curadores* encarregados de pessoas em meios livres ou de contenção, sejam eles médicos ou outros, deverão integrar na sua práxis permanente a noção de que podem ser eles mesmos *meios transitivos de evolução* pessoas que cuidam, acompanham ou curam.

2. Como meios transitivos de evolução ou de cura, deverão os técnicos ter presente, pelo menos, duas tentações: (1) Esquecer que podem ser, naquele momento e naquela circunstância, *figuras de referência*, tanto para a maturação e a identificação, como para a sedução. O doente ou o recluso estão colocados, em princípio, numa posição dependente e subordinada; (2) Refugiar-se, nas rotinas tradicionais da «casa» e tornar-se «robot» inoperante.

Deverão antes e progressivamente aliar, na sua postura profissional, a disponibilidade possível,

a empatia, a compreensibilidade em direcção a uma aliança construtiva e/ou terapêutica (se esta se mostrar viável) com uma distância permanentemente aferida, a qual, em conjunto com as anteriores, é propiciadora de evolução.

3. Se for assim, a *função de meio transitivo sustinente*, do médico ou de outros técnicos: (1) Pode permitir que a cura ou a evolução do processo não implique dependência de parte a parte na praxis corrente; (2) Pode proporcionar melhorias significativas no processo em curso, seja no caso de doença, perturbação da conduta ou distúrbio da personalidade; (3) Pode permitir também um *duplo fenómeno propulsor* de auto-estima e de respeito mútuo, tanto em quem cuida como em quem é cuidado; (4) Podem enfim, propiciar que dessa interacção saiam mais fortes tanto o curador como o cuidado; cada qual na sua função e estágio de evolução.

BIBLIOGRAFIA

- Carvalho, H. (1991). Ser delinquente: Sintoma de Patologia da Personalidade?. *Temas Penitenciários*, 5-6-92.
- Cortesão, E.L. (1981). *Experiência Clínica no Tratamento de Estados Neuróticos e Psicóticos com Grupánlise e Psicoterapia Grupanalítica*. Lisboa: FCML.
- Cortesão, E.L. (1988a). Perícias de Comunicação. *Encontro Nacional sobre Saúde Mental em Ambiente Prisional*. CRJ, Dezembro de 1988, Lisboa.
- Cortesão, E.L. (1990). *Grupánlise, Teoria e Técnica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fortes, F. (1992). A Saúde Mental na Prisão. Com. II Encontro Nacacional S.M.M.P./C.E.J. 1991. *Temas Penitenciários*, 5-6-92.
- Gomes, A.A., Carvalho, A. & Cortesão, E.L. (1983). Atitude e Acção Terapêutica na Urgência e Crise em Pacientes Idosos em Psiquiatria e Saúde Mental. *Comunicação ao IV Congresso Português de Geriatria e Jornadas Luso-Espanholas de Geriatria. Jornal Policlínico*. Dezembro.
- Gomes, A.A., Cortesão, E.L. & Silva, E.S. (1986). *Psiquiatria, Neurologia e Saúde Mental na Práxis do Clínico Geral*. Lisboa: Ed. UCB.
- Gomes, A.A. (1987). O preso e as suas circunstâncias: Elementos para uma Atitude, Intervenção e Acção Terapêutica Diferenciada. *Conferência no GEP-Ministério da Justiça*, Maio de 1987. Lisboa: Ed. DGSP.

- Gomes, A.A. (1988). Sobre a Filosofia de um Serviço de Saúde Mental. *Encontro Nacional sobre Saúde Mental em Ambiente Prisional*. CEJ. Dezembro de 1988. Lisboa: Ciba-Geigy, Textos de Apoio.
- Gomes, A.A. (1988a). Prevenção e Acção Terapêutica na Área da Saúde Mental. *Encontro Nacional sobre Saúde Mental em Ambiente Prisional*. CEJ. Dezembro de 1988. Lisboa.
- Gomes, A.A. (1992). Para Além da Relação Médico-Doente. Elementos de Perícias de Comunicação. *Temas Penitenciários*, 5-6-92.
- Silva, H.R. (1977). Análise da (dis)posição esquizoparanóide da equipa e seus reflexos. *Grupanálise*, 2.
- Silva, H.R. (1985). Aspectos Psicossociodinâmicos e Biológicos em Psiquiatria Forense. *Dissertação de Doutoramento*. Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.
- Silva, H.R. (1988). Sistema Psiquiátrico e Sistema Prisional. *Comunicação no 14.º Aniversário do Hospital Miguel Bombarda*. Lisboa, Nov. 1988.
- Silva, H.R. (1988a). Um Modelo de Interpretação do Sistema Prisional. *Encontro Nacional sobre Saúde Mental em Ambiente Prisional*. CEJ, Dezembro de 1988, Lisboa.
- Silva, H.R. (1991). Criminologia Clínica: O Estado da Arte em Portugal e na Europa. *Notícias Médicas supl.* 1965, 18-3-91.

RESUMO

O autor expõe neste artigo as características bio-psico-sociais e culturais da criminogénese, bem como a intervenção multidisciplinar no meio prisional português e a investigação científica que aí se desenvolve. São ainda focados a articulação com o Sistema Na-

cional de Saúde (continuidade de cuidados, psiquiatria de sector) e uma revisão comparativa sobre a Psicopatologia e a Saúde Mental em Portugal e no estrangeiro.

Por último, o autor aborda a psicoterapia institucional e as modificações da técnica.

RESUME

L'auteur expose dans cet article les caractéristiques bio-psycho-sociales et culturelles de la criminogénese aussi bien que l'approche multi-disciplinaire dans le milieu pénitentiaire portugais et la recherche scientifique qui y prend place. L'articulation avec le Système National de Santé (continuité de soins, psychiatrie de secteur) et une révision comparée des milieux pénitentiaires portugais et étrangers, en matière de psychopathologie et santé mentale, sont aussi abordés.

Finalmente, l'auteur entame une discussion à propos de la psychothérapie institutionnelle et les modifications de la technique.

ABSTRACT

The author put forward in the present article the bio-psycho-social and cultural characteristics of crime-genes, as well as the multidisciplinary intervention in the portuguese prisons, and the research developed in these settings. The bridges with the National Health System (care continuity and sector psychiatry) and a comparative review of psychopathology and mental health studies in Portugal and other countries is also presented.

In the last part of the article the author elaborates concepts of institutional psychotherapy and modifications of the techniques associated to it.



INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

Torne-se leitor da Biblioteca do ISPA

(Rua Jardim do Tabaco, n.º 44, 1100 Lisboa, Telef. 886 31 84/5/6)

Últimas publicações periódicas recebidas:

- **ACCIDENT ANALYSIS AND PREVENTION** — Vol. 25(2), 1993
- **ACTES DE LA RECHERCHE EN SCIENCES SOCIALES** — Vol. 96-97, 1993
- **ADMINISTRATIVE SCIENCE QUARTERLY** — Vol. 38(1), 1993
- **AMERICAN JOURNAL OF COMMUNITY PSYCHOLOGY** — Vol. 20(6), 1993
- **AMERICAN PSYCHOLOGIST** — Vol. 48(1), 1993
- **ANÁLISE SOCIAL** — N.º 118-119, 1992
- **ANNEE PSYCHOLOGIQUE** — Fasc. 4, 1992
- **ANUARIO DE PSICOLOGIA** — N.º 56, 1993
- **AUSTRALIAN JOURNAL OF EDUCATION** — Vol. 37(1), 1993
- **BEHAVIORAL AND BRAIN SCIENCES** — Vol. 16(1), 1993
- **BOLETIN DE PSICOLOGIA** — N.º 38, 1993
- **BRITISH JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY** — Vol. 32(2), 1993
- **BRITISH J. OF DEVELOPMENTAL PSYCHOLOGY** — Vol 11(1), 1993
- **BRITISH JOURNAL OF EDUCATIONAL PSYCHOLOGY** — Vol. 63(1), 1993
- **BRITISH JOURNAL OF PSYCHOLOGY** — Vol. 84(2), 1993
- **BRITISH JOURNAL OF SOCIAL PSYCHOLOGY** — Vol. 32(1), 1993
- **BULLETIN DE PSYCHOLOGIE** — N.º 411, 1993
- **CADERNOS DE CIÊNCIAS SOCIAIS** — N.º 11/12, 1993
- **CAHIERS DE PSYCHOLOGIE COGNITIVE** — Vol. 12(5-6), 1992
- **CANADIAN JOURNAL OF REHABILITATION** — Vol. 6(3), 1993
- **CHILD DEVELOPMENT** — Vol. 64(2), 1993
- **COGNITION** — Vol. 47(2), 1993
- **COGNITION AND EMOTION** — Vol. 7(3-4), 1993
- **COGNITION AND INSTRUCTION** — Vol. 9(4), 1992
- **COGNITIVA** — Vol. 4(1), 1992
- **COGNITIVE THERAPY AND RESEARCH** — Vol. 17(2), 1993

HORÁRIO: das 10.00h às 14.00h e das 15.30h às 20.30h