



**ISPA**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

A PESSOA RECLUSA EM CONTEXTO  
PRISIONAL: AGRESSIVIDADE, SINTOMAS  
PSICOPATOLÓGICOS E APOIO SOCIAL

Sofia Gomes

Orientador e Coordenador de Seminário de Dissertação:  
Professora Doutora Judite Corte Real

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:  
**MESTRE EM PSICOLOGIA**  
Especialidade em Psicologia Clínica

2012

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Dr.<sup>a</sup> Judite Côrte-Real, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para a obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer a colaboração de todos os participantes desta investigação.

Agradeço ao Ministério da Justiça de Madrid pela autorização concedida para o desenvolvimento e concretização da presente investigação.

Agradeço a todos os assistentes sociais e educadores do centro penitenciário e especialmente à Dr.<sup>a</sup> Raquel Jimenez e à Dr.<sup>a</sup> Miriam, pela ajuda constante, durante o processo de recolha para o desenvolvimento deste estudo.

À Dr.<sup>a</sup> Victoria Ferrer, da UIB, a minha gratidão por me ajudar em tudo o que fosse necessário para a realização de pesquisas de material para o meu estudo em Palma de Mallorca.

Ao Prof. Doutor António Pires por permitir que este projeto fosse realizado em Espanha, pela sua eficiência e rapidez em preparar o necessário para que pudesse ser desenvolvido.

À Prof. Doutora Judite Corte Real pela ajuda incondicional que me deu durante todo o processo de desenvolvimento e conclusão deste trabalho, por toda a força, persistência e coragem que me incutiu quando as forças estavam fracas e sem grande esperança, permitindo que este sonho se tornasse em realidade.

Do fundo do coração agradeço à minha mãe, ao meu padrinho e à minha irmã, por me ensinarem o que é a vida, a ter uma força sem limites e a nunca desistir. Devido ao vosso apoio incondicional, tendo alcançado os meus objetivos. Obrigado. AMO-VOS.

Ao meu pai, que apesar da sua presente ausência, me incutiu princípios que me ajudaram a crescer “Só quem planta boas sementes hoje, poderá colher frutos positivos amanhã”. AMO-TE.

À minha avó, que apesar de não estar entre nós, estará para sempre presente no meu coração. Por todo o carinho e amor que nos demos enquanto a vida permitiu.

Aos meus sobrinhos que são lindos e apenas com os seus sorrisos e as palavras amo-te, me fazem caminhar em frente e encarar a vida positivamente. AMO-VOS.

Ao Miki, por ser o meu companheiro nos bons e maus momentos, por me dar força e coragem para enfrentar tantos obstáculos. Obrigado por pertenceses à minha vida, me amares e teres tido tanta paciência... TE QUIERO.

Ao Paulo e ao César por me apoiarem, pelo amor que me dão e por serem parte da minha vida.

Às minhas grandes amigas, Ana, Paulinha e Mana, por estarem constantemente ao meu lado, por partilharmos tantas alegrias e tristezas, apoiarem-me quando o chão parece fugir dos meus pés. OBRIGADO por serem mais que amigas.

Ao meu grande amigo Xande, por ter feito parte principalmente, da minha adolescência maravilhosa e por ainda hoje seguir ao meu lado.

Agradeço à Yolanda e ao Sr.º Miguel, pelo amor, pelo apoio incondicional, pela coragem constante que me dão e por acolherem-me como um membro mais da vossa família. Gracias, por haber entrado en mi vida.

A todos os meus amigos ispianos e não ispianos por fazerem parte da minha vida, pelo carinho, por apoiarem e respeitarem as minhas decisões e comportamentos. Um muito obrigado.

## ÍNDICE

Artigo de Revisão de Literatura: A Pessoa Reclusa em Contexto Prisional: Agressividade, Sintomas Psicopatológicos e Apoio Social	1
Resumo	2
Abstract	3
Introdução	4
1. A Pessoa Reclusa em Contexto Prisional	4
1.1. Considerações Gerais	4
1.2. Adaptação ao Meio Prisional	7
1.3. Quadros Clínicos no meio Prisional	9
1.3.1 Sintomas Psicopatológicos	9
1.3.2 Delinquência	13
2. Agressividade	16
2.1. Conceitos	16
2.2 Perspetivas Psicopatológicas	18
2.3 Agressividade em Contexto Prisional	22
3. Contributos da Psicologia Clínica no meio carcerário	23
4. Apoio Social	25
4.1 Definição	25
4.2 Importância da Rede Social	26
4.3. Perspetivas Teóricas	27
Conclusão	30
Referências Bibliográficas	31
Artigo empírico: A Pessoa Reclusa em Contexto Prisional: Agressividade, Sintomas Psicopatológicos e Apoio Social	42
Resumo	43
Abstract	44
Introdução	45
Questões de Investigação	51

Método	52
Participantes	52
Instrumento	56
Procedimentos	61
Resultados	63
Discussão	99
Referências Bibliográficas	112
Anexos	119
Anexo A: Pedido de Autorização para a realização do estudo no Centro Penitenciários	120
Anexo B: Termo de Responsabilidade de Confidencialidade de dados	121
Anexo C: Pedido de Consentimento Informal aos Indivíduos Reclusos	122
Anexo D: Pedido de Autorização para verificar o Processo Interno dos dos Indivíduos Reclusos	123
Anexo E: Questionário Sociodemográfico	124
Anexo F: Entrevista	125
Anexo G: Questionário SCL-90-R	126
Anexo H: Questionário NSSQ	134
Anexo I: Notas Brutas (N), Percentis (Pc) e Notas T (T) para as dimensões e Índices do SCL-90-R	141
Anexo J: Frequências absolutas (N) e Percentagens para as respostas dos participantes nas questões do SCL-90-R	142
Anexo L: Medianas do grau de satisfação dos participantes em cada uma das variáveis apresentadas por elementos de relação	147

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Frequências absolutas (n) e relativas (%) para as variáveis sociodemográficas	53
Quadro 2 - Frequências absolutas (n) e relativas (%) para as variáveis de comportamento dos participantes	53
Quadro 3 - Percentagens das Categorias encontradas nas respostas à Área Temática “Estratégias Utilizadas”, segundo o nº total de participantes	65
Quadro 4 - Percentagens das Categorias encontradas nas respostas à Área Temática “Atribuições Causais/Fatores Desencadeantes do Recurso à Força Física”, segundo o nº total de participantes	66
Quadro 5 - Percentagens das Categorias encontradas nas respostas à Área Temática “Finalidade/Intenções do Recurso à Força Física”, segundo o nº total de participantes	68
Quadro 6 - Percentagens das Categorias encontradas nas respostas à Área Temática “Conceito Ser Agressivo”, segundo o nº total de participantes	70
Quadro 7 - Percentagens das Categorias encontradas nas respostas à Área Temática “Estratégias Individuais Utilizadas”, segundo o nº total de participantes	72
Quadro 8 - Percentagens das Categorias encontradas nas respostas à Área Temática “Atribuições Causais/Fatores Desencadeantes do Comportamento Individual Agressivo”, segundo o nº total de participantes	74
Quadro 9 - Percentagens das Categorias encontradas nas respostas à Área Temática “Finalidade/Intenções do Comportamento Individual Agressivo”, segundo o nº total de participantes	76
Quadro 10 - Percentagens das Categorias encontradas nas respostas à Área Temática “Tipo de Agressão Mais Comum”, segundo o nº total de participantes	77

Quadro 11 - Percentagens das Categorias encontradas nas respostas à Área Temática “Autopercepção de Ter Sido Vítima de Agressão”, segundo o nº total de participantes	78
Quadro 12 - Percentagens das Categorias encontradas nas respostas à Área Temática “Estratégias/Ações/Medidas que Poderão Minimizar o Recurso à Agressividade no Estabelecimento Prisional”, segundo o nº total de participantes	80
Quadro 13 - Médias (M), Desvios Padrão (DP), Percentis e Pontuações T (T) para as Dimensões Sintomáticas e Índices Globais da SCI 90-R, Percentis e Notas T	81
Quadro 14 - Matriz de correlações de Pearson entre as dimensões sintomáticas e Índices Globais da SCI 90-R	84
Quadro 15 - Correlações de Pearson entre Tempo de condenação e idade e as dimensões sintomáticas e Índices Globais da SCI 90-R	85
Quadro 16 - Análises Univariadas Mann-Whitney (M-W) das Dimensões e Índices da SCL- 90-R relativas à escolaridade	86
Quadro 17 - Análises Univariadas Qui-Quadrado para a relação entre as variáveis Escolaridade e TSP	87
Quadro 18 - Análises Univariadas Kruskal-Wallis (K-W) das Dimensões e Índices da SCI 90-R relativas ao estado civil	88
Quadro 19 - Pontuações atribuídas a cada um dos níveis de apoio	89
Quadro 20 - Correlações de Spearman entre Número de elementos da rede de apoio social, Grau Médio de Apoio, Tempo de condenação e Idade	90
Quadro 21 - Análises Univariadas Mann-Whitney (M-W) para a comparação do Número de elementos da rede de apoio social e Grau Médio de Apoio por escolaridade	90
Quadro 22 - Análises Univariadas Kruskal-Wallis (K-W) para a comparação do Número de elementos da rede de apoio social e Grau Médio de Apoio por escolaridade	91
Quadro 23 - Correlações de Pearson entre Número de elementos da rede de apoio social, Grau Médio de Apoio e Índices Globais da SCI 90-R	92

Quadro 24 - Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o tipo de elementos da rede social dos participantes	93
Quadro 25 - Distribuição do tempo de conhecimento com os elementos da rede social	95
Quadro 26 - Distribuição frequência de contacto com os elementos da rede social	96
Tabela 27 - Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a perda de relações devido a mudança de trabalho, divórcio, morte ou alguma outra razão	97
Quadro 28 - Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a quantidade de apoio que prestada pelo elemento da rede de relações perdido	98

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição do tempo de condenação em meses	55
Gráfico 2 - Distribuição dos participantes em percentagem do Tempo de Permanência no Estabelecimento Prisional	55
Gráfico 3 - Distribuição da variável Total de Sintomas Positivos por categoria	83
Gráfico 4 - Distribuição do número de elementos da rede social de apoio	92
Gráfico 5 - Frequências absolutas da perda de relações dos participantes	97

**ARTIGO DE REVISÃO DE LITERATURA**

**A Pessoa Reclusa em Contexto Prisional: Agressividade, Sintomas Psicopatológicos  
e Apoio Social**

## RESUMO

Neste estudo tenta-se averiguar relação entre a agressividade, os sintomas psicopatológicos e o apoio social da pessoa reclusa, em contexto prisional. A adaptação ao meio prisional é um processo complexo a nível psicológico, a pessoa reclusa está continuamente sujeita ao controle espacial e temporal, às regras e rotina prisional, tendo também de aceitar normas e valores do sistema e subcultura carcerária, como estratégia de sobrevivência. Existem diversos tipos de sintomas psicopatológicos na pessoa reclusa, por vezes associados ao consumo de estupefacientes, falta de controlo da agressividade e de liberdade. Os comportamentos agressivos podem surgir como uma forma de defesa ou estratégias de sobrevivência, constituindo para esta população respostas habituais face aos obstáculos impostos pelo meio. Neste contexto, o apoio social é de grande importância, no sentido da satisfação de necessidades humanas básicas, não apenas a nível psicológico, como também económico (precisa-se de dinheiro na prisão para comprar produtos higiénicos, alguma comida extra e poder negociar produtos com os companheiros).

Parece-nos importante compreender os fatores associados a comportamentos de agressividade, nomeadamente a sintomatologia psicopatológica, assim como verificar a qualidade do apoio social recebido, de forma a refletir sobre intervenções ou tratamentos psicológicos em contexto prisional, que possam corresponder às necessidades de desenvolvimento e integração social das pessoas reclusas.

**Palavras-Chave:** Agressividade, Prisão, Reclusos, Violência, Delinquência, Rede Social, Apoio Social, Agressão

## **ABSTRACT**

This study aims to assess the relationship between aggressiveness, psychopathological symptoms and social support from a person imprisoned. The adaptation to prison environment is psychologically complex; the prisoner is continuously subjected to spatial and temporal control, to rules and to a strict prison routine, whilst having to accept the norms and values of the system and prison subculture, as a survival strategy. There are various types of psychopathological symptoms in prisoners, sometimes associated with drug use, lack of anger management and lack of freedom. These aggressive behaviours may emerge, as a normal response, due to the constraints imposed, as a form of defence or survival strategy. In this context, social support is of great importance towards the satisfaction of basic human needs, not only psychologically but also economically (one needs money in prison to buy sanitary products, any extra food and to negotiate with the companions).

It is important to understand the factors associated with aggressive behaviours, including psychopathological symptoms, as well as to analyse the quality of the social support received, for psychological interventions or treatments used during incarceration, in order to accurately assess the needs of development and social integration of inmates.

**Keywords:** Aggression, Prison, Prisoners, Violence, Delinquency, Social Network, Social Support, Anger.

## INTRODUÇÃO

Vários estudos referem que a população em meio prisional apresenta índices elevados de perturbações e doenças mentais, frequentemente associados, a explosões de agressividade ou mesmo a descompensações do tipo psicótico, entre outras alterações (Gonçalves, 1999). Este estudo tem como objetivo abordar a agressividade na prisão, tendo em conta os sintomas psicopatológicos e apoio social das pessoas reclusas.

Uchino, Cacioppo e Kiecolt-Glaser (1996), referem que os relacionamentos sociais exercem um papel fundamental na vida do indivíduo cumprindo importantes funções nas dimensões social, psicológica e comportamental; neste sentido o apoio social surge-nos como um fator importante a considerar para melhorar as condições de vida das pessoas reclusas.

Neste trabalho começamos por apresentar um artigo de revisão de literatura, onde se reflete sobre o meio prisional, a adaptação de pessoas reclusas, agressividade, quadros clínicos prevalentes, apoio social e sua importância na saúde mental do indivíduo.

Na segunda parte iremos desenvolver um artigo empírico; após uma introdução teórica, apresentaremos o método adotado (incluindo a caracterização do grupo de participantes, questionários utilizados e procedimento de recolha de dados) e seguidamente os resultados obtidos e sua interpretação ou discussão.

### **1. A PESSOA RECLUSA NO CONTEXTO PRISIONAL**

#### **1.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS**

Foucault (1999) define a prisão como um “espaço fechado, recortado, vigiado em todos os seus pontos, onde os indivíduos estão inseridos num lugar físico, os seus menores movimentos são controlados e todos os acontecimentos são registados” (p.41). Baratta (1990), refere que os muros da prisão representam uma violenta barreira que separa a sociedade de uma parte de seus próprios problemas e conflitos.

Goffman (1999) acrescenta que a prisão, é uma instituição com uma completa tendência totalizadora e absorvente de todos os aspectos da vida pessoal e social dos reclusos, coexistindo vários grupos: vigilantes, internos e um organizacional ou administrativo.

No meio prisional, todas as atividades são reguladas, as interdições variadas e a vigilância é constante. Há regras, horários a cumprir nos espaços de convívio, isolamento, visitas controladas, etc., existe uma autoridade formal institucionalizada, ou seja, “toda a atividade quotidiana do indivíduo é submetida a uma regulamentação, estritamente programada e planificada” (Carvalho, 2003).

No contexto prisional, verifica-se também uma autoridade disciplinar que contribui para a criação de uma hierarquia informal, constituída pelas diferentes posições que os reclusos ocupam numa escala de autoridade (Carvalho, 2003); isto poderá significar, que cada recluso é socializado com base no código de valores específico da prisão e dos reclusos, assimilando-os para se adaptar eficazmente a essa organização social (Gonçalves, 1999). Segundo Palma (2003), no ambiente prisional, os reclusos não evocam a sua vida em momento algum, abordar determinados temas é quase impossível, tal como falar dos conflitos da sua vida, pois para o recluso, evocar a sua história é revivê-la e por isso existe resistência em fazê-lo. Mostrar as suas próprias fraquezas pode ser perigoso, as confissões de temas delicados são sempre penosas e às vezes extraídas à força.

Seja qual for a finalidade da pena de privação de liberdade de um indivíduo, é importante frisar que o encarceramento é como refere Moreira (1994), “sempre um ato de coerção, pois a detenção é, por natureza, não voluntária e a prisão tem sido, desde sempre, um mundo fechado sobre si. Nela, toda a informação é tida como um segredo e obrigada a circular por canais próprios que a deformam e onde tudo se regula ao abrigo dos olhos e ouvidos indiscretos da sociedade envolvente”. No entanto, refletindo a evolução da sociedade como um todo, o sistema prisional não tem deixado de sofrer substanciais transformações ao longo do tempo, na forma como encara e entende que deve concretizar a sua função social. Nos anos 60 e 70 do século XX, o sistema prisional e a reclusão começam a ser encarados sob uma perspetiva científica, com a introdução de novos métodos, inspirados nas ciências comportamentais, que deram origem aos serviços de antropologia, de psicologia e de sociologia nas prisões. Finalmente, mais tarde, surgem as intervenções específicas individuais e em grupo com o objetivo principal de provocar uma mudança de atitudes e de comportamentos nos reclusos. (Marques, 2010).

Cunha (2008), defende que o sistema prisional está cada vez mais «aberto», ou seja, procura e é levado cada vez mais a reduzir o isolamento a que a população reclusa está sujeita, em relação à sociedade. Esta maior abertura da prisão tem suscitado algumas questões

em relação ao carácter punitivo da prisão, opondo-se a este respeito a perspectiva, de «normalização». De acordo com a primeira, a prisão deve procurar recriar tanto quanto possível aspetos essenciais da vida em sociedade (afetividade, vida sexual, educação, etc.), para que o recluso tenha acesso às mesmas oportunidades dos cidadãos livres e mantenha sempre um vínculo que facilite a sua reintegração social após o cumprimento da pena, em relação à segunda esta defende que as diferenças entre mundo prisional e mundo livre não podem ser reduzidas, de tal forma que o indivíduo se esvazie das suas funções punitivas e perca o seu efeito dissuasor relativamente ao comportamento desviante (Marques, 2010).

A situação socioeconómica dos reclusos é muito precária, podendo-se dizer, de forma geral, que a maioria procede de classes sociais desfavorecidas, cujos indicadores sociais, culturais, económicos e educativos podem ser definidos por características como: famílias numerosas e geralmente desestruturadas ou pouco estruturadas; escassa escolarização; alto índice de fracasso escolar; deficiente qualificação profissional; ausência de hábitos laborais; baixo nível de socialização, etc. de um modo geral foram trabalhadores não qualificados, ocasionais e mal remunerados. É frequente informarem que trabalhavam como ajudante de pedreiros, pintores, canalizadores e alguns até sem profissão alguma (Palma, 2003).

Segundo Palma (2003), o grau de instrução da população carcerária é geralmente seriamente comprometido pelo alto índice de portadores de transtornos cognitivos, verificando-se uma redução da capacidade de assimilar e adquirir informações, armazená-las, combiná-las, classificá-las e utilizá-las oportunamente. Gonçalves (1993<sup>b</sup>), define o recluso no meio prisional, referindo tratar-se de um grupo de indivíduos que são obrigados a viver em determinadas condições de espaço e clima social, por um tempo igualmente determinado. Esta população encontra-se nessa situação, não por sua vontade própria mas porque outrem (a polícia, os tribunais, a sociedade) assim decretaram. Trata-se de indivíduos que, na maior parte dos casos, provêm dos estratos mais desfavorecidos da população geral, com modos de pensar e agir determinados pelas vicissitudes culturais e económicas próprias dessas camadas sociais.

Crespo (2007), refere que os internos dentro da prisão crêem numa subcultura que dirige e regula as suas vidas em três aspectos determinados: a relação entre eles, a administração da prisão e as visitas.

## 1.2. ADAPTAÇÃO AO MEIO PRISIONAL

No contexto prisional, falar de adaptação é referir-se à capacidade que o indivíduo tem para identificar e lidar com as regras que o orientam, quer através da sua aceitação e eventual integração ou afrontando-as / recusando-as diretamente. Ao estudar o sistema prisional, parece-nos de grande importância debruçarmo-nos sobre os mecanismos adaptativos, na forma como cada indivíduo recluso encara o cumprimento da sua pena.

Para Ireland, Brown e Ballarini (2006), o desenvolvimento do eu na prisão começa logo no início, quando a pessoa reclusa entra e cede completamente ao peso institucional, fundindo-se com os desígnios da instituição e dos companheiros, para que depois possa caminhar no processo da sua autonomização e situar-se dentro desse mundo como um indivíduo diferenciado dos outros.

Os primeiros meses de vida do ser humano revelam-se fundamentais para uma interiorização de bons e maus afetos, de bons e maus objetos; para Gonçalves (1999), o indivíduo terá de aceitar que a frustração é estruturante porque é socializante e socializar-se é, sobretudo, aprender a noção de limite, entre o que é permitido e o que não é permitido, entre o que trará boas e más consequências. O processo altruísta e comportamento relacional deverão substituir o egocentrismo e onipotência dos atos.

Segundo Gonçalves (1999), adaptar-se é ser capaz de perceber, sentir e agir como um ser humano entre outros seres, no meio social, ponderando as consequências das atitudes e os comportamentos que se adotam no quotidiano; o sujeito desviante ou patológico é aquele que permanece centrado sobre si mesmo e cujos comportamentos assentam sobre esse modo de se ser e estar na vida.

Basicamente as normas regem a vida dos indivíduos reclusos, constituindo preceitos tomados em conta para assegurar a sobrevivência do total dos internos ou pelo menos, dos que têm o poder entre eles. Nas prisões estabelece-se, por um lado, os parâmetros que definem as maneiras de actuar dos internos e por outro lado, representam símbolos específicos que guardam um alto significado de respeito para as pessoas reclusas (Marques, 2010).

Cordillia (1987) afirma que o principal problema sentido pelos indivíduos reclusos é a adaptação entre os próprios, devido à rejeição, relacionamento geral com os companheiros, dificuldades em estabelecer amizades, associado ao facto de sentirem medo uns dos outros. Goffman e Sykes, salientam apenas os efeitos deletérios do

encarceramento, referindo os problemas de despersonalização, da perda de autoestima, a criminalização, etc. (Goffman,1983; Sykes,1958).

Piaget (1975), salienta o conceito de adaptação, através da sua descrição do funcionamento intelectual, com o recurso aos mecanismos de assimilação e acomodação; postulou que a constância e permanência do objeto é progressivamente atingida quando a criança se afasta da sua posição egocêntrica, ou seja, os processos de assimilação e acomodação vão evoluindo em função de esquemas cada vez mais complexos e também ao mesmo tempo mais equilibrados, dando assim origem a estruturas adequadas de representação mental do real. Este é um modelo importante para se entender o desenvolvimento cognitivo e a progressiva apropriação por parte de um ser em crescimento, dos conteúdos físicos e sociais com que se vai defrontando.

Mahler (1986), no domínio das relações objetais precoces, por seu lado, refere no plano afetivo, a importância do desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida; neste contexto refere que a criança aprende a posicionar-se afetiva e emocionalmente, na medida em que ultrapassa a fase simbólica, através do desligamento progressivo em relação à figura da mãe, adquirindo autonomia objetal, no meio interpessoal, dando e recebendo gratificações.

Goffman (1986), no universo das instituições, apresenta-nos formas globais de adaptação que o indivíduo recluso adota face à sua entrada para o universo prisional. O sujeito é mergulhado num meio em que todo o seu sentido de identidade e toda a sua autonomia desaparecem no anonimato das celas, de falta de liberdade, a instituição tem as suas normas, horários rigorosos, que estão sob vigilância de um outro grupo de pessoas externas ao indivíduo, de certa forma pode-se dizer que o efeito do encarceramento pode destruir aquilo que foi conseguido no processo de individuação do sujeito, dada a sua constância e dinâmica como objeto entre objetos, ou seja, as estratégias adaptativas colocadas em ação quer globalmente quer por “ajustamentos secundários” tendem para, uma espécie de combinação onde, dar um sentido à existência para lá dos muros, contribui para a preservação de um núcleo identificatório próprio, com o reconhecimento implícito da condição objetal do indivíduo. A entrada na prisão pode constituir assim o primeiro passo para desencadear um processo de regressão, mediatizado por variáveis importantes tais como o facto de ser ou não ser reincidente, iniciando-se uma fase simbiótica e de não conhecimento dos objetos para além da ação imediata sobre eles (Gonçalves, 1999). No domínio da psicologia tem-se demonstrado que embora as diferenças entre os indivíduos possam suscitar a agressividade, a falta de diversidade cria também tensões, pois o Homem tem sem dúvida, uma enorme

necessidade vital de diferenças. Lévi-Strauss (1960), refere que “A tolerância interna é a condição da tolerância face ao outro, podendo-se dizer que o encontro consigo mesmo supõe o diálogo com outros, do mesmo modo que o encontro com os outros passa pelo diálogo consigo mesmo” (p.197).

### 1.3. *QUADROS CLÍNICOS NO MEIO PRISIONAL*

#### 1.3.1. SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS

Para Gonçalves (1999), num Sistema Penitenciário existem vários quadros clínicos, incluindo diversos sintomas psicopatológicos, destacando-se entre os principais os transtornos psíquicos e psicossomáticos, com origem em sintomas associados a transtornos somatoformes.

Perelberg (2004), no seu trabalho “Narcissistic Configurations: violence and its absence in treatment”, destaca também a importância da patologia do narcisismo na conduta potencialmente violenta e criminosa. Indivíduos com esta patologia podem ter tido, em etapas iniciais da sua vida, experiências de severa privação associadas a ambientes de negligência, abandono, separação e desespero, expressando subsequentemente tentativas de, agredir esses objetos, exteriorizando-as na realidade, materializando-as em atos de delinquência, roubos, assassinatos ou tentativas de homicídio.

Damáσιο (2003), a capacidade de corretamente reconhecer as emoções como uma importante competência social, potenciando o indivíduo a responder de forma adequada ao meio.

A alexitimia manifesta-se por uma marcada dificuldade em usar a comunicação verbal apropriada para expressar e descrever emoções, entender o que a outra pessoa está a sentir e partilhar sentimentos, bem como uma dificuldade para diferenciar com precisão as sensações corporais (Souto, 2000). A falta de consciência das próprias emoções em situações geradoras de *stress* faz com que os indivíduos alexitímicos resolvam estas situações passando ao ato ou somatizando (Fernandes & Tomé, 2001).

Dados os alexitímicos exibirem falta de empatia ou défice em compreender e experienciar as emoções dos outros., manifestam competências sociais reduzidas, dificuldade

em experimentar prazer nas interações sociais e interpessoais (Kroner & Forth,1995), em estabelecer relações interpessoais, em formar e manter relações próximas (Lumley, Ovies, Stettner, Wehmer & Lakey,1996). Desta forma, a alexitimia poderá ser considerada como um fator de vulnerabilidade para o comportamento desviante, na medida em que as dificuldades na identificação e expressão das emoções podem contribuir para despoletar comportamentos impulsivos, nomeadamente violentos (Zimmermann, 2006)

Gonçalves (1999), identifica seis grupos de patologias, às quais correspondem determinados conjuntos de sintomas: perturbações psicossomáticas de tonalidade ansiosa, depressivas, psicóticas, hipocondríacas e perturbações do comportamento. Marques (2010), salienta que, no meio prisional, estas patologias coexistem com problemas associados ao álcool, ao consumo de estupefacientes, à falta de controlo da agressividade e a muitos outros tipos de problemas de comportamento desajustado.

### **Transtornos Psíquicos**

Gonçalves (1999), refere que o conceito de neurose e o seu domínio são extensos, não podendo serem estabelecidos com precisão e as denominações e subtipos estão sujeitos a discussão.

O quadro clínico da neurose está ligado a uma estrutura pessoal, onde a fixação pulsional ou as defesas utilizadas originam situações de sofrimento psíquico, em que não há uma rutura profunda com a realidade. A personalidade pode não se ver comprometida no seu global, visto que o individuo pode compreender e identificar-se (Palma, 2003).

Entre os critérios para se distinguir a neurose da condição “normal” incluem-se critérios estatísticos (norma é a tendência geral do grupo como um todo e anormal é o desvio da média) de contexto social (existe uma conduta esperada segundo um consenso estando a normalidade ligada à conformidade com os valores do grupo) e de sofrimento, que evoca o fator subjetivo associado à intensidade (Freud, 1972).

Entre os reclusos tem-se evidenciado quadros clínicos assimilados às neuroses, como os de síndrome de pânico, transtorno de conversão, fobias e transtorno obsessivo-compulsivo. Gonçalves (2007), refere também traços de deficiência cognitiva, transtornos de personalidade e de comportamento, impulsividade, ansiedade, deficiência verbal, intoxicações crônicas, transtornos do desenvolvimento e sequelas de traumatismo craniano.

Alguns dos sintomas referidos quando instalados, limitam gravemente o funcionamento do individuo e a sua interação com o ambiente, gerando novos conflitos, que se podem

manifestar em comportamento autoagressivos (em casos extremos, automutilação), reações agressivas desproporcionais para com os outros (por vezes ataques físicos potencialmente fatais), negligência total a si próprio (que se estende ao asseio corporal, alimentação, tratamentos, etc.), distúrbios sexuais, agitação delirante (muito frequente no caso de abstinência de drogas) e transtornos do humor e da afetividade (Gonçalves, 2007).

Zamble e Porporino (1988), realizaram um estudo pormenorizado sobre a adaptação à prisão, onde registaram, a ansiedade, depressão e problemas de autoestima. Após vários anos, os autores concluíram que a ocorrência de distúrbios emocionais e os problemas adaptativos eram uma realidade presente em quase todos os reclusos no início da sua pena, mas que esta se dissipava à medida que os sujeitos se “acostumavam” à rotina prisional. O fenómeno da adaptação à prisão surge como um produto de encadeamento de fatores; os contributos da Psicologia Clínica, da psicologia social e do ambiente são fundamentais para perceber e ajudar os indivíduos reclusos neste âmbito.

A ansiedade e a depressão são duas grandes patologias de adaptação nas prisões. Ambas podem evidenciar-se acopladas a distúrbios psicossomáticos ou de carácter hipocondríaco, mas a ansiedade pode potenciar com mais frequência explosões de agressividade auto ou heterodirigidas, enquanto que a depressão pode desencadear descompensações de tipo psicótico, alteração de imagem de si mesmo ou eclosão de delírios associados a um determinado número de medos, de ideação paranoide, ou mesmo, tentativa de suicídio (Gonçalves & Vieira, 1995).

### **Transtornos Somatoformes**

Além da frequência de quadros clínicos associados à ansiedade e depressão, observam-se também transtornos somáticos, em contexto prisional.

Os transtornos Somatoformes podem ser considerados psicorreativos, ou seja, aparecem sempre como uma reação a algum evento de vida, a alguma emoção, trata-se de uma resposta do orgânico a uma vivência traumática. A somatização é a representação da realidade vivenciada penosa, desagradável ou traumática, reprimida para o inconsciente sendo a sua energia psíquica deslocada para alguma zona do corpo, convertendo-se em sintoma; nesses casos não existem lesões orgânicas, embora sempre exista sofrimento, queixas conversivas ou alterações funcionais não associadas a aspetos anatómicos e fisiológicos do organismo. A

presença de sintomas somáticos, frequentemente não constitui, por si só nenhuma doença psiquiátrica; a somatização pode catalogar-se como um problema médico, quando o indivíduo atribui esses sintomas a uma doença orgânica e procura um diagnóstico e um tratamento médico de forma persistente, apesar das reafirmações dos médicos, no sentido de que não tem nenhuma doença física grave que esteja a produzir os sintomas (Campayo, 2007).

A diferença entre os Transtornos Somatoformes e as Doenças Psicossomáticas está no fato destas últimas comportarem, juntamente com a queixa, alguma alteração orgânica constatável clinicamente, o mesmo não acontecendo na somatização, podendo agravar-se por razões emocionais (Ballone, 2011).

### **Transtornos Psicossomáticos**

Nestes transtornos procura-se distinguir o caminho inverso de outros transtornos: a doença que se inicia nas emoções, sejam estas expressas claramente ou estejam recalcadas, sem acesso direto (Gonçalves, 1999).

Freud (1972) associou as doenças psicossomáticas, a questões emergentes de traumas, angústia ou pulsão de morte.

Grodeck (1970), propõe interpretações da conexão entre a emoção e o sintoma, baseando a sua teoria num continuum psíquico e somático, onde a doença do corpo veicula um desejo e dá forma a uma ansiedade.

As doenças psicossomáticas são por vezes chamadas funcionais, quando não há uma lesão capaz de justificar as queixas; podem ser consideradas pseudo-doenças, podendo os seus sinais serem vagos e isolados, tais como palpitações, indigestão, diarreia, dores migratórias, náuseas, fraqueza num ou mais membros, tremores, etc. (Palma, 2003). Os quadros clínicos começam a tomar corpo como psicossomáticos, quando as queixas físicas começam a associar-se à ansiedade, angústia ou depressão (Gonçalves, 2007).

A hipocondria, é um quadro, que resulta de uma dinâmica psíquica que se apodera do corpo ou de um dos seus órgãos; é vivida pelo indivíduo como uma doença indiscutível do corpo, que lhe causa um enorme sofrimento, crónico e tenaz. Estes sintomas não cedem aos tratamentos convencionais e podem evoluir para formas mais graves (Dahlke, 1992). Gonçalves (2007), salienta a clássica distinção (Alexander, 1952) entre doença somática e histeria, resultando esta da conversão de um conflito psíquico em sintoma físico; tratar-se-ia nesta perspetiva, de um esquema energético, pelo qual a vida mental regularia o equilíbrio entre a produção de energia e sua descarga. O facto do aparelho mental estagnar,

desencadearia a neurose referente a um órgão, que corresponderia a um acúmulo de energia nesse órgão ou aparelho. O distúrbio funcional progressivo torna-se orgânico, pela persistência do stress emocional que o gerou.

Palma (2003), refere que para uma melhor delimitação do conceito de transtorno psicossomático, será necessário excluir desta definição as afeções psíquicas de origem orgânica, que incluem os seguintes aspetos:

- problemas mentais secundários a lesões do sistema nervoso central, tais como, demência degenerativa, doença de Alzheimer, síndrome frontal de etiologia orgânica e outras;
- afeções mentais de origem endocrinológica e metabólica: excitação consequente do hipertireoidismo, insuficiência renal, febre tifoide e hipoglicemia;
- os quadros mentais devido a intoxicações agudas por substância que tenham efeito sobre o psiquismo (p,14).

### 1.3.2. DELINQUÊNCIA

O ser humano pode desviar-se das normas impostas pela sociedade, seja por desconhecimento dessas normas, opção ou coerção; considera-se um comportamento como desviante quando se regista o não cumprimento das normas impostas ou aceites pela sociedade. No caso mais específico da delinquência, segundo Carvalho (2010), estamos perante comportamentos ilícitos, que não estão de acordo com os códigos de conduta estabelecidos pelas autoridades de determinado espaço geográfico e com os preceitos morais socialmente estabelecidos. Delinquente é aquele indivíduo que comete delitos ou infrações à lei (crimes), infringindo simultaneamente códigos de conduta moral.

A forma como se origina, ocorre e se desenvolve o comportamento delinquente é explicado por várias teorias; relativamente às causas da delinquência, referem-se normalmente fatores de natureza psicológica, económica e social, havendo quem mencione também fatores de natureza biológica (Carvalho, 2010). As abordagens psicológicas e biológicas, identificam características da personalidade ou características físicas que conduzem à predisposição para a prática de crimes (Sheldon, 1949; Born, 2005). Eysenck (1964), na sua teoria evoca a presença de determinados traços psicológicos como fatores intrínsecos de distinção entre indivíduos delinquentes e não-delinquentes, tais como, a presença de neuroticismo, extroversão e psicoticismo.

Pinatel (1975), salienta também entre as características que diferenciam os delinquentes dos não-delinquentes, o egocentrismo, a labilidade, a agressividade e a indiferença afetiva. Por outro lado, Carvalho (1991), considera que o comportamento delinquente deve ser analisado e compreendido não só tendo em contas as características da personalidade do sujeito, como também as do grupo social ou de referência a que pertence, por isso uma definição singular nunca poderá abarcar todas as perspectivas possíveis.

O delinquente tem uma capacidade específica, comportamental, moral e psicológica que se traduz numa facilidade da passagem ao ato anti normativo e por isso surge a necessidade de esclarecer tal facto, compreendendo-o enquanto homem na sua totalidade, meio e contexto de vida, procurando-se assim o sentido para o individuo no ato delinquente (Sani & Matos, 1998). Becker (1973) e Neto (2004), evidenciam a necessidade de se considerar o meio onde são determinadas as normas, pois observa-se que as características da classe média, por exemplo, diferem dos códigos de normas das classes sociais mais baixas.

Skinner (1983), refere que é mais provável que um individuo roube quanto menos possui, a educação que recebeu não o ensinou a cumprir a Lei, ou não o preparou para a vida laboral, ou ainda se no seu meio vê que os outros incumprem a lei e saem ilesos; o comportamento delinquente ao ser positivamente reforçado, dificilmente será eliminado. Gonçalves (1993), refere também, neste contexto 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” (p.44), podendo-se concluir como Cooke, Baldwin e Howison (1990) que “quem tem comportamentos desviantes analisa os custos e os benefícios dos mesmos” (p.13).

Estudos sobre Tipologia no âmbito da delinquência, agrupam geralmente um maior número de variáveis sociais e jurídicas, não se restringindo às da esfera da personalidade. Num dos estudos de Cambridge foi evidenciada uma lista de onze características sociais que identificam os delinquentes: 1) existência de tatuagens; 2) níveis elevados de agressividade auto relatada; 3) percurso laboral instável; 4) tempos livres passados a vaguear; 5) envolvimento em grupos antissociais; 6) conduzir depois de beber; 7) jogar inveteradamente; 8) experiência sexual precoce; 9) fumar inveteradamente; 10) consumo de drogas e 11) exibição de atitudes anticonvencionais (Farrington, 1990<sup>b</sup> ; Farrington & West, 1990; West, 1982). Estes atributos transmitem a ideia de constância ao longo do desenvolvimento do individuo, revelando-se ao mesmo tempo, úteis para o estabelecimento de planos de intervenção adequados neste contexto (Garrido, 1993).

Estudos como os de Glueck (1950) ou baseados no MMPI, mesmo que não procurem estabelecer tipologias, são em boa parte responsáveis pelo seu posterior desenvolvimento, já que demonstram que os delinquentes se distinguem de forma consistente dos não-delinquentes pela exibição de certas características. Segundo Gonçalves (1999), no caso da delinquência teríamos a combinação de mesomorfia, impulsividade, hostilidade, inteligência mais concreta, recusa de autoridade ou ainda, tendência significativa para a psicopatia, esquizofrenia e hipomania, de acordo com os valores de escalas de personalidade.

De acordo com Meyer (1992), considera-se que uma boa tipologia é: “aquela que é clara, simples, completa, com consistência interna, viável, económica, válida, fiável e dinâmica, no sentido de apontar recomendações para um bom tratamento do recluso, assim como para a segurança dos mesmos” (p,33).

Algumas tipologias foram elaboradas de forma empírica, baseadas num conjunto de variáveis sociodemográficas (idade, comportamentos disciplinares, tipo de crime cometido, sexo, etc.), de carácter jurídico-penal, recorrendo a dados de testes psicológicos ou ainda conjugando as duas vertentes.

Garrido (1993), por seu lado afirma que a utilização de tipologias da delinquência, para a aplicação de programas de tratamento, revela-se manifestamente desadequada, uma vez que na sua opinião, fará mais sentido aproveitarem-se os dados dos estudos longitudinais e das carreiras delinquentes, porque fornecem mais informações etiológicas suscetíveis de permitir a compreensão da personalidade atual do delincente e as razões que o levaram a cometer delitos.

O facto de existir singularidade no modo de reagir perante a mesma realidade circunstancial, indica que cada individuo detém um modo específico e particular de organizar a sua conduta e modo de estar na vida, de acordo com as suas normas e crenças (Pereira, 1998).

Nem todos os indivíduos que cometem o mesmo crime terão de ter a mesma tipologia, uma vez que existem variáveis que poderão inserir o individuo noutra tipo de tipologia. Na criminologia ambiental salienta-se que a ocorrência de um crime depende, também em simultâneo, da lei, que o tipifica e de variáveis como: a) do ofensor, de que é preciso perceber, entre outros aspetos, a sua história pessoal e as motivações atuais; b) da vítima, cujas características pessoais também podem ser determinantes e c) do local,

que pode ou não precipitar a oportunidade para que se desencadeie o ato criminal (Davidson, 1981).

## **2. AGRESSIVIDADE**

### **2.1. CONCEITOS**

Segundo Van Rillaer (1975), a palavra “agressão” aparece nas línguas românicas a partir do século XIV, sendo o termo “agressividade” de uso bastante frequente na atualidade. Existe de uma forma geral acordo relativamente à distinção entre agressão e agressividade, sendo a primeira considerada como um ato efetivo e a segunda uma tendência ou uma predisposição; Lanche (1960), define a agressão como “um ato ou passagem ao ato, cujo fim é a destruição total ou parcial, literal ou figurada de um objeto” enquanto que a agressividade é a agressão como disposição ao ato (p.100).

Segundo Lorenz (1973), a agressão é o ato em que um indivíduo prejudica ou lesa outro, de sua própria espécie, intencionalmente, podendo-se manifestar de várias formas como, por exemplo, a dirigida e a verbal; na agressão dirigida pretende-se prejudicar o outro diretamente e na verbal ofende-se o outro não fisicamente, mas psicologicamente (OMS, 2002). Dollard, Miller et al (1939), definem também a agressão na sua obra “Frustration and aggression”, como um ato cuja finalidade é lesionar um organismo, não referindo a intenção; Buss (1961), neste contexto distingue a agressão como uma resposta que remete para estímulos nocivos a outro organismo e a agressividade como “costume de atacar”. Outros autores como Selg (1968), da mesma forma referem que a agressão, reside de uma forma geral em estímulos prejudiciais perto de um organismo ou substituto. A agressividade segundo Laplanche e Pontalis (2001), designa uma tendência especificamente humana marcada pela vontade de cometer um ato violento sobre outrem. Para estes autores a agressividade representa uma tendência ou conjunto de tendências que se transformam em condutas reais ou fantasmáticas, dirigidas para ferir outro, destruir, contrariar e humilhar. No mesmo sentido, Van Rillaer (1975), define a agressividade como uma disposição do indivíduo dirigida a defender-se ou a afirmar-se perante alguém ou algo, podendo assim distinguir-se duas categorias: a agressividade defensiva, que se reduz à própria conservação ou à dos seus e a agressividade de tipo ofensiva ou apropriativa, mais especificamente, “narcisista”. Segundo

Van Rillaer (1975), não se pode isolar facilmente a agressão e a sua motivação de diversas formas de comportamento. Um indivíduo pode ser agressivo de diversas maneiras, desde “esquecer” um encontro, não ajudar positivamente, roubar... até à tortura e morte de alguém. Por um lado, um mesmo comportamento, agressivo (por exemplo, matar alguém) pode conter significados e intenções muito diferentes: vingar-se, eliminar um rival, compensar sentimentos de inferioridade, fazer desaparecer um testemunho incómodo, proteger-se, etc. Inclusive, quando o resultado (objetivo) é idêntico, os processos psíquicos são distintos, segundo os indivíduos e as circunstâncias. Johnson (1972), salienta que não existe apenas um processo único para representar a agressão, esta deverá ser compreendida e analisada a diversos níveis.

Segundo autores como Mackal (1979), Megargee (1976) e Van Rillaer (1975), a agressão é considerada um complemento à violência; de um modo geral, considera-se violenta a pessoa irracional, que se nega a dialogar seja em que situação for, manifestando um carácter egoísta, sem nenhuma empatia. Tudo o que viola o racional é suscetível de ser catalogado como violento se imposto pela força, existindo vários tipos de violência, como a física, a psicológica, verbal e a sexual. Algumas formas de violência são sancionadas por lei ou pela sociedade, outras são consideradas crimes; em distintas sociedades observam-se diferentes normas quanto às formas de violência que são ou não aceites.

Van Rillaer (1975), refere que a agressividade aparece frequentemente como ponto de partida das formações de grupo. A união torna-se então associação “contra”, associação frente a outro grupo ou em detrimento de alguém no seio da mesma coletividade. O ódio do inimigo pode ser, infelizmente, bastante mais eficaz que o amor de um ideal positivo, levando às piores loucuras, uma vez que uma loucura compartilhada pode não ser sentida como loucura. Para alguns, o ódio que acreditam distinto deles próprios é a única coisa que lhes faz sentirem-se alguém, a forma como idealizam o inimigo supera o vazio da sua existência, dispondo-os a pegar em armas para “se sentirem vivos” (Van Rillaer, 1975); assim relações intrapsíquicas ou dificuldades “internas” podem conduzir igualmente à violência. Lorenz (1950), com respeito à agressão, evoca também a “reação de entusiasmo militante”, indicando quatro condições desencadeantes deste processo: uma ameaça para o grupo, um inimigo detestável, a figura inspiradora de um chefe e outros indivíduos movidos por idêntica emoção.

## **2.2. PERSPETIVAS SOBRE A AGRESSÃO**

As teorias que se formularam para explicar a agressão, segundo Mackal (1979), podem dividir-se em duas grandes categorias:

- Teorias ativas: aquelas que atribuem a origem da agressão a impulsos internos, inatos, presentes no indivíduo desde o nascimento, sendo característicos da espécie humana.

- Teorias reativas: as que atribuem a origem da agressão ao meio ambiente que rodeia o indivíduo, compreendendo-a como uma reação de emergência face a problemas ambientais ou à sociedade no seu conjunto, apresentando-se um pouco mais otimistas em relação à possibilidade de encontrar soluções para esta questão. Entre estas teorias pode-se destacar a da frustração-agressão, ou seja, a agressão como consequência da frustração.

O problema do inato e do adquirido, do interno e do externo, da herança e do ambiente está presente em todos os grandes tópicos da psicologia: inteligência, personalidade e também a agressão, embora como refere Yela (1978), ambos os aspetos sejam muito importantes e interdependentes. Os estímulos do meio por si só podem não ser causas do comportamento, mas o objeto intencional do psiquismo. Sartre (1943), dizia: “O ambiente atua sobre o sujeito só na medida exata em que ele o compreende” (p.660). Kuo (1930), neste contexto, ilustra três factos importantes: a) em idênticas condições, indivíduos de igual espécie podem raciocinar diferentemente; b) o meio e a aprendizagem têm, uma influência considerável; c) o efeito destes fatores depende, contudo, da constituição e da maturidade.

Seguidamente iremos apresentar algumas teorias clássicas sobre a agressão:

### **Teoria bioquímica ou genética**

Lehrman (1964), refere que apenas o mecanismo filogenético é herdado, mas não os mecanismos psíquicos através dos quais se reacionam sinais, que produzem condutas hormonais. Esta visão veio apoiar a teoria de Lorenz, heranças instintivas ou hormonais, com características de estabilidade e reprodutividade (Mackal, 1979).

Cantarow e Schepartz (1962), sugeriram que a secreção de noradrenalina reduz a inibição do sujeito: “Existe um acordo geral de que a noradrenalina forma-se nos nervos adrenérgicos e é o transmissor químico dos impulsos excitatórios” (p.784). Mackal (1979), refere que do mesmo modo que o 17-OHCS (hormona) está associado com a depressão e a ansiedade e o 17-cetosteroide (hormona) encontra-se relacionado com a esquizofrenia, agressão e cólera dirigida para o exterior (p.220). Outros estudos sugerem que a ativação do

sistema nervoso simpático pode resultar na libertação de esteroides na corrente sanguínea e a ativação do hipotálamo (Raher et al., 1967).

### **Perspetiva Etológica**

Numa perspetiva etológica, Lorenz (1978) e Tinbergen (1953), salientam que nos animais a agressividade é um instinto indispensável para a sobrevivência (Mackal, 1979). Lorenz (1950), considera que a agressividade humana se explica por três tipos de fenômenos de natureza instintiva: 1) reações inatas (complexas respostas inatas a estímulos determinados); 2) sinais inatos; onde se pode inferir o exemplo clássico da ação de mostrar os dentes levantando o lábio superior expressar a cólera e 3) excitações endógenas: automatismo endógeno que conduz à agressão. Por seu lado, Buytendijk (1951), salienta que o Homem não é simplesmente um animal, tem inculcido uma razão ou uma cultura; todos os comportamentos, perceções, movimentos, emoções, etc., incluem um sentido especificamente humano.

### **Teoria do desenvolvimento do instinto**

Bovet (1924), indica que existe uma associação entre agressão e crueldade. A crueldade é independente do instinto de luta e está baseada nas necessidades egoístas da própria conservação. Segundo este autor, o ser humano evita o sofrimento em si próprio, passando-o para a pessoa que o causou, ativando em si próprio o temor. Bernard (1942), inspirado em Bovet, declara que a conduta instintiva possui os seguintes quatro atributos: 1) está dirigida a algum fim que é útil; 2) inclui várias atividades associadas a reflexo simples; 3) não está sujeita à regulação voluntária e 4) é completamente herdada e não aprendida.

Para Mackal (1979), pode-se estar mais afetado emocionalmente por um tipo de instinto que se produz a um nível de ativação mais elevado que por outro a um nível de ativação mais baixo; pode-se ter em comum estados emocionais, sentimentos, impulsos ou compulsões, com alguns indivíduos mas não com cada indivíduo.

### **Teoria do condicionamento clássico**

Originada a partir dos trabalhos de Pavlov, sobre os reflexos de salivação nos cães, salienta-se a importância da generalização de estímulos associados com o prazer ou dor, mesmo em contextos naturais, não artificiais (Pavlov, 1963); nesta perspetiva

um reflexo ativo no sistema nervoso periférico ativa também a medula espinal, para responder a um sinal, por exemplo doloroso que chega, de tal maneira, que se produz no organismo um sinal imediato de reação, antes que esta mensagem chegue aos centros superiores do cérebro. Consideram-se também a existência de reflexos psicogénicos que se podem correlacionar com prazer e dor, como por exemplo, sexuais associados ao prazer, ao contrário do medo (Mackal, 1979). Scott (1958), demonstrou que as leis da aprendizagem, comprovadas em múltiplos comportamentos, entram em jogo no caso da combatividade: no entanto, além do condicionamento clássico (pavloviano) da generalização e extinção, devem ser considerados a lei do efeito (reforço pelo êxito, inibição pela dor ou pelo desgosto) e a aprendizagem discriminativa.

### **Teoria Sociológica**

Esta perspetiva salienta a importância de fatores sociais na conduta individual (Blumer, 1967).

Mead (1956) e Blumer (1967), consideram que a consciência existencial não é exclusivamente pessoal ou individual, mas social; frisam que cada pessoa tem uma conceção particular da sociedade e de si mesma, salientando a importância de uma teoria simbólica da interação, de onde se destaca a diferenciação da pessoa que interage socialmente. Nesta perspetiva Buss (1969) e Megargee (1976), realçam o papel das forças culturais, sociais e políticas na expressão de condutas agressivas.

### **Perspetiva Psicanalítica**

A perspetiva freudiana da agressividade dá-nos também o ponto de vista, de que embora se trate de uma questão de atos, processos ou pulsões, o que importa é compreender as condutas a partir das significações (latentes ou manifestas) que adquirem os acontecimentos para os indivíduos, em função do seu passado e dos seus projetos (Vergote, 1958).

### **Teoria da catarse**

A catarse (conceito oriundo da teoria psicanalítica que pressupõe uma expressão repentina de afeto anteriormente reprimido) proporciona uma solução única à questão da agressão humana. Nesta perspetiva considera-se que se o mecanismo de libertação catártica se encontra bloqueado, o sujeito apresentar-se-á mais agressivo (Mackal, 1979).

Por outro lado, Bandura e outros especialistas em modificação de condutas, propõem a hipótese de que a descarga emocional produz-se como uma experiência psíquica, de forma ativa ou passiva e não como um pós-afeto fisiológico (Bandura, Lipsher & Miller, 1960). Nesta perspectiva, Berkowitz (1962), refere também um princípio importante em psicologia onde se considera que um sujeito em estado de ansiedade mostra sinais persistentes de frustração, apesar de catarses parciais, enquanto que outro menos ansioso mostra sinais de catarses completas, apesar da frustração inicial. Algumas investigações parecem confirmar que um estado afetivo violento, tende a reduzir-se quando se manifesta em atos e em palavras. No entanto, a maioria dos trabalhos empíricos como o de Bandura, Berkowitz e Leyens demonstram que, a expressão repetida de sentimentos hostis, longe de eliminar a agressividade, acaba por reforçá-la (Buss, 1961; Feshbach, 1964). Zillmann (1979), ao testar algumas ideias de Lorenz e Storr, sobre o papel dos desportos na civilização, concluem que a competição desportiva, quando associada a elementos agressivos, pode aumentar a agressividade em vez de a reduzir.

### **Teoria da frustração-agressão**

Geen (1968), assinalou que a angústia aparece como função da frustração na realização de uma tarefa, frustração pessoal ou interferência e insulto, donde se realça a importância da generalização de estímulos. A quantidade de frustração não é considerada tão importante como a classe de frustração.

Por outro lado Dollard e Miller (1939), na sua popular teoria da agressão, baseada na frustração, salientam que quanto mais frustrado se encontra o sujeito mais agressivo se torna, como resultado da frequência dos acontecimentos frustrantes. Esta teoria parte do princípio de que a agressão é sempre uma consequência da frustração; no entanto, muitas experiências sugerem que a agressão é só uma das muitas reações que se observam face à frustração (Bandura, 1973). Berkowitz (1962), por seu lado salienta que a intensidade da frustração (embora a reação agressiva seja tão provável quanto mais forte é a frustração) depende de fatores cognitivos (apreciação do carácter arbitrário do dano sofrido) e da intervenção do medo.

### **2.3. AGRESSIVIDADE EM CONTEXTO PRISIONAL**

A violência nas prisões não se define como uma conduta ou ação fortuita, sem razão alguma; na realidade adquire distintas formas, sendo a mais frequente a violência entre internos (Crespo, 2009). Segundo, Córdova (1988) e Padrón (2006), entre os fatores que podem influenciar o tipo de comportamento agressivo dos reclusos dentro dos centros penitenciários, incluem-se: o tipo de delito cometido, estatuto social e económico, o tipo de política e de respeito humano existente nos centros prisionais ou ainda condições estruturais e administrativas do sistema penitenciário como a superlotação carcerária, corrupção dos guardas prisionais, etc. Segundo Ireland, Brown e Ballari (2006), o comportamento agressivo pode surgir neste contexto, associado a infrações institucionais, podendo ser utilizado como uma estratégia de adaptação à prisão, onde os stressores são comuns e o ambiente reduz a escolha de estratégias disponíveis para lidar com os problemas. Crespo (2007), refere que cada indivíduo ao ingressar na prisão deve adaptar-se ao sistema social característico desse meio e assim assegurar, em certa medida, a sua integridade física. O uso da violência pode também derivar de normas estabelecidas entre os internos, que constituem um valor típico da sua subcultura, dirigindo e regulando as vidas em três aspetos determinados: a relação entre os indivíduos reclusos, a administração da prisão e as pessoas externas (visitas) (Crespo, 2009). Vários aspetos são regulamentados por um código exclusivo das pessoas reclusas, tendo em consideração princípios básicos associados à estrutura de poder e uso de violência, que são absorvidos na sua totalidade pelos indivíduos reclusos (Crespo, 2007); assim a pessoa reclusa deve necessariamente assumir uma maneira de se comportar, usualmente ações concretas agressivas e carregadas de violência, ainda que sejam aparentes, de forma a adquirirem uma certa quota de respeito, face aos outros indivíduos reclusos.

Basicamente, trata-se neste caso, de uma interação baseada na hierarquização através do poder e agressividade de molde a fazerem-se respeitar; qualquer interno está legitimado a actuar de maneira violenta, quando os seus interesses se vêm afectados pois ao exteriorizar uma conduta com a finalidade de intimidar os outros, garante a sua integridade. A violência e o seu uso apresentam-se assim como uma eficaz ferramenta para o controlo social informal entre as pessoas reclusas (Crespo, 2009).

### **3. *CONTRIBUTOS DA PSICOLOGIA CLINICA NO MEIO CARCERÁRIO***

A psicologia clinica engloba o conjunto de práticas que envolvem a avaliação qualitativa e quantitativa dos atributos psicológicos do sujeito, abordando-o enquanto ser dotado de cognições e afetos, inserido num contexto social em que evolui, se confronta, adquire e exhibe a sua identidade. Os aspetos psicopatológicos são uma referência, já que a psicoterapia deve a sua existência à necessidade de debelar e lidar com distúrbios psicológicos ou dificuldades do desenvolvimento que impedem um funcionamento social adequado, como no caso do tratamento penitenciário de patologias de adaptação à prisão (Gonçalves, 1999).

Gonçalves (1993<sup>a</sup> /1996), Silva, Barroso, Córias e Costa (1995), salientam o conhecimento de importantes intervenções levadas a cabo por psicólogos a trabalhar no domínio da Justiça, quer através da sua presença em congressos nacionais e internacionais, quer através de testemunhos escritos.

O tratamento penitenciário considera por um lado o cumprimento das leis e eventuais medidas flexibilizadoras que tutelam o encarceramento dos indivíduos, por outro lado, criar e melhorar as condições de vida na prisão, tornando-a mais humana acentuando-se a sua vertente reabilitadora; como refere Gonçalves (1999), a psicologia clínica nos seus aspetos fundamentais pressupõe uma abordagem individualizada, a procura de resoluções de conflitos, o tratamento de perturbações da personalidade ou treino de competências pessoais e interpessoais.

A noção de tratamento está muito conectada não só com a aplicação de medidas penitenciárias, como com ações sobre a delinquência com vista a tentar mudar personalidades, afastando os indivíduos da reincidência no crime (Garrido, Redondo & Anguera, 1991). Tais ações envolvem não só a aprendizagem de competências educacionais e profissionais, como ainda a aquisição de competências pró-sociais, num modelo de prisão encarado como um sistema aberto (Gonçalves, 1993<sup>b</sup> , 1994<sup>b</sup> ).

Greef (1958) demonstrou que na maioria dos psicopatas agressivos e dos criminosos, a capacidade de adaptação à duração da condenação é bastante insuficiente, evidenciando-se a importância de diferir ou poder esperar. Segundo este criminólogo, trata-se também da capacidade de desatar os vínculos imediatos e de relativizar as coisas, inclusive as importantes; a regra fundamental do distanciamento em relação com a própria situação é, sem dúvida, o humor, um dos melhores antídotos do “espírito de

seriedade” e da sua companheira habitual, a agressividade. O humor implica uma precaução de distância com respeito ao que parece evidente, suspende o trama habitual dos acontecimentos. A verbalização é também uma forma mais corrente de distanciamento com respeito à realidade imediata, às emoções e imagens; embora nem todo o diálogo consiga desarmar a violência e certas palavras a poderem realçar, o intercâmbio verbal aparece, no entanto, como um caminho privilegiado para a superação dos impulsos, da irritabilidade e agressividade.

Será importante entender, a encruzilhada social e pessoal em que se encontra o indivíduo recluso, tentando situá-lo num percurso histórico em que um conjunto de variáveis poderá ter atuado para determinar a sua atual condição de detido. Como salienta Gonçalves (1998), o tratamento penitenciário deverá ser encaminhado no sentido de uma proposta de intervenção integrada junto do sujeito, da prisão e da comunidade que o irá receber.

Van Rillaer (1975), sublinha que todo o conceito ou noção psicológicos, devem ser compreendidos dialeticamente, pois qualquer dimensão humana isolada do seu contexto converte-se fatalmente em caricatura. A contribuição da psicologia clinica situa-se por um lado ao nível da compreensão da personalidade do individuo e das suas eventuais perturbações e por outro lado, na implementação de programas e estratégias de tratamento tendo em consideração a necessidade de resolução dos problemas adaptativos que manifeste. Compete ao psicólogo promover uma adaptação adequada da pessoa reclusa, através de um processo que lhe permita sobreviver nesse mundo, tão autonomamente quanto possível, em termos de preservação da sua identidade e personalidade, facultando-se-lhe os meios necessários para uma aprendizagem da forma adequada de estar e se relacionar, assim como competências sociais fundamentais após a sua libertação do meio prisional (Gonçalves, 1999).

Segundo Gonçalves (1999<sup>a</sup>), no contexto prisional será necessário procurar eleger para programas de intervenção os indivíduos que reúnam maiores probabilidades de sucesso, devendo-se ter um cuidado especial com os psicopatas, dada a sua maior resistência a mudanças. Este autor salienta também que o tipo de crime cometido ou a ausência de antecedentes criminais, podem ser fonte de engano e controvérsia, pelo que deve ser repensada a sua utilidade como elementos preditivos (Gonçalves, 1999<sup>b</sup>); assim por exemplo, a “proteção” dada aos criminosos sexuais, para que não sejam vítimas de outros reclusos, pode contribuir para que, mais tarde, os mesmos usufruam de medidas flexibilizadoras do cumprimento da pena, tomando apenas como critérios índices de adaptação à prisão, bom comportamento, colaboração com a vigilância, etc. esquecendo as questões da génese do

comportamento sexual criminoso, que se sabe particularmente atreito à reincidência (Gonçalves, 2004).

#### **4. APOIO SOCIAL**

##### **4.1. DEFINIÇÕES**

O termo apoio social, tem sido amplamente usado para referir os mecanismos pelos quais as relações interpessoais têm um importante efeito na prevenção de perturbações psicológicas e orgânicas na recuperação e diminuição da gravidade de doenças (Dunbar, Ford & Hunt, 1998; Wills, 1997).

O suporte social compreende dois aspetos na sua definição conceitual: os estruturais, por exemplo, os que estão relacionados com a presença de apoio social independentemente da ocorrência de eventos stressores, valorizando-se questões como o número de pessoas que integram a rede de apoio e os aspetos funcionais, que dizem respeito à disponibilidade e à modalidade de apoio recebido, assim como o nível de satisfação, em relação a situações e contextos específicos. (Seidl & Tróccoli, 2006). Mais especificamente, os aspetos estruturais incluem o apoio informativo (dar informação para que o indivíduo possa por si mesmo solucionar os seus problemas) o apoio evolutivo (transmissão de informação relevante para o autodesenvolvimento) e os aspetos funcionais, incluindo o apoio emocional (empatia, cuidado, amor, confiança) e o apoio instrumental - ajudar alguém que necessita e cuidar de alguém (Soczka, 2001).

O apoio social não deve ser compreendido como um conjunto objetivo de interações e de trocas, mas sim como uma experiência pessoal, sendo reconhecido o papel fulcral da intensidade com que o indivíduo se sente respeitado, desejado e envolvido, ou seja, o apoio social faz o ser humano sentir-se querido e útil proporcionando-lhe bem-estar. O apoio social percebido refere-se à avaliação geral que o indivíduo faz dos vários domínios da sua vida em relação aos quais julga que é apreciado e lhe dão o devido valor, assim como da disponibilidade dos outros e possibilidade de a eles recorrer (Cramer, Henderson & Scott, 1997; Ribeiro, 1999).

Para House (1981), também o apoio social se define como uma transação real entre duas ou mais pessoas, havendo implicação emocional, ajuda instrumental,

informação ou valorização. Na mesma perspectiva, Shumaker e Brownell (1984), defendem o apoio social como um intercâmbio entre dois ou mais indivíduos, com o objetivo percebido pelo provedor ou o recetor, de se incrementar o bem-estar do recetor.

Hobfoll e Stokes (1988), oferecem uma definição ampla e integradora de apoio social, caracterizando-o como “aquelas interações ou relações sociais que oferecem ao indivíduo assistência real ou um sentimento de conexão a uma pessoa ou grupo, fazendo-o sentir-se querido ou amado” (p.499).

Por seu lado, Lin et al. (1979), realça os elementos funcionais ou estruturais, reais ou percebidos do apoio social, que o individuo sente como pertencentes à sua rede social.

O estudo de Cobb (1976), trouxe a primeira definição de suporte social aplicado ao contexto da saúde, apresentando evidências empíricas que apontavam o caráter protetor do apoio social em relação à hospitalização, recuperação de doenças, aposentadoria, stress e depressão; para este autor suporte social compreende “a informação que leva o indivíduo a acreditar que ele é cuidado, amado, estimado e que pertence a uma rede social com obrigações mútuas” (p. 300).

#### **4.2. *IMPORTÂNCIA DA REDE SOCIAL***

Os relacionamentos sociais exercem um papel fundamental na vida do indivíduo cumprindo importantes funções nas dimensões social, psicológica e comportamental (Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser, 1996). Durá (1991), refere que o ser humano desenvolve-se manifestando necessidades de estar e comunicar com os outros, de se sentir querido e protegido. Diversos estudos indicam que tanto a qualidade como a quantidade de relacionamentos sociais, parecem afetar de forma significativa a morbidade e a mortalidade; quanto maior for a qualidade do apoio social maior a possibilidade de satisfação das necessidades pessoais, melhor o desenvolvimento do sentimento de identidade e pertença o que levará a um aumento da qualidade de vida, tanto física como psicológica.

Uchino e cols. (1996), no seu estudo, encontraram evidências de que as relações de suporte entre as pessoas protegem o indivíduo de eventos stress na vida, contribuindo para a sua saúde; segundo os autores o suporte social pode proteger os indivíduos do agravamento de uma variedade de doenças, tais como a artrite, tuberculose, depressão e alcoolismo,

verificando-se também em contextos de adoecimento crônico que a disponibilidade do suporte social, acelera processos de recuperação e facilita a adesão a tratamentos medicamentosos.

Weiss (1974), assinala várias contribuições do apoio social fundamentais para o indivíduo: sentido de sucesso; integração social; aprendizagem; mérito; sentido de uma fiel aliança e orientação. Segundo Valente (1995), os modelos de influência na rede social, podem exercer-se através de ligações diretas numa rede (modelos relacionais) ou serem veiculadas através das posições dos elementos no sistema social (modelos estruturais).

### **4.3. PERSPECTIVAS TEÓRIAS**

Silva et al. (2003), evidencia algumas hipóteses explicativas dos efeitos do apoio social na saúde e nas doenças, nomeadamente: (1) hipótese do apoio social ter efeitos a nível das respostas neuro endócrinas, diminuindo a ansiedade e, logo, a tensão muscular; (2) ter efeitos a nível da autoestima, aumentando-a; (3) ter efeitos na depressão, diminuindo-a e levando as pessoas a avaliarem os stressores como menos graves, o que poderá diminuir a ansiedade e aumentar a capacidade da pessoa para lidar com as situações stressantes.

Vários estudos sugerem a existência de uma relação entre o apoio social e uma variedade de medidas dependentes, incluindo a adaptação psicológica, saúde e percepção de bem-estar (Emmons & Colby, 1995), a longevidade e mortalidade (Ell, Nishimoto, Mediansky, Mantell & Hamovitch, 1992), a satisfação com a vida (Sarason et al., 1983), as queixas somáticas (Ganster, Fusilier & Mayes, 1986), resistência a doenças (Cohen, 1988), proteção para indivíduos em risco de subsequentes perturbações mentais (Ornelas, 1996), a redução do mal-estar (Sarason, Sarason, Potter III & Antoni, 1985), a psicopatologia (Kessler et al., 1985) e o distresse psicológico (Heller, 1979). Nas investigações relacionadas com a importância do apoio social na vida dos indivíduos, destacam-se três perspetivas teóricas:

1) Postula-se que o apoio social tem efeitos diretos na saúde, tanto física como mental de cada indivíduo, avaliando-se o impacto direto do apoio social sobre a saúde das pessoas, a curto e a longo prazo. Os estudos centram-se nos efeitos que as relações

sociais têm sobre a morbidade e na mortalidade das pessoas, observando-se que as que têm relações e vínculos sociais vivem mais tempo, têm melhor saúde física e mental do que as pessoas que não estabelecem tais vínculos (Broadhead, Kaplan, James et al., 1983). O modelo de efeito direto, pressupõe que as relações sociais promovem a saúde e o bem-estar independentemente do nível de estresse do indivíduo (Salovey et al., 2000 e Vilhjalmsson, 1994), sendo o apoio social definido e medido, em função dos contactos sociais (através da conexão do indivíduo a alguma rede de apoio social), ou seja, com base em medidas estruturais sobre a amplitude das interconexões do indivíduo (Sarason, Shearin, Pierce & Sarason, 1987).

Payne e Jones (1987), verificaram a evidência empírica a favor desta perspectiva teórica, baseando-se exclusivamente em estudos que analisam a relação entre o apoio social e sintomatologias psicológicas, não físicas, tendo concluído que a disponibilidade de apoio social explica 10% da variância da variável dependente.

2) A segunda perspectiva, postula que o apoio social reduz diretamente o impacto dos eventos stressantes que afetam as pessoas, relacionando-se com a adaptação a situações particulares (Durá, 1991). A hipótese do efeito protetor (efeito indireto), prediz que as pessoas beneficiam do apoio social quando experimentam um acontecimento de vida stressante, isto é, sugere que o stress psicossocial tem efeitos negativos na saúde e bem-estar dos indivíduos sem apoio social ou com pouco apoio, enquanto que esses efeitos são diminuídos ou eliminados nos indivíduos com fortes sistemas de apoio (Salovey, Rothman, Detweiler & Steward, 2000; Vilhjalmsson, 1994). Segundo Payne e Jones (1987), a evidência empírica a favor da relação entre apoio social e o stress é mais débil que a encontrada para a relação direta entre o apoio social e sintomas psicológicos; segundo estudos efetuados por Payne e Jones (1987), a variância comum entre as duas variáveis supera os 6%.

3) A terceira abordagem - hipótese do efeito amortizador - postula que o apoio social não influencia diretamente a saúde ou os stressores, mas modula a relação entre ambos, amortizando o impacto dos eventos stressantes sobre a saúde das pessoas (Cobb, 1976; Cohen & Wills, 1985).

Salovey et al., 2000 e Vilhjalmsson (1994), consideram que nos casos das hipóteses anteriormente referidas, a relação entre o apoio social e a saúde pode ser mediada, em parte, por mudanças na experiência emocional da pessoa.

Tardy (1985), refere que pode-se ter apoio social realmente recebido ou pelo contrário, o que o sujeito percebe, independentemente do que recebe ou não na realidade; este autor

definiu cinco principais dimensões básicas de apoio social: a) direccionalidade de apoio social - recebe-se dos outros, dá-se aos outros ou ambas em simultâneo; b) disposição do apoio social – a possibilidade de recebê-lo ou a utilização real dos ditos recursos, c) descrever e avaliar a qualidade e natureza do apoio (não se tem em conta os possíveis efeitos negativos do apoio social); d) conteúdo do apoio – diferencia os tipos de apoio social, o emocional, informativo, instrumental e valorativo e e) conexão – refere-se à fonte de onde provem o apoio social, ou seja, quem providencia este apoio: a família, os amigos, uma rede social artificial, etc..

Os estudos evoluíram e as teorias desenvolveram-se no sentido de determinar: que tipo de apoio social, oferecido por que fonte, para que tipo de pessoas e em que circunstâncias será benéfico (Durá, 1991). Destes estudos, surgiu a Teoria da Acomodação Pessoa-Ambientes, segundo a qual, a adaptação depende da correspondência ou acomodação entre as características dos indivíduos e as características ambientais, ou seja, a ideia chave é o ajustamento entre as características individuais e os recursos ambientais (Caplan, 1979). Pode-se considerar o apoio social como um recurso ambiental de tal modo, que a natureza dos seus efeitos estará em função da sua adaptação às necessidades individuais (Rook & Dooley, 1985). Cohen et al., descrevem o apoio social como um processo que envolve interações com outras pessoas e que facilita o enfrentamento do stresse e outros estímulos aversivos (Cohen, Underwood & Gottlieb, 2000).

Para Bowling (1991), o apoio social serve para que o individuo obtenha ajuda emocional, instrumental ou económica da rede social, incluindo todo o tipo de pessoas que rodeiam o individuo. É devido a esta rede social que o indivíduo mantém a sua identidade social, recebe apoio emocional, ajuda material, informação e adquire novos contactos sociais; a família é mais um dos componentes da rede social.

## CONCLUSÃO

Atualmente assiste-se a uma evolução do sistema prisional no sentido de uma maior abertura à sociedade, maior sensibilização para a importância da reabilitação da pessoa reclusa e melhoramento das suas relações, salientando-se neste contexto a importância do papel do Psicólogo Clínico no sentido de intervenções e tratamentos eficazes, após uma avaliação detalhada onde se analisam fatores estáticos (história do sujeito não modificável) e dinâmicos, atuais, capazes de serem alterados.

A agressividade entre os reclusos não pode ser entendida isoladamente; será necessário contextualizar o apoio social do participante, as psicopatologias existentes no meio prisional, que interferem com a adaptação da pessoa reclusa ao meio, o código interno informal e as normas da instituição, para se compreender a agressividade entre os indivíduos, Sanni e Matos (1998) referem que os sujeitos não vêem o encarceramento como um castigo merecido, o que dificulta a adaptação do indivíduo, a interiorização das normas institucionais e o estabelecimento de códigos informais entre pessoas reclusas, que condicionam o seu cotidiano. A agressividade aparece sempre como “natural” entre os indivíduos reclusos, como meio de comunicação, uma vez que todos têm uma em comum, o crime e a violência, o medo e perturbações de índole sócio emocional.

Embora os quadros psicopatológicos possam estar estruturados antes da reclusão, podem vir a agravar, ou seja, por exemplo como referem alguns autores, Transtornos Somatomorfes com o tempo podem acentuar-se transformando-se em Perturbações Psicossomáticas.

O Apoio Social (formal e informal) tem uma grande importância no contexto prisional nas suas múltiplas facetas de integração social, conexão social e ajuda, no sentido de se contribuir para uma boa estruturação psicológica do indivíduo na sociedade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ballone, G.J. (2011). *Somatizações e Quadros Dolorosos*. In PsiqWeb, retirado em 20 de Maio de 2012 de [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br).
- Bandura, A. (1973). *Aggression: a social learning analysis*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Bandura, A., Lipsher, D.H., & Miller, P.E. (1960). Psychotherapist's Approach/avoidance Reactions to Patients expressions of Hostility. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 1-8.
- Baratta, A. (1990). Ressocialização ou controle social: uma abordagem crítica da reintegração social do sentenciado. Retirado em 08 de Nov. de 2012 de <http://www.eap.sp.gov.br/pdf/ressocializacao.pdf>.
- Becker, H. (1973). *Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance*. Nueva York: The Free Press.
- Berkowitz, L. (1962). *Aggression: A social psychological analysis*. Nueva York: Mc Graw-Hill.
- Bernard, L. L. (1924). *Instinct: A Study in Social Psychology*. Nueva York : H. Holt & Co.
- Blumer, H. (1967). Sociological Implications of the thought of G. H. Mead. *American Journal of Sociology*, 71, 535-548.
- Born, M. (2005). *Psicologia da Delinquência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bovet, P. (1924). *The Fighting Instinct*. Nueva York: Dodd Mead & Co.
- Bowling, A. (1991, May). *Social support and social networks: Their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community*. An analysis of concepts and review of the evidence. *Fam Pract.*, 8 (1), 68-83.

- Broadhead, W. E., Kaplan, B. H., James, S. A., Wagner, E. H., Schoenbach, V. J., Grimson, R., Heyden, S., Tibblin, G., & Gehlbach, S. H. (1983). The epidemiological evidence for a relationship between Social Support and health. *American Journal of epidemiology*, 117 (5), 521-537.
- Buss, A. H. (1969). *The psychology of aggression*. Nueva York: J. Wiley and Sons.
- Buss, A. H. (1961). *The psychology of aggression*. Nueva York: J. Wiley.
- Buytendijk, F.J.J. (1951). *De Vrouw*. Het Spectrum, tradução castelhana, *La mujer*. Revista de Occidente. Madrid 1970.
- Campayo, J. G. (2007). *Fenómenos de somatización en la población penitenciaria: diagnóstico y tratamiento*. Rev. esp. sanid. Penit., 9 (3), 34-41.
- Cantarow, A., & Schepartz, B. (1962). *Biochemistry*. Nueva York: W. B. Saunders Co.
- Caplan, R. D. (1979). Social Support, person-environment fit and coping. En L. A. Ferman e J.P. Gordons (Ed.). *Mental Health and the Economy*. Kalamazoo, MI: Upjohn Institute, 83-137.
- Carvalho, C. (2003). *Corpos Minados – Um estudo exploratório no espaço interno da cultura prisional*. CES/FEUC.
- Carvalho, H. (1991). Ser delinquente: Sintoma de patologia da personalidade?. 2º Encontro Nacional de Saúde Mental em Meio Prisional de Temas Penitenciários. Lisboa.
- Carvalho, M. J. (2003). *Entre as Malhas do Desvio: Jovens, Espaços, Trajectórias e Delinquências*. Oeiras: Celta Editora.
- Carvalho, P. (2010). Gangues de rua em Luanda: De passatempo a delinquência. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 63, 71-90.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300-314.

- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology, 7*, 269-297.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, Social Support and the Bufferin Hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*, 310-357.
- Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb, H. B. (2000). *Social support measurement and intervention*. New York: Oxford University Press.
- Cook, D., Baldwin, P, & Howison, J. (1990). *Psychology in Prisons*. London- New York.
- Córdova, M. (1988). *Los condicionantes de la agresión carcelaria*. Maracaibo: Universidad del Zulia.
- Cramer, D., Henderson, S., & Scott, R. (1997). Mental health and desired social support: A four-wave panel study. *Journal of Social and Personal Relationships, 14*, 761-775.
- Crespo, F. (2007, Julio-Septiembre). *Construcción y validación de la escala para medir prisionización*. Capítulo Criminológico, 35 (3), 375 – 407.
- Crespo, F. (2009, Enero-Diciembre). Cárceles: subcultura y violencia entre internos. *Revista Cenipec, 28*, 123-150.
- Cunha, M. I. (2008). *Aquém e além da Prisão. Cruzamentos e Perspectivas*. Lisboa: 90 Graus.
- Dahlke, R. (1992). *A Doença como Linguagem da Alma: Os Sintomas como oportunidade de desenvolvimento*. Trad. a português: Dante Pignatari. São Paulo: Editora Cultrix.
- Damásio, A. (2003). *Ao encontro de Espinosa: as emoções sociais e a Neurologia do sentir*. Lisboa: Europa-América.
- Davidson, R. J. (1981). The best of biofeedback: Review of Biofeedback and self-regulation edited by N. Birbaumer and H. Kimmel. *Contemporary Psychology, 26*, 92-94.
- Dollard, J., Doob, L., Miller, N., Mowrer, O., & Seares, R. (1939). *Frustration and aggression*. New Haven: Yale University Press.

- Dunbar, M., Ford, G., & Hunt, K. (1998). Why is the receipt social support associated with increased psychosocial distress? An examination of three hypotheses. *Psychology and Health, 13*, 527-544.
- Durá, E. J. G. (1991). La Teoría del Apoyo Social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. Universidad de Valencia. *Revista de Psicología Social, 6* (2), 257-271.
- Ell, K., Nishimoto, R., Mediansky, L., Mantell, J., & Hamovitch, M. (1992). Social relations, social support and survival among patients with cancer. *Journal of Psychosomatic Research, 36* (6), 531-541.
- Emmons, R.A., & Colby, P.M. (1995). Emotional conflict and well-being: Relation to perceived availability, daily utilization, and observer reports of social support. *Journal of Personality and Social Psychology, 68* (5), 947-959.
- Eysenck, H. J. (1964). *Crime and Personality*. (1<sup>st</sup>. Ed.) London: Routledge and Kegan Paul.
- Farrington, D.P. (1990<sup>b</sup> ). Implications of criminal career research for the prevention of offending. *Journal of Adolescence, 13*, 93-113.
- Farrington, D.P., & West, D. J. (1990). The Cambridge study in delinquent development: A long-term follow up of 411 London males. In H. J. Kerner and G. Kaiser (eds). *Criminality: Personality, Behaviour and Life*. History 38-115. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Fernandes, N., & Tomé, R. (2001). Alexitimia. *Revista Portuguesa de Psicossomática, 3* (2), 97-115.
- Feshbach, S. (1964). The function of aggression and the regulation of aggressive drive. *Psychological Review, 71*, 257-272.
- Foucault, M. (1999). *Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Freud, S. (1972). *Studienausgabe*. Frankfurt: S. Fischer Verlag.

- Ganster, D. C., Fusilier, M.R., & Mayes, B.T. (1986). Role of social support in the experience of stress at work. *Journal of Applied Psychology*, 71 (1), 102-110.
- Garrido, V. (1993). *Técnicas de tratamiento para delinquentes*. Madrid: Centro de Estudios Ramon Areces.
- Garrido, V., Redondo, S., Anguera & Argilaga, M. T. (1991). El ideal de la rehabilitación y la intervención en las prisiones. *Delincuencia*, 3 (3), 187-316.
- Geen, R. (1968). Effects of frustration, attack and prior training in aggressiveness upon aggressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 9, 316-321.
- Glueck, S. E. (1950). *Unraveling juvenile delinquency*. Harvard University Press. Trad. Francesa: *Delinquants en herbe*. Vitte, 1956.
- Goffman, E. (1983). *Estigma. Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Goffman, E. (1999). *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Gonçalves, R. (1993). *A Adaptação à Prisão*. Lisboa: Direção Geral dos Serviços Prisionais.
- Gonçalves, R. A. (1993<sup>a</sup> ). Psicólogos no Sistema jurídico-penal português. Situação actual e perspectivas futuras. *Jornal de Psicologia*, 11 (2), 8-12.
- Gonçalves, R. A. (1993<sup>b</sup> ). *A adaptação à prisão: um processo vivido e observado*. Lisboa: Direcção Geral dos Serviços Prisionais.
- Gonçalves, R. A. (1996). Psicologia da justiça: Um longo passado para uma designação recente. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 207-218.
- Gonçalves, R. A. (1998). Tratamento penitenciário: Mitos e realidades, ilusões e desilusões. *Temas Penitenciários*, 2 (1), 65-82.
- Gonçalves, R. A. (1999). *Psicopatia e Processos Adaptativos à Prisão: da Intervenção para a prevenção*. Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia. Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho. (1<sup>a</sup>ed.).

- Gonçalves, R. A. (1999a). *Psicopatia e processos adaptativos à prisão: Da intervenção para a prevenção*. Centro de Estudos de Educação e Psicologia. Braga: Universidade do Minho.
- Gonçalves, R. A. (1999b). Psychopathy and offender types. Results from a portuguese prison sample. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22, 337-346.
- Gonçalves, R. A. (2004). Agressores sexuais em meio prisional: Investigação, avaliação e intervenção. *Direito e Justiça, número especial*, 127-140.
- Gonçalves, R. A. (2007). *Promover a mudança em personalidades anti-sociais: Punir, tratar e controlar. Análise psicológica em 2007 de* <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v25n4/v25n4a03.pdf>
- Gonçalves, R. A., & Vieira, H. (1995). Sobrepopoamento, Stress e estratégias de confronto em meio Prisional. *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, 5, 173-207.
- Greeff, E. (1958). *La structure du drame chez les assassins, en Structures et liberté*. Estudios carmelitanos. Desclée, 187-223.
- Heller, K. (1979). The effects of social support: Prevention and treatment implications. In A.P. Goldstein & F.H. Kanfer (Eds.), *Maximizing treatment gains: Transfer enhancement in psychotherapy* (pp.353-382). New York: Academic Press.
- Hodfoll, S. E., & Stokes, J.P. (1988). Social Support and Psychological Distress: A longitudinal analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 365-370.
- House, H. S. (1981). *Work, Stress and Social Support*. Reading, MA: Addison Wesley.
- Ireland, J. L., Brown, S. L., & Ballarini, S. (2006). Maladaptive personality traits, coping styles and psychological distress: A study of adult male prisoners. *Personality and Individual Differences*, 41 (3), 561-573.
- Johnson, R. N. (1972). *Aggression in man and animals*. Philadelphia: Saunders.

- Kessler, R.C., Price, R.H., & Wortman, C.B. (1985). Social factors in psychopathology: Stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 36, 72-531.
- Kroner, D., & Forth, A. (1995). The Toronto Alexithymia Scale with incarcerated offenders. *Personality Individual Differences*, 19 (5), 625-634.
- Kuo, Z. Y. (1930). The genesis of the cat's response towards the rat. *Journal comp. psychology*, 11, 1-35.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (2001). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lévi-Strauss, C. (1960). Race et histoire. In Unesco. *Le racisme devant la science* (p.81-241). Bruxelles: Unesco.
- Lin, N; Simeone, R., & Enzel, W. (1979). *Social support, stressful life events, and illness: a model and an empirical test*. *Journal Health Soc. Behav.*, 20-108.
- Lorenz, K. (1950). Traducción castellana: *Consideraciones sobre las conductas animal y humanas*. Barcelona: Plaza y Janés. 1974.
- Lorenz, K. (1973). *Evolution and the Modification of Behavior*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lorenz, K. (1978). *Sobre la agresión, el pretendido mal*. Madrid: Siglo XXI.
- Lumley, M. A., Ovies, T., Stettner, L., Wehmer, F., & Lakey, B. (1996). Alexithymia, social support and health problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 519-530.
- Mackal, P. K. (1979). *Psychological Theories of Aggression*. North-Holland. Amsterdam: Publishing Company.
- Maher, M. S. (1986). On human symbiosis and the vicissitudes of individuation. In P. Buckley (Ed.), *Essential papers on objet relations: Essential papers in psychoanalysis* (pp.200-221). New York: New York University Press.

- Marques, A. M. M. B. (2010). Esquemas Mal-Adaptativos Precoces, ansiedade, depressão e psicopatologia em reclusas. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade do Porto.
- Mead, G. H. (1956). *On Social Psychology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Megargee, E. (1976). *Dinámica de la agresión. El individuo en los grupos sociales en los conflictos internacionales*. México: Trillas.
- Meyer, A. S. (1992). Investigation of phonological encoding through speech error analyses: Achievements, limitations and alternatives-cognition, [on-line], 42, 181-211.
- Moreira, J. J. S. (1994). *Vidas Encarceradas: Estudo Sociológico de uma Prisão Masculina*. Lisboa: Coleção Cadernos do CEJ.
- Neto, O. B. (2004). *O conceito de desvio na teoria social contemporânea: modernidade e controle*. [on-line], 1, 1-37.
- OMS (2002), Organização Mundial da Saúde.
- Ornelas, J. (1996). Suporte social e doença mental. *Análise Psicológica*, 2-3 (14), 263-268.
- Padrón, M. (2006). *La violencia carcelaria*. 2ª Época, Vol. 25, N1, pp. 97 – 113.
- Palma, A. C. (2003). *Sobrepenas: Os Excessos na Execução Penal*. Monografia do Curso de Especialização em Modalidades de Tratamento Penal e Gestão Prisional. Universidade Federal do Paraná.
- Pavlov, I. P., Schniermann, A. L., & Kornilov, K. N. (1963). *Psicología reflexológica*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Payne, R.L., & Jones, J.G. (1987). *Measurement and Methodological Issues in Social Support*. En, S. V. Kasl e C. L. Cooper (Ed.). *Stress and Health: Issues in research methodology*. London: Wiley and Sons.
- Pereira, J. (1998). Valores e Prevenção da Reincidência. *Temas Penitenciários*, 1 (2), 87-92. Lisboa.

- Perelberg, R. J. (2004). Narcissistic configurations: Violence and its absence in treatment. *International Journal Psycho-Anal*, 85, 1065-1079.
- Piaget, J. (1975). *A equilibração das estruturas cognitivas*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Pinatel, G. (1975). *Traité de droit Pénal et de la Criminologie*. T.III : Criminology. Paris : Dolloç (1ªEd. 1963).
- Raher, J. et al. (1967). Intercorrelations between Affect, urinary 17 OHCS levels and Epileptic convulsions. *Psychosomatic Medicine*, 29, 144-150.
- Ribeiro, J.L.P. (1999). *Escala de satisfação com o suporte social*. *Análise Psicológica*, 3 (8), 547-558.
- Rook, K.S., & Dooley, D. (1985). Applying Social Support Research: Theoretical problems and future directions. *Journal of Social*, 41 (1), 5-28.
- Salovey, P., Mayer, J.D., & Caruso, D. (2000). Models of emotional intelligence. In R. J. Stenberg (Ed.), *The handbook of intelligence* (pp. 396-420). New York: Cambridge University Press.
- Salovey, P., Rothman, A.J., Detweiler, J.B., & Steward, W.T. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55 (1), 110-121.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., & Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 127-139.
- Sarason, I.G., Sarason, B., Potter III, E. & Antoni, M. (1985). *Life events, social support, and illness*. *Psychosomatic Medicine*, 47 (2), 63-156.
- Sarason, B.R., Shearin, E.N., Pierce, G.R., & Sarason, I.G. (1987). Interrelations of Social Support measures: Theoretical and practical implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 4, 813-832.

- Sani, A., & Matos, M. (1998). Crime - uma questão de oportunidade?. *Infância e Juventude*, 3, 77-116.
- Sartre, J.P. (1943). *L'Être et le néant*. Gallimard; tradução castellana: *El ser y la nada*. Losada. Buenos Aires. 1966.
- Scott, J.P. (1958). *Aggression*. Chicago: University of Chicago Press.
- Seidl, E. M. F., & Tróccoli, B. T. (2006). *Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em pessoas vivendo com HIV/aids*. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 22, 317-326.
- Selg, H. (1968). *Diagnostik der Aggressivität*. Göttingen: Hogrefe.
- Sheldon, W. A. (1949). *Varieties of Delinquent Youth*. Nova York: Harper.
- Shumaker, S. A., & Brownell, A. (1984). Toward a Theory of Social Support: Closing Conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 40 (4), 11-36.
- Silva, D., Barroso, J., Córias, J. O., & Costa, R. B. (1995). *Os jovens e a justiça*. Lisboa: APPORT.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., Ramos, H., Carvalhosa, S. F., Dias, S., & Gonçalves, A. (2003). Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4 (1), 21-32.
- Skinner, B. (1983). *O Mito da Liberdade*. Tradução Brasileira: Summus Editorial. São Paulo.
- Soczka, L. (2001). Modelos de análise de redes sociais e limitações do modelo de equilíbrio estrutural de Heider. *Psicologia*, XV (1), 147-175.
- Souto, M. (2000). *A alexitimia e a dependência de drogas: os sentimentos, o discurso e as drogas*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Sykes, G. (1958). *The society of captives*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.

- Tardy, C.H. (1985). Social Support measurement. *American Journal of Community Psychology, 13*, 187-202.
- Uchino, N.B. , Cacioppo, T.J., & Kiecolt-Glaser, K. J. (1996). The relationship between Social Support and physiological processes: A review whit emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin, 119*, 488-531.
- Valente, T. (1995). *Network models of the diffusion of innovations*. Nova Jérsia: Hampton Press.
- Van Rillaer, J. (1975). *L'agressivité humaine*. Bruselas: Dessart & Mardaga.
- Vergote, A. (1958). L'inérêt philosophique de la psychanalyse freudienne. *Archives de philosophie, 21*, 38.
- Vilhjalmsson, R. (1994). Effects of social support on self-assessed health in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 23* (4), 437-452.
- Weiss, R. S. (1974). *The provision of Social Relationships*. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall.
- West, D. J. (1982). *Delinquency: It's Roots, Careers and Prospect*. London: Heinemann.
- Wills, T. A. (1997). Social support and health. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West e C. McManus (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (pp.168- 170). United Kingdom: Cambrigde University Press.
- Yela, M. (1978). Herencia y ambiente en la psicología contemporánea. *Boletín informativo de la Fundación Juan March, 76*, 3-25.
- Zamble, E. e Porporino, F. J. (1988). *Coping, behavior, and adaption in prison inmates*. New York: Springer.
- Zillmann, D. (1979). *Hostility and Aggression*. LEA. Hillsdale. New Jersey.
- Zimmermann, G. (2006). Delinquency in male adolescents: the role of alexithymia and family structure. *Journal of Adocescence, 29*, 321-332.

## **ARTIGO EMPÍRICO**

### **A Pessoa Reclusa em Contexto Prisional: Agressividade, Sintomas Psicopatológicos e Apoio Social**

## RESUMO

Desenvolveu-se um estudo empírico cujo objetivo é compreender a agressividade em contexto prisional, num grupo de 20 participantes, reclusos, em função dos seus sintomas psicopatológicos e apoio social. Foram aplicados os questionários SCL-90 (sintomas psicopatológicos) e NSSQ (apoio social) e uma entrevista semi-estruturada sobre a agressividade na prisão.

A análise dos resultados evidencia índices psicopatológicos reveladores de doença psiquiátrica, o apoio social é considerado pelos participantes como satisfatório, é na sua maioria constituído pelos irmãos, mãe e amigos e a agressividade surge como forma de defesa e autoafirmação, num ambiente em que proliferam conflitos associados com o tráfico de droga e pagamento de dívidas. Pensamos ser importante uma abordagem individualizada, da pessoa reclusa, procurando a resolução de conflitos, ajustar tratamentos tendo em consideração distúrbios da personalidade e treinar competências pessoais e interpessoais, melhorando assim a relação e adaptação ao meio prisional.

**Palavras-Chave:** Violência, Criminosos, SCL-90-Revised, NSSQ, Apoio Social

## **ABSTRACT**

This empirical study, on aggressive behaviours in a prison environment, studied a group of twenty participants, inmates, according to their psychopathological symptoms and social support. The SCL-90 (psychopathological symptoms) and NSSQ (social support) questionnaires and a semi-structured interview were used to analyse aggression in prison.

The analysis of the results obtained reveal psychopathological indices of psychiatric illness, that social support is considered as satisfactory by the participants (mostly given by their brothers, mother and friends) and that aggressiveness arises as a defence and self-assertion in an environment of proliferating conflicts associated with drug trafficking and debts. An individualized approach is important, seeking conflict resolution and treatment adjustment, taking into consideration personality disorders, as well as training personal and social skills, thus improving their relationship and adaptation to the prison environment.

**Keywords:** Violence, Criminals, SCL-90-Revised, NSSQ, Social Support

## INTRODUÇÃO

Moreira (2008), descreve as prisões como locais de pessoas impulsivas, agressivas e com emocionalidade reativa diminuída, como no caso da psicopatia ou perturbação antissocial da personalidade, devendo na sua opinião, estas pessoas permanecerem em instituições psiquiátricas e não nas prisões. Teplin, McClelland, Abram e Weiner (2005) salientam que a perturbação mental é uma das características que potencia a agressividade e a vitimização prisional entre os reclusos.

Segundo Palma (2003), existem determinados quadros clínicos que parecem ser próprios do ambiente penal, sem que se possa delimitar uma categoria à parte, pois não são exclusivos desse ambiente, podendo-se mesmo assim considerar que existem as psicoses carcerárias, incluindo traços paranoides que se costumam agravar com o isolamento, por vezes associados a fenómenos alucinatórios.

Alguns autores como Fazel e Danesh (2002), realizaram vários estudos sobre saúde mental em estabelecimentos prisionais de 12 países ocidentais (amostra de 18.530 homens) tendo concluído que 3% a 7% dos participantes sofriam de perturbações psicóticas, 10% de perturbação depressiva major e 65% de perturbações da personalidade, dos quais 47% com perturbação antissocial. Hare (1991) refere que nas instituições prisionais encontram-se essencialmente indivíduos com traços antissociais; enquanto na sociedade em geral a prevalência de perturbação antissocial da personalidade é relativamente diminuta (3% nos homens, segundo American Psychiatric Association, 2002), em ambiente prisional a prevalência estima-se entre os 50% e 80%. Segundo Hare (1995/1996), embora nem todos os indivíduos com perturbação antissocial da personalidade sejam necessariamente psicopatas, a taxa de psicopatia nas prisões rondam entre 15% e 20%.

Diversas teorias como a de Perles (2002), sobre os comportamentos delinquentes, apoiam a ideia da influência da família como um dos fatores de risco ou de proteção do indivíduo. Ruíz (2002) indica que é característico da vida das pessoas reclusas, antecedentes de uma estrutura familiar desfeita, referindo a ausência de uma das figuras parentais ou de lares onde não existe um clima de carinho, proteção e segurança, ou ainda a inexistência de normas claras de comportamento. Por outro lado, as redes de sociabilidade familiar e comunitária do agregado familiar, são afetadas quando um dos membros é submetido a um encarceramento, fragilizando-se eventuais suportes materiais e afetivos delas decorrentes e problematizando as condições de integração social devido a atitudes e práticas de humilhação,

evitamento e segregação, tendo como alvo elementos da família do condenado. No entanto, importa ter presente que a intensidade deste impacto é variável, dependendo, entre outros fatores, do tipo de crime associado à condenação, do grau de mediatização do crime e da condenação, das características socioculturais da comunidade de origem do condenado e da incidência das taxas de reclusão nessa mesma comunidade (Goffman, 1988).

Menin (2000), aborda alguns estudos que também tentam mostrar como as representações de justiça circulam no meio sociocultural dos indivíduos e como os seus conteúdos cognitivos, valorativos e afetivos vão-se construindo em função “do patrimônio cultural do indivíduo, do decurso da sua vida dentro desse patrimônio e das circunstâncias criadas pela sociedade atual em que vive” (p. 61). Na maioria das vezes os parceiros dos reclusos no mundo do crime, são recrutados no universo dos parentes e no dos vizinhos, apresentando estas coligações entre apoio social e delinquência um perfil de fluidez, instabilidade e atomização (Cunha, 2002). Muitas das pessoas reclusas pertencem ao mesmo bairro, por isso chegam à prisão, articuladas em redes de interconhecimento, combinando laços de parentesco, amizade e vizinhança. A prisão para muitos dos indivíduos é uma realidade já muito presente, antes da sua reclusão, ou seja, antes da sua detenção estas pessoas já teriam incorporado a prisão no seu horizonte e na sua trama quotidiana.

Segundo Bergeret (1998), o Sistema Prisional realça um ambiente de opressão e de controlo, não favorecendo o desenvolvimento de diferentes formas de resolução dos problemas da pessoa reclusa propiciando que esta venha a reagir com comportamentos de acting out, irrefletidos, impulsivos e agressivos, de fuga ou recusa de relação ou de mentalização, tendo consequências negativas para o próprio e para os outros.

Os indivíduos confrontados com as normas e falta de privacidade nas prisões, desenvolveram estratégias de sobrevivência, internalizando formas de estar, ou seja, uma cultura prisional, que obedece a uma hierarquia social muito peculiar, pois é constituída por grupos informais, com líderes e subjugados, regidos por normas e condutas específicas do meio prisional, que em caso de serem violadas, têm consequências físicas ou psicológicas de violência direta ou indireta. Tal como o cidadão comum tem de assimilar as normas, costumes e leis da sociedade, os indivíduos reclusos têm de fazer o mesmo em relação à sociedade carcerária (Clemmer, 1940); segundo este autor, a pessoa reclusa tem de assumir em maior ou menor grau, os modos de vida, tradições e costumes da cultura penitenciária. O impacto da prisão produz mudanças nos indivíduos, verificando-se os mesmos trâmites dos processos culturais e de integração em geral; nenhum recluso está imune a um processo que inclui entre

outros aspetos, a adoção de uma linguagem local, a adaptação de novos hábitos de vestuário, falta de privacidade, etc.

Vários estudos destacam que tanto as variáveis institucionais como pré-institucionais influenciam sociologicamente a cultura prisional e os processos de agressividade e vitimização. Gendreau, Goggin e Law (1997), efetuaram uma revisão de 39 estudos sobre problemas disciplinares na prisão, tendo constatado que estas variáveis afetavam o comportamento adaptativo dos indivíduos em meio prisional. O comportamento agressivo é frequentemente associado a infrações institucionais, embora possa ser utilizado como uma estratégia de adaptação à prisão, onde os stressores são comuns e o ambiente reduz a escolha de estratégias disponíveis para lidar com os problemas (Ireland, Brown & Ballarini, 2006). Num estudo com indivíduos reclusos em Espanha, Fornells, Capdevila e Pueyo (2002), verificaram que a agressividade, apresenta uma correlação positiva significativa com a ocorrência de processos disciplinares muito graves; Lahm (2008), ao estudar a ocorrência de confrontos físicos entre reclusos comprovou uma relação idêntica, significativa, concluindo que as pessoas reclusas com níveis mais elevados de agressividade revelem uma pior adaptação à prisão.

Sykes (1958) e Goffman (1999), referem vários tipos de privação no meio prisional: privação de liberdade (com isolamento familiar e repulsa da sociedade), privação de bens e serviços, de relacionamentos heterossexuais, autonomia pessoal (perda de status e privação de segurança pessoal, com internalização de insegurança e medo do convívio com outros delinquentes) e a privação dos direitos e necessidades humanas elementares (induzindo mal-estar físico, psicológico, emocional e social dos indivíduos reclusos). Para se adaptar e recuperar a autoestima e sobrevivência no meio prisional, o indivíduo recluso vê-se obrigado a adotar um código de conduta informal peculiar à comunidade carcerária (incluindo regras como ser camarada, não ser delator, não demonstrar fraqueza e evidenciar hostilidade para com o staff prisional).

A interiorização da cultura prisional, leva a que os indivíduos reclusos considerem legítimo responder contra quem os tenha agredido, constituindo-se este direito à “retaliação” uma norma entre esta população; caso a pessoa reclusa não consiga preservar o “respeito”, vingar-se de uma agressão e impor-se, passa a ser visto pelos restantes companheiros como um alvo fácil e vulnerável. Desta forma, a resposta a qualquer ato, constitui-se praticamente como um dever do indivíduo ofendido, caso contrário, será o alvo a perseguir, com maior probabilidade de ser novamente vitimizado no futuro (ODonnell & Edgar, 1998). De acordo

com estas normas, é preferível a vingança, do que reclamar à administração penitenciária a agressão de que se foi alvo (Gonalves, 2002). Tem-se constatado que a agressividade expressa ou o facto de se ser conhecido no meio prisional entre os indivíduos reclusos, como violento, torna a vitimização provável, uma vez que se passa a ser considerado pelos restantes como uma pessoa dura e forte (Power, Dyson & Wozniak, 1997); os que não adotam os valores da cultura prisional acabam por ficar mais isolados, o que pode levar a que sejam considerados como alvos atrativos de vitimização quase coletiva (South & Wood, 2006).

A violência entre as pessoas reclusas, é uma forma de reação para com as condições opressivas e degradantes do ambiente prisional, a que se associam problemas entre os próprios indivíduos reclusos, conflitos entre bandos, etc. como forma de controlo do próprio meio (Silberman, 1992). Vários estudos como o de Lahm (2001) e Viggiani (2007) verificaram que a privação de bens-materiais é responsável por lutas entre os reclusos, pois todos querem obter alguns bens. Levenson (2002) refere que a sobrelotação tem o mesmo efeito perverso, ou seja, quanto mais indivíduos habitam numa determinada instituição prisional, menos bens-materiais se encontram disponíveis para cada um, potenciando-se assim a violência. Silberman (1992) refere que a sobrelotação tem sido considerada causa de motins de assaltos diários entre indivíduos reclusos, facilitando a organizações de bando, levando as autoridades prisionais a perderem o controlo. Ireland (2004) refere que a maior parte da violência reportada entre pessoas reclusas ocorre onde se verifica um défice de guardas para o número de indivíduos alojados num dado estabelecimento.

Ireland (2004) defende que um modelo administrativo constituído por um acentuado controlo prisional ao permitir o estabelecimento da ordem e controlo, leva a um ambiente prisional mais pacifista, produtivo e humanista, independentemente da lotação da prisão. No entanto, alguns estudos vieram a constatar que prisões altamente controladas, podem criar condições mais rígidas e opressivas, que condicionando a adaptação ao meio prisional, podendo aumentando bruscamente a vitimização e por consequência a agressividade nas prisões (Huebner, 2003; Reisig & Lee, 2000). Por outro lado, Irwin e Cressey (1962) referem que a adaptação das pessoas reclusas é moldada, não apenas por fatores institucionais exercidas sobre os indivíduos reclusos, mas pelas suas experiências de socialização. Estes indivíduos também adotam no meio prisional, os mesmos valores, atitudes, crenças, normas sociais, regras e comportamentos disruptivos observáveis ainda em liberdade, transportando-os para a prisão (Lahm, 2001).

Algumas perspectivas, salientam a importância dos mecanismos de *coping* e capacidade adaptativa do indivíduo recluso na prisão (Anaut, 2005), focam estratégias de adaptação das pessoas e tentam avaliar a sua eficiência num determinado contexto ambiental, levando em consideração outras variáveis que possam interagir com as estratégias utilizadas para o bem-estar sentido ou esperado. Nesta perspectiva, o padrão comportamental dos indivíduos reclusos é influenciado não apenas pelas características de cada prisão, mas também pelas características pré-institucionais dos indivíduos, principalmente pela percepção de cada pessoa reclusa em particular, verificando-se que a forma violenta de lidar com as situações se relaciona com o estilo de vida pré-institucional (Hochstetler & DeLisi, 2005). Moreira (2008), evidencia que as pessoas reclusas com fracos mecanismos de coping, têm maior dificuldade em adotar estratégias adaptativas eficazes, porque o seu passado pré-institucional não os equipou para responder de forma adaptada às adversidades do cotidiano prisional.

DeLisi, Trulson, Marquart, Drury e Kosloski (2010), consideram que no percurso de vida anterior à reclusão, os acontecimentos de vida marcantes principalmente durante a infância, acabam por precipitar o comportamento antissocial durante a adolescência e os problemas disciplinares durante o encarceramento. No mesmo sentido Wooldredge (1998), testou a aplicabilidade da teoria do estilo de vida prisional, propondo que o estilo de vida adotado na cultura de origem e as características demográficas e criminais pelas quais estes indivíduos são detidos, seriam importantes preditores de vitimização em contexto prisional; estes fatores considerados também por de Goetting e Howsen (1986) como determinantes da agressividade nas prisões, foram analisados numa amostra de 5586 indivíduos tendo-se verificado que a frequência de infrações disciplinares reportadas, encontravam-se significativamente associadas com o fato dos indivíduos reclusos serem jovens, do género masculino, com elevada reincidência criminal, altas taxas de desemprego (antes de serem condenados) e condenados a longas penas.

Segundo Flanagan (1983), constatou que os fatores relacionados com a idade em que o indivíduo comete o crime, tipo de crime e duração da pena encontram-se significativamente associados com taxas de infrações disciplinares na prisão, incluindo a agressividade. Power et al. (1997), verificaram que em contexto prisional os agressores apresentam maior probabilidade de terem sido condenados por crimes violentos, comparativamente às suas vítimas e também constataram que a rede de conhecimentos adquirida fora da prisão influencia a vitimização em contexto prisional, uma vez que na prisão voltam novamente a juntarem-se indivíduos que partilham do mesmo passado cultural. South e Wood (2006),

verificaram que a probabilidade de uma pessoa reclusa tornar-se vítima ou agressor encontra-se relacionada com a idade, verificando-se que os agressores são normalmente indivíduos mais jovens e as vítimas indivíduos mais velhos. Pare e Logan (2011), por seu lado, referem vulnerabilidades em contexto prisional, como a perturbação mental, numa maior probabilidade de vitimização.

Considerando que fatores emocionais ou de autocontrolo não explicam por si só a vitimização prisional (Blevins, Listwan, Cullen & Jonson, 2010), outros autores salientam a importância da interação com o mundo exterior (Wooldredge, 1991) durante a execução da pena, a capacidade administrativa das prisões (Huebner, 2003) no sentido da introdução de programas formativos e reabilitativos na diminuição da carga totalizadora da prisão (Toch, 1992), pois como Goffman (1999), refere que a vertente totalizadora das prisões é potenciadora de violência, uma vez que a vigilância constante do comportamento das pessoas reclusas gera tensão embora a explosão agressiva seja aparentemente atenuada.

Cressey (1961) evidencia, neste contexto que a resposta à prisão é determinada pelos papéis e valores sociais externos, ou seja, o ambiente social da prisão também reflete configurações culturais mais vastas, não sendo apenas um produto direto de condições internas, inerentes à reclusão.

Pietrukowicz (2001), dá relevância a fatores de suporte social no bem-estar do indivíduo, podendo este ser entendido como um processo de interação entre pessoas ou grupos de pessoas, que através do contato sistemático estabelecem vínculos de amizade e de informação, recebendo apoio material, emocional e afetivo.

Na prisão as famílias asseguram a ligação dos seus membros reclusos à vida comunitária, durante a execução da pena de prisão, podendo ser uma fonte de estabilidade, apoio e encorajamento durante a difícil transição para a vida em liberdade.

Estudos como o de Moreira (2002) analisaram o papel fundamental da perceção do apoio social como fator preditivo da adaptação, tendo-se concluído como Roy, Steptoe e Kirschbaum (1998) que quanto maior for o apoio social, melhor é a regulação do stress, Mizuno et al. (2003) salientam que o apoio social reduz sintomas depressivos em doentes com HIV, Holtzman, Newth e DeLongis (2004) evidenciam que o apoio social promove o uso de estratégias de coping mais eficientes para lidar com a dor, Lim (1996) mostra a importância do apoio social na redução dos efeitos da insegurança profissional e Martinez et al. (2010) verifica que quanto maior é o apoio social mais fácil e completa é a reeducação e inserção social dos indivíduos reclusos. Vários estudos evidenciam, a importância das relações de

suporte como um dos fatores potenciadores da reinserção social bem-sucedida, a sua importância durante a execução da pena e probabilidade de redução da reincidência criminal dos ex-reclusos.

Com base em diversos estudos, nesta área, desenvolveu-se um estudo empírico cujo objetivo é estudar a perspectiva sobre a agressividade no contexto prisional, apoio social e sintomas psicopatológicos em homens reclusos considerados agressivos. A partir destes objetivos gerais, estabeleceram-se as seguintes questões de investigação:

- Qual é a perspectiva que os homens reclusos têm da violência na prisão?
- Qual é a avaliação que os homens reclusos fazem do seu estado de saúde mental?
- Quais as dimensões onde se verifica sintomatologia de maior gravidade?
- A gravidade de sintomas psicopatológicos está associada à idade, tempo de condenação, grau de escolaridade e estado civil?
- Qual é o apoio social percebido?
- O número de pessoas que fazem parte da rede social e grau em que a pessoa reclusa se sente apoiada, depende da idade, tempo de condenação, estado civil e grau de escolaridade?
- Será que a gravidade de sintomas psicopatológicos está associada ao grau de apoio e número de pessoas que fazem parte da rede social da pessoa reclusa?

Seguidamente iremos apresentar o método adotado no desenvolvimento do nosso estudo empírico.

## **MÉTODO**

### *Participantes*

Participaram neste estudo 20 homens classificados como agressivos, num Centro Penitenciário, constituindo uma amostra não probabilística (de conveniência). A média de idades foi de 35,75 anos e o desvio padrão de 10,48 anos, tendo o participante mais jovem 19 anos e o mais velho 53 anos. Relativamente ao estado civil, 75% são solteiros, 10% são casados ou em união de fato e 15% divorciados. Já no que ao número de filhos diz respeito, a amostra dividiu-se em partes iguais 50% com filhos e 50% e sem filhos; entre os participantes com filhos, seis têm um filho (60%), três têm dois filhos (30%) e um tem três filhos (10%). No que toca à escolaridade dos participantes a maior parte possui nível secundário (65%), cinco reclusos têm instrução primária (25%) e dois têm bacharelato (10%). No que diz respeito à profissão a resposta mais frequente foi ausência de profissão (20%), seguida de pedreiro (10%). As restantes profissões encontradas eram casos únicos em cada recluso (Quadro 1).

## Quadro 1

*Frequências absolutas (n) e relativas (%) para as variáveis sociodemográficas*

Variáveis sócio-demográficas	n	%
<b><u>Estado Civil</u></b>		
Solteiro	15	75
Casado/união de facto	2	10
Divorciado	3	15
<b><u>Filhos</u></b>		
Não	10	50
Sim	10	50
<b><u>Número de Filhos</u></b>		
Um	6	60
Dois	3	30
Três	1	10
<b><u>Escolaridade</u></b>		
Primária	5	25
Secundária	13	65,0
Bacharelato	2	10
<b><u>Profissão</u></b>		
Não tem	4	20,0
Pedreiro	2	10,0
Pintor	1	5,0
Empresário	1	5,0
Soldador	1	5,0
Taxista	1	5,0
Tratador de animais	1	5,0
Pintor de automóveis	1	5,0
Eletricista	1	5,0
Guia Turístico	1	5,0
Carpinteiro	1	5,0
Instalador de ar condicionado	1	5,0
Comerciante	1	5,0
Relações Públicas	1	5,0
Barbeiro/Tatuador	1	5,0
Cozinheiro	1	5,0

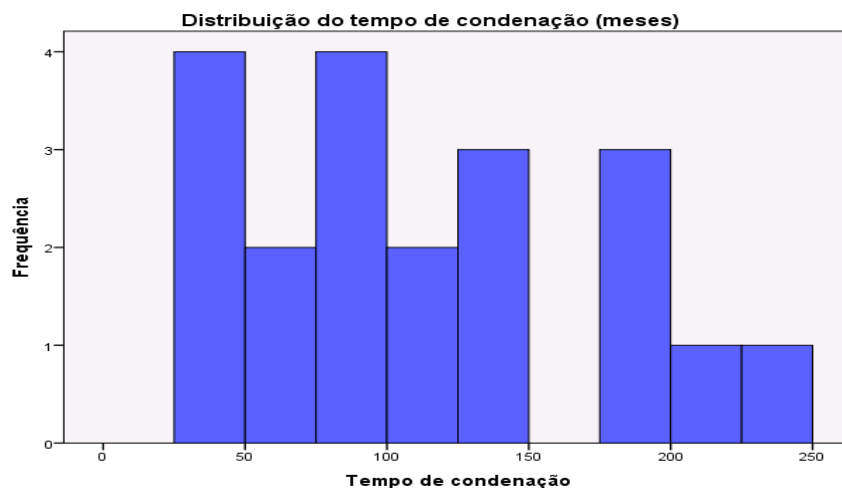
No que diz respeito ao comportamento dos participantes verificou-se que todos tinham historial de comportamentos agressivos a companheiros e que 75% atos de agressão com regularidade; 25% referiu que o fazia algumas vezes. No que diz respeito ao grau de delito a maioria foi condenada por roubo (55%) e de seguida surge homicídio com 15% (três casos). As restantes condenações foram identificadas de forma única por cada recluso (Quadro 2).

## Quadro 2

*Frequências absolutas (n) e relativas (%) para as variáveis de comportamento dos participantes*

Variáveis de comportamento	N	%
<b><u>Historial de comportamentos agressivos a companheiros</u></b>		
Sim	20	100,0
<b><u>Frequência de comportamentos agressivos</u></b>		
Algumas vezes	5	25,0
Com regularidade	15	75,0
<b><u>Grau de delito</u></b>		
Roubo	11	55,0
Homicídio	3	15,0
Agressão sexual	1	5,0
Maus tratos de género	1	5,0
Agressão sexual, Sequestro, Tentativa de homicídio	1	5,0
Tentativa de homicidio	1	5,0
Crime contra a saúde pública	1	5,0
Tráfico de drogas	1	5,0

Em relação ao tempo de condenação a média foi de 110,30 meses (aproximadamente 9,2 anos) com desvio padrão de 63,97 meses (aproximadamente 5,33 anos). O tempo mais elevado de condenação encontrado foi de 240 meses (20 anos) e o mais baixo de 26 meses (aproximadamente 2,2 anos). A distribuição destes resultados aproximou-se de uma distribuição uniforme e encontra-se representada no Gráfico 1.



**Gráfico 1:** *Distribuição do tempo de condenação em meses*

No que diz respeito ao tempo de permanência no centro penitenciário (Gráfico 2) até à data da entrevista, verificamos que grande parte dos participantes (30%) se encontra no centro penitenciário entre 2 e 4 anos, seguido dos mais reclusos (25%) - até 2 anos; por último 20% dos participantes encontra-se encarcerado entre 4 e 6 anos, 15% entre 6 e 8 anos e por fim 10% entre 8 e 10 anos.



**Gráfico 2:** *Distribuição dos participantes em percentagem do Tempo de Permanência no Estabelecimento Prisional*

## *Instrumento*

### *Questionário Sociodemográfico*

Foi realizado um Questionário Sociodemográfico a fim de melhorar e caracterizar o grupo de participantes, este inclui questões de preenchimento (idade, bloco, profissão, número de filhos) e de alternativa fixa (estado civil, nível de escolaridade, historial de comportamentos agressivos, sua frequência e tempo de condenação).

### *Entrevista semiestruturada*

Inclui seis perguntas diretas sobre como, porquê, quais as estratégias e o tipo de violência (psicológica, verbal e físico) utilizados com maior frequência entre os indivíduos reclusos.

### *Questionário Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R)*

A versão dos 90 sintomas SCL-90-R foi uma adaptação do original, Inventário de Sintomas de Derogatis de 1973 (Symptom Check List - SCL-90), Revisado (Symptom Check List-90-Revised - SCL-90-R), construído por Derogatis em 1977 e validado para a população espanhola, por González de Rivera, De las Cuevas, Abuín e Pulido em 1988. O SCL-90-R é um questionário multidimensional que avalia 90 sintomas e determina a sua intensidade numa escala de tipo "Likert" de 0 a 5 pontos ("Nada" = 0; "Muy poco"=1; "Poco"=2; "Bastante"=3; "Mucho"=4). Os indicadores de psicopatologia do instrumento são 3 índices globais (refletindo aspetos diferenciais dos transtornos a serem avaliados), 9 dimensões ou subescalas (dimensões definidas sobre uma base de critérios clínicos, racionais e empíricos) e 7 itens adicionais (que não se incluem nas nove dimensões mas que têm relevância clínica e juntam-se ao cálculo dos índices globais). O tempo de preenchimento deste questionário tem uma média de 15 minutos no máximo. Na versão convalidada do SCL-90-R para a população espanhola, apresentam-se provas de estudos sobre Validade Estrutural e Convergente, como o de González de Rivera (1990) numa população de adultos residentes em Tenerife e De las Cuevas et al. (1992) numa população de estudantes de medicina e Hernández (1997) num

população geral laboral numa empresa, que demonstram a consistência interna e fiabilidade deste inventário.

Mais especificamente, podendo ainda apresentar as seguintes características do SCL-90-R; os três índices globais:

***Índice de Gravidade Global dos Sintomas (GSI – Global Severity Index)*** combina a informação sobre a gravidade das alterações e o número de sintomas positivos. É um indicador direto do nível de gravidade dos sintomas, ou seja, é uma medida generalizada e indiscriminada da intensidade do sofrimento psíquico e psicossomático global. Calcula-se a partir da soma das pontuações obtidas nas nove dimensões e nos itens adicionais e dividindo esse número pelo total de respostas dadas (90 se respondeu a todas).

***Total de Sintomas Positivo (PST – Positive Symptom Total)*** número de sintomas com pontuação distinta de zero. É simplesmente o número total de sintomas que apresenta a pessoa, ou seja, a amplitude e diversidade da psicopatologia. Calcula-se contando o total de itens que tem uma resposta positiva (maior que zero); pontuações iguais ou inferiores a 3 nos homens, são consideradas como indicadores de uma tentativa consciente de se mostrarem melhores do que realmente são (imagem positiva), pontuações brutas superiores a 50 nos homens indica precisamente o contrário, tendência a exagerar as suas patologias.

***Sintoma da Angústia Positiva (PSDI – Positive Symptom Distress Index)*** avalia de forma combinada a intensidade e a frequência dos sintomas, ou seja, relaciona o sofrimento ou o “distress/angústia” global com o número de sintomas, por isso, é um indicador da intensidade sintomática média percebida pelo participante. Na prática, o PSDI, utiliza-se como um índice de estilo de resposta (se a pessoa tem tendência a exagerar ou a minimizar os problemas). Calcula-se dividindo a soma total das respostas dadas nos itens pelo valor obtido no PST; pontuações extremas neste índice também sugerem padrões de resposta que devem analisar-se em termos de atitudes de fingimento.

As nove dimensões sintomáticas são:

***Somatização (SOM)*** - itens: 1,4,12,27,40,42,48,49,52,53,56,58

Esta dimensão compreende doze sintomas que focam o mal-estar que surge da percepção de disfunções corporais, cardiovasculares, respiratórias e outros sintomas com forte mediação do sistema nervoso autónomo, incluindo também dores de cabeça, musculares e outras manifestações somáticas de ansiedade.

***Obsessiva – Compulsiva (OBC)*** - itens: 3,9,10,28,38,45,45,51,55,5

Inclui dez itens de sintomas característicos desta patologia: diversos pensamentos, ações e impulsos que são vividos como involuntários, indesejados, irresistíveis ou impossíveis de controlar, além de outras vivências e fenómenos cognitivos característicos dos transtornos e personalidades obsessivas.

***Sensibilidade Interpessoal (SIP)*** - itens: 6,21,34,36,37,41,61,69,73

Os nove sintomas desta dimensão recorrem a sensações de inadaptação social e em sentimentos de inferioridade, particularmente em contextos interpessoais; autodesprezo, sentimentos de estar pouco relaxado durante as relações com outras pessoas são manifestações características, assim como uma excessiva consciência de si mesmo e expectativas negativas relativas à comunicação com outros.

***Depressão (DEP)*** - itens: 5,14,15,20,22,26,29,30,31,32,54,71,79

Incluí 13 itens que abrangem um amplo conjunto de sintomas característicos do síndrome depressivo; sintomas de humor e afeto disfóricos, sentimentos de falta de esperança e ideias suicidas e outros estão representados por indicadores de baixa motivação, isolamento, perda de interesse pela vida e de energia vital.

***Ansiedade (ANS)*** - itens: 2,17,23,33,39,57,72,78,80,86

A dimensão ansiedade é constituída por dez itens, que compreende um conjunto de sintomas e condutas representativos de altas manifestações de ansiedade; indicadores gerais

como não ter paz, nervosismo e tensão, sintomas de ansiedade generalizada e os ataques de pânico.

***Hostilidade (HOS)*** - itens: 11,24,63,67,74,81

Esta dimensão é constituída por seis itens que estão claramente vinculados à conduta agressiva, reflete pensamentos, sentimentos ou ações que são características do afeto negativo da raiva. A seleção dos itens é representativa dos três tipos de manifestação e mostra características como a agressão, irritabilidade, raiva e ressentimento.

***Ansiedade Fóbica (AFO)*** - itens: 13,25,47,50,70,75,82

Os sete itens desta dimensão pretendem avaliar as distintas variantes da experiência fóbica, entendida como uma persistência de medo a pessoas, lugares, objetos ou a situações específicas, que são irracionais e desproporcionadas ao estímulo que a provoca, levando a que a pessoa desenvolva uma conduta de evitação ou de escape ao estímulo aterrorizante. Os sintomas desta dimensão centram-se nas manifestações mais disruptivas da conduta fóbica social, alguns dos quais típicos da agorafobia (medo a espaços abertos, multidões, lugares públicos, etc.).

***Idealização Paranoide (IPA)*** - itens: 8,18,43,68,76,88

Incluí seis itens e representa principalmente as distorções cognitivas típicas do comportamento paranoide, considerada fundamentalmente como a resposta a um transtorno de idealização: pensamentos projetivos, perspicácia, grandiosidade, centralidade, medo de perder a autonomia e delírios.

***Psicoticismo (PSI)*** - itens: 7,16,35,62,77,84,85,87,88,90

Esta dimensão inclui dez itens e foi desenhada para representar o constructo num contínuo da experiência humana, inclui um amplo espectro de sintomas referentes a estados de solidão, estilo de vida esquizoide, alucinações auditivas e controlo do pensamento. Na população geral esta dimensão está mais relacionada com sentimentos de alienação social que com psicoses manifestadas clinicamente.

*Os sete itens adicionais (ADI) - 19 /44 / 59/ 60/ 64/ 66 e 89*

Inclui 7 itens, foram considerados como adicionais porque o seu peso fatorial em diferentes subescalas não permite assigná-los a nenhuma delas em particular. No entanto, Derogotis considera que são indicadores da gravidade do estado do sujeito e para um clinico normal constituem um claro referente de depressão melancólica.

As nove dimensões calculam-se através da pontuação direta de 0 a 4 e pelo número de itens respondidos; para isso somam-se as pontuações nos itens que integram o Inventário e de seguida divide-se o número de itens respondidos. Por exemplo, a dimensão da Depressão tem 13 itens. Se um participante responde apenas a 10 desses itens, a pontuação da escala calcula-se somando as pontuações obtidas nesses 10 itens e dividindo o resultado por 10. Este procedimento tem a grande vantagem de controlar o efeito dos itens não respondidos. Em todos os itens as pontuações são diretas, por isso não é necessário inverter a pontuação em nenhum caso. Desta maneira, uma pontuação mais alta num item indica que o sintoma respetivo foi experimentado com maior frequência pelo participante.

Os índices globais e das dimensões sintomáticas são interpretados através de uma das escalas do instrumentos, que permite comparar as pontuações do individuo com o seu grupo normativo, onde consta uma coluna com o Percentil (indica o tanto por cento do grupo normativo ao que um sujeito é superior o aspeto avaliado) e outra com as pontuações T (escala típica normalizada com média 50 e desvio padrão 10), à qual corresponde a pontuação direta do participante. Se um individuo se situa no percentil 80 ou superior, no índice GSI ou em duas ou mais dimensões sintomáticas, então o sujeito sofre de disfunção psicossomática témporo-mandibular. Caso o sujeito tenha valores de percentil iguais ou superiores a 90 no índice GSI ou pelo menos em duas ou mais dimensões sintomáticas pode-se enquadrá-lo na população psiquiátrica.

Para detetar a presença de um estilo de resposta “aumentadora” ou “reduzora” nos índices PST e PSDI, que podem distorcer as pontuações do teste. Devem tratar-se com precaução os protocolos em que os participantes (homens) tenham três ou menos respostas positivas e no sentido oposto, mais de 50 sintomas positivos.

Existem sintomas que são tão raros na população geral que a sua presença deve ser alertar para uma possível patologia, independentemente das considerações que derivam dos índices globais. Os itens de alerta são – 15 (pertencente à dimensão sintomática de Depressão), 16, 35, 84 e 85 (pertencentes à dimensão sintomática de Psicoticismo).

### Questionário de Suporte Social de Norbeck (NSSQ)

O questionário foi construído por Norbeck em 1981, com o objetivo de medir múltiplas dimensões de suporte social; consta de nove itens e valoriza 5 componentes: apoio social; apoio tangível; frequência; duração e perda. As primeiras seis questões medem as propriedades de afeto, afirmação e assistência que proporcionam as pessoas que o participante considera importantes (membros da sua rede). A pergunta número sete e oito identificam a extensão da relação e a frequência de contacto com cada um dos membros da sua rede e a pergunta número nove consta de duas partes e está relacionada com pessoas que já não estão disponíveis para o participante e sobre a sua importância na sua vida. Os participantes têm de qualificar os membros da sua rede nas primeiras seis perguntas, de acordo com uma escala de “Likert” de 1 a 5 pontos (“nada”=0; “um pouco”=1, “moderadamente”=2, “bastante”=3, “muito”=4), onde a maior pontuação corresponde a um melhor apoio social. O tempo para preencher o questionário é de 10 minutos, como máximo 15 minutos.

Este questionário revela boas propriedades psicométricas: a consistência interna situa-se entre 0.89 a 0.92, tendo-se estabelecido a validade do instrumento através do uso explícito de definições conceptuais de suporte social e propriedades da rede na generalização de temas. Os resultados sugeriram que este questionário constitui uma ferramenta útil nas investigações (Norbeck, 1995).

### *Procedimento*

Após contato com o diretor do Centro Penitenciário e de ter obtido as autorizações assinadas pelo Ministério de Madrid para a realização deste estudo, foram realizadas reuniões com a subdiretora de Tratamento do Centro Penitenciário para se organizar o trabalho de recolha de dados com os participantes.

Foi colocado um cartaz em cada um dos treze blocos do centro penitenciário, com a informação sobre o conteúdo do trabalho de investigação e solicitando a colaboração das pessoas reclusas.

Após terem sido recebidos todos os pedidos dos participantes, iniciámos o processo de recolha de dados, em sessões individuais.

Na primeira sessão entregaram-se os termos de consentimentos informado necessários para a realização do estudo, sendo assinados por cada participante e pela investigadora; assim realçou-se o fato de que qualquer resposta ou dado utilizado seria para uso exclusivo deste estudo, solicitando-se também autorização para que a entrevista fosse gravada e a investigadora pudesse ter acesso ao processo interno de cada um, foram dadas explicações cuidadosas, sobre os procedimentos utilizados no trabalho de investigação, quais os seus objetivos, realçando-se a sua confidencialidade, principalmente por se tratar de um assunto muito sensível.

Após obtido o consentimento informado, solicitou-se a todos os educadores e assistentes sociais de cada bloco que preenchessem os questionários Sócio-Demográficos, dado terem um contacto direto com os participantes e poderem ajudar no processo de seleção da amostra, tendo em consideração o critério principal ( participante considerado agressivo). Deste modo foram selecionados 20 participantes, que mostraram interesse e disponibilidade para participarem na investigação.

Os participantes foram entrevistados individualmente numa sala do bloco selecionada para o efeito, de modo a serem recolhidos os dados sem interrupções e respeitando-se o princípio da privacidade e confidencialidade. Em primeiro lugar foi aplicada a entrevista semi-estruturada (gravada), seguindo-se o questionário SCL-90-R e por fim o NSSQ.

## RESULTADOS

Os dados obtidos foram analisados qualitativa e quantitativamente. Para que não houvesse qualquer perda de informação relevante, são transcritos alguns extratos das entrevistas, na língua materna dos inquiridos (apenas um português, sendo os restantes espanhóis).

### Análise qualitativa

Todos os participantes responderam (100%) que no centro penitenciário recorrem à força física enquanto estratégia de resolução de problemas; justificando do seguinte modo:

“La fuerza es la única solución para arreglar los problemas aquí.”

“Si, claro. Hay personas que saben dialogar y otras que no. Esta ya es mi casa, este mundo es mi mundo y claro las peleas son normales. A veces dialogo pero otras no, como es normal.”

“Muchos utilizan la fuerza, por no decir la mayoría y acaba siempre mal, la verdad, porque utilizas la fuerza y la otra persona puede no intimidar se, entonces ya hay una pelea.”

Em relação às estratégias utilizadas para o uso da agressão física, 15% utiliza “Locais isolados e sem vigilância”:

“Es un mundo de peleas y del más fuerte y como existen sitios donde los funcionarios no ven, es allí donde hay las peleas, en el gimnasio, en el baño, no hay nadie, en la esquina del comedor, en la escalera”

“(…) e existem sítios isolados, as escadas, a casa de banho, o ginásio, etc. mas o povo... o recluso espanhol é covarde. (...)”

“(…) resuelven en el tigre o en la escalera o en el comedor, donde poca gente te ve y los funcionarios no ven. Yo intento hacerlo ahí, me peleo y me voy. A veces los chivatos avisan a los funcionarios pero como saben que les puede caer la manta por encima y que les vamos a pegar no lo hacen mucho y por eso no lo veo mucho. Si tengo que partir la cara a alguien de verdad pues me voy dentro de la celda y ya está, ahí no hay vigilancia, si sólo me tengo que pelear me voy al tigre.”

Segue-se as respostas (10%) que procuram “Não demonstrar medo”:

“(...) entonces voy a por él, sin miedo. (...)”

“(...) Tienes que ir sin miedo. (...)”

Por último, cada uma das restantes cinco estratégias (Execução em Grupo, Sem envolver terceiros, Aqui e agora, Pensar antes de agir e Perante os Outros) obtêm 5%:

“Cuando una persona... o... si tienes problemas con una persona, sólo se queda con la otra persona. Porque si se pelean más, se mete más gente”

“Yo no me meto con nadie, pero quiero que se me respete aquí dentro. Yo fuera era diferente, era más malo (risas) pero aquí dentro he madurado, he empezado a utilizar la cabeza. Aquí dentro hay mucho tonto que no piensa, que va de chulo, pero me da igual, mientras no me afecte...”

“Lo tienes que coger delante de la gente...”

### Quadro 3

*Percentagens das Categorias encontradas nas respostas à Área Temática “Estratégias Utilizadas”, segundo o n.º total de participantes*

	<b>N.º Total de Participantes (N=20)</b>
<b>Em Locais Isolados e Sem Vigilância</b>	15% (3)
<b>Não Demonstrar Medo</b>	10% (2)
<b>Resolução dos Problemas com a Pessoa em Causa, sem Envolver Terceiros</b>	5% (1)
<b>Agressão Executada em Grupo - Delito Cometido por Violação/Abuso Sexual</b>	5% (1)
<b>No Aqui e Agora</b>	5% (1)
<b>Pensar Antes de Agir</b>	5% (1)
<b>Perante os Outros</b>	5% (1)

Nota: Cada participante poderá ter apresentado respostas classificadas em mais de uma categoria

Quando questionados sobre as razões que levam ao recurso à agressão física, a maioria das respostas (mais especificamente 95%) recaí sobre as “Dívidas” (forçar os devedores a pagar as dívidas, de droga, de tabaco, etc.):

“Normalmente lo suele originar las deudas... las deudas. Es lo que origina el problema de agresividad y las drogas también, mucho. Normalmente son deudas que en la calle no hay. Por ejemplo un paquete de tabaco es muy importante, la droga también. La droga suele ser pastillas o bien hachis y algún que otro trae heroína. Se paga a través del economato, con la tarjeta de economato, pagando con artículos del economato. Los que van de listos y no pagan las deudas y la droga... es con estos que llega la agresividad, la violencia física”

“otras veces por deudas...”

O “Consumo de droga” é referenciado nas respostas em 65%:

“...también por la droga, aquí somos jóvenes y algunos consumen droga”

“El principal motivo es la droga sin duda”

“...Si. Hay mucha agresividad sobretodo por el tema de la droga”

Segue-se, com 20%, a “Falta de educação”:

“...les falta educación...”

“no hay educación”

Algunas respostas (15%) sobre causas da violência recaem em atividades físicas, jogos, etc.:

“Los juegos también son un motivo”

“Los motivos de las peleas aquí pueden ser muchos, en general es por (...) por jugar también”

Também com 15% seguem-se as causas da “Prevalência do não pensar, Impulsividade e Passagem ao Ato Fácil” (“porque la gente no piensa las cosas, no sabe hablarlas”; “Porque las personas no piensan en otra cosa, no se utiliza el cerebro, todo va a través de la... de la fuerza. Aquí todo se resuelve con la fuerza... con la agresividad, no se sabe hablar”) e a “Quebra do código” interno dos reclusos (“Aquí hay una norma que es que no podremos bromear con nadie por la mañana, porque cada uno tiene su despertar y si algo que dices me cae mal, se comienza una pelea pronto dentro del modulo”; “Pero si se mete conmigo, si me insulta, si no cumple lo que acordamos... entonces voy a por él, sin miedo”); por último com uma percentagem de 10% observa-se a categoría “Insultos, Sensibilidade emotiva” dos individuos, etc. como causas da violencia (“...o a veces porque te insultan mucho”; “Aquí todo está a flor

de piel”) e com 5% as restantes 6 estratégias “Falta de respeito”, “Ansiedade”, “Incapacidade de lidar com a frustração”, “Impaciência”, “Carater agressivo” e “Banalidades”, relacionam-se com (“Básicamente la falta de respeto”; “El motivo de las peleas es la frustración que tiene el ser humano por estar condenado y por eso encerrado aquí dentro”).

#### **Quadro 4**

*Percentagens das Categorias encontradas nas respostas à Área Temática “Atribuições Causais/Fatores Desencadeantes do Recurso à Força Física”, segundo o nº total de participantes*

	<b>N.º Total de Participantes (N=20)</b>
<b>Dívidas</b>	95% (19)
<b>Consumo de Drogas</b>	65% (13)
<b>Falta de Educação</b>	20% (4)
<b>Atividades Recreativas</b>	15% (3)
<b>Não Mentalização, Impulsividade e Passagem ao Ato Fácil</b>	15% (3)
<b>Código de Conduta Informal Próprio da Subcultura Prisional</b>	15% (3)
<b>Insultos Verbais</b>	10% (2)
<b>Linguagem Utilizada/Gíria</b>	10% (2)
<b>Orientação Individual</b>	10% (2)
<b>Desestruturação do Estado Emocional/Maior Vulnerabilidade Emocional, em Consequência do Ambiente Prisional</b>	10% (2)
<b>Tipo de Delito Cometido</b>	10% (2)
<b>Carácter Intencional do Ato</b>	10% (2)
<b>Quebra das Regras e dos Mecanismos Específicos de Conduta, Estabelecidos Informalmente entre os Reclusos</b>	10% (2)
<b>Falta de Respeito</b>	5% (1)
<b>Tensão/Estado de Ansiedade</b>	5% (1)
<b>Incapacidade de Lidar com a Frustração</b>	5% (1)
<b>Impaciência</b>	5% (1)
<b>Carácter Agressivo</b>	5% (1)
<b>Motivos Fúteis/Banais/Insignificantes</b>	5% (1)

Nota: Cada participante poderá ter apresentado respostas classificadas em mais de uma categoria

Relativamente à finalidade/intenções do recurso à força física, verifica-se que metade das respostas (50%) indicam ser como uma forma de “Ser respetado/impôr respeito”:

“El respeto prácticamente se gana con la violencia física”

“(…) para imponer respeto, que es lo más importante...La razón como he dicho es por el respeto”

“(…) se hace por motivos de respeto y pagos. La fuerza es la ley, aquí se utiliza eso para que los demás te admiren y te respeten. Si tienes respeto no te pasa nada y si pagas las deudas y no te pagan sabes que ocurre. Entonces es más fácil recibir la deuda se tienes respeto de que si no tienes”

Algunas das respostas (15%) referem “Demonstração de masculinidade”, visando ser percebido como líder, pelo desejo de domínio sobre os outros, isto é, enquanto tentativa de estabelecer uma posição de poder, com o desejo de ver aumentado o seu *status*:

“Hombre, hay una palabra que se llama líder, digamos el que maneja todo, no? Yo te puedo manejar a ti...normalmente ya viene de fuera también, porque la gente que es de la calle se conoce mucho, y tiene la peña que le puede echar un cable, por ser como es, por ser más fuerte o lo que sea”

“La razón? Pues... que todo el mundo quiere quedar por encima de otra persona, para que... todo el mundo utiliza la fuerza, nadie habla, se insultan, se insultan entre ellos, se empujan y ya está”

Com (15%) cada categoria surge a “Finalidade dos participantes de não virem a ser considerados débeis” (“...para que no pases por débil”; “Hay personas que utilizan el dialogo, pero en modo general eso funciona mal, porque pasan a no respetarte y y eso es malo porque eres débil y por eso te machacan”) assegurarem a “Sobrevivência e a sua Integridade física, defenderem-se e adaptarem-se” (“...entonces ...tienes que defenderte”; “La fuerza es el lenguaje aquí dentro. A mí no me va mal porque también es mi mundo, o sea, he crecido en este mundo pero la utilizo para proteger me”).

Com uma pequena percentagem (5%) para ser admirado pelos outros (“...para que los demás te admiren...”).

## Quadro 5

*Percentagens das Categorias encontradas nas respostas à Área Temática “Finalidade/Intenções do Recurso à Força Física”, segundo o n.º total de participantes*

	<b>N.º Total de Participantes (N=20)</b>
<b>Dívidas</b>	95% (19)
<b>Consumo de Drogas</b>	65% (13)
<b>Falta de Educação</b>	20% (4)
<b>Atividades Recreativas</b>	15% (3)
<b>Não Mentalização, Impulsividade e Passagem ao Ato Fácil</b>	15% (3)
<b>Código de Conduta Informal Próprio da Subcultura Prisional</b>	15% (3)
<b>Insultos Verbais</b>	10% (2)
<b>Linguagem Utilizada/Gíria</b>	10% (2)
<b>Orientação Individual</b>	10% (2)
<b>Desestruturação do Estado Emocional/Maior Vulnerabilidade Emocional, em Consequência do Ambiente Prisional</b>	10% (2)
<b>Tipo de Delito Cometido</b>	10% (2)
<b>Carácter Intencional do Ato</b>	10% (2)
<b>Quebra das Regras e dos Mecanismos Específicos de Conduta, Estabelecidos Informalmente entre os Reclusos</b>	10% (2)
<b>Falta de Respeito</b>	5% (1)
<b>Tensão/Estado de Ansiedade</b>	5% (1)
<b>Incapacidade de Lidar com a Frustração</b>	5% (1)
<b>Impaciência</b>	5% (1)
<b>Carácter Agressivo</b>	5% (1)
<b>Motivos Fúteis/Banais/Insignificantes</b>	5% (1)

Nota: Cada participante poderá ter apresentado respostas classificadas em mais de uma categoria

Ao questionar os participantes em relação ao conceito do que é para eles Ser Agressivo (Quadro 6), em 40% das respostas surge “não pensar”:

“No racionar. No pensar.”

“(…) no estar para racionar con la otra persona. Eso para mí es ser agresivo”

“Que no piensa. Sí, creo que eso es ser agresivo”

Já 25% das respostas direcionam-se para uma “Baixa habilidade verbal/comunicação pobre” (“...que no habla...”; “No sabes hablar cuasi nunca”); “Tendência a agir/*acting-out*: (passagem ao acto fácil/baixo limiar de descarga da agressividade), ou seja, reações imediatas, sem haver um processamento sensato (“Ser agresivo es...es...pegar constantemente y ya está (...) te peleas”; “Para mí ser agresivo... que es para mí ser agresivo (...) que es violento fácil (...) Eso es... a que llamo ser agresivo”); “Vontade/Necessidade de Atacar ou de se Envolver Permanentemente em Condutas de Agressão, com Subsequente Obtenção de Prazer”:

“Ser una persona que le gusta pelear y disfruta de eso”

“...es una persona que se despierta ya con ganas de pelear”

“... y que tiene ganas de dar palizas a los demás”

Em 10% das respostas sobre o conceito de ser agressivo, surge “Ausência de Empatia, de Sentimentos e Ausência de Escrúpulos Perante os Outros” (“Para mi ser agresivo? Significa... una persona que tenga... una persona... sin escrúpulos, con pocos sentimientos”; “...que no le importa los demás (...) que no tiene respeto por los demás”); ou ainda “Falta de autocontrolo e baixa regulação das Emoções, dificuldade em controlar a raiva” (“Para mi ser agresivo!!! Pues ser agresivo es una persona pues que no... no controla sus emociones, sus sentimientos”; “... no se sabe controlar”).

## Quadro 6

*Percentagens das Categorias encontradas nas respostas à Área Temática “Conceito Ser Agressivo”, segundo o nº total de participantes*

	<b>N.º Total de Participantes (N=20)</b>
Como Resultado do Défice de Produção Simbólica - Condição Assimbólica/Perturbação dos Processos de Pensamento (Prevalência do Não Pensar)	40% (8)
Como Resultado de uma Baixa Habilidade Verbal/ Comunicação Pobre	25% (5)
Enquanto Tendência a Agir/Acting-Out: Passagem ao Acto Fácil/Baixo Limiar de Descarga da Agressividade	25% (5)
Enquanto Vontade/Necessidade de Atacar ou de se Envolver Permanentemente em Condutas de Agressão, com Subsequente Obtenção de Prazer	25% (5)
Por Envolver Ataque Físico/Força Física	15% (3)
Pela Indiferença aos Outros/Ausência de Empatia e de Sentimentos de Culpa ou Remorsos, pelo Impacto dos seus Comportamentos e Atitudes nas Outras Pessoas/Ausência de Escrúpulos Perante os Outros	10% (2)
Enquanto Tendência a Faltar ao Respeito/Ofender/Provocar/Ameaçar/Intimidar o Outro	10% (2)
Como Resultado de Dificuldades ao Nível do Autocontrolo/Défice na Regulação das Emoções	10% (2)
Como Resultado de um Estado Permanente de Ansiedade/Índice de Stress Elevado/Tensão	10% (2)
Pela Índole Má/Predileção pelo Mal e pela Dor Infligidos	10% (2)
Como Resultado da Baixa Capacidade de Tolerância à Frustração/Reação a Acontecimento Externos e ao Acúmulo de Privações e Frustrações	10% (2)
Relativização do Conceito (Agressividade Ofensiva vs. Defensiva, Parecer vs. Ser, Traço vs. Estado)	10% (2)
Pela Alteração Fácil do Estado de Humor	10% (2)
Enquanto Desejo de Afirmção de Si	5% (1)
Enquanto Ignorância/Estupidez	5% (1)
Como Forma de Atenuar as Frustrações/Como um Comportamento Catártico	5% (1)

<b>Como Resultado de um Desempenho Intelectual Inferior</b>	5% (1)
<b>Pela Indiferença Perante as Consequências dos seus Atos</b>	5% (1)
<b>Pelo Sentimento de Rancor</b>	5% (1)
<b>Pela Ligação com Dependência de Drogas/Por Ação de Substâncias Psicoativas</b>	5% (1)
<b>Pela Prepotência e Arrogância</b>	5% (1)
<b>Enquanto Tendência a Prejudicar/Provocar Dano a Outrem</b>	5% (1)
<b>Pela Desconfiança/Manter-se em Guarda/Estado de Vigilância</b>	
<b>Extrema Voltado para o Exterior</b>	5% (1)
<b>Pela Ocorrência de um Processo de Cólera, que Atinge um Dado Grau e que Conduz a Algum Tipo de Agressão</b>	5% (1)
<b>Pelo Mau-Humor</b>	5% (1)
<b>Como Resultado de um Processo Defensivo/Padrão de Conduta Destinado a Defesa Pessoal (Agressividade Defensiva)</b>	5% (1)
<b>Como Resultado da Existência de Conflitos Intrapésíquicos/Internos, Expressos através do Conflito Externo</b>	5% (1)
<b>Por Arranjar Problemas de Forma Intencional</b>	5% (1)

Nota: Cada participante poderá ter apresentado respostas classificadas em mais de uma categoria

Neste grupo, todos os participantes respondem ter necessidade de recorrer a comportamentos agressivos para resolver os seus problemas:

“Como lhe disse sim, já tive comportamentos agressivos, eu sou assim”

“Sí, claro, al final de 6 años es imposible no haberse peleado.”

“Si claro... soy joven y hombre. Me he peleado ya muchas veces”

No Quadro 7, verifica-se que, quando confrontados com a pergunta “Que estratégias utilizas quando necessitas utilizar a força?”, destaca-se, com 90% de respostas, a categoria “Locais isolados e Sem vigilância”:

“Intento siempre pelearme y resolver todo en sitios muertos, como el tigre (baños), el gimnasio, escaleras o dentro de las celdas, ahí no te ven los funcionarios (...)”

“Nos hemos peleado bien en los baños. (...) Es la forma de vida aquí dentro... en sitios en que los funcionarios no puedan verte. Aquí hay sitios muertos, donde las cámaras no graban. Ahí son las peleas...”).

“Las peleas se hacen en los espacios donde no hay cámaras y que los funcionarios no ven, como en el comedor, en una parte que hay del comedor entre la barra y la pared, en los baños, en el gimnasio...).

Seguidamente, 45% das respostas reporta-se ao “Aqui e agora”:

“(…) se tenho um problema resolvo agora e aqui. (...) vou lutar onde seja se me provocam sem pensar se o guarda vê ou não.”

“Yo personalmente las peleas que tengo son donde hay el problema, no dejo para después, por eso ya he cambiado mucho de módulos (...) Aquí y ahora.”

As outras estratégias (ex.: “Recurso ao diálogo, “Não mostrar medo”, “Ameaça/Medo”) são menos referidas (5% das respostas).

## Quadro 7

*Percentagens das Categorias encontradas nas respostas à Área Temática “Estratégias Individuais Utilizadas”, segundo o nº total de participantes*

	<b>N.º Total de Participantes (N=20)</b>
<b>Em Locais Isolados e Sem Vigilância</b>	90% (18)
<b>No Aqui e Agora</b>	45% (9)
<b>Pensar Antes de Agir</b>	15% (3)
<b>Resolução Individual dos Problemas</b>	10% (2)
<b>Sem Recurso a Objetos/Armas</b>	10% (2)
<b>Não Atacar sem Aviso Prévio</b>	10% (2)
<b>Agressão Executada em Grupo – Delito Cometido por</b>	
<b>Violação/Abuso Sexual</b>	10% (2)
<b>Agredir Primeiro</b>	10% (2)
<b>Tentativas de Autocontrolo</b>	10% (2)
<b>De Curta Duração</b>	5% (1)
<b>Recurso ao Diálogo</b>	5% (1)
<b>Ameaçar Atacar/Agredir</b>	5% (1)
<b>Não Demonstrar Medo</b>	5% (1)
<b>Evitar o Envolvimento em Condutas Agressivas em</b>	
<b>Locais que Possam Encerrar algum Tipo de Risco</b>	
<b>Pessoal</b>	5% (1)

Nota: Cada participante poderá ter apresentado respostas classificadas em mais de uma categoria

Ao estudar as atribuições causais ou fatores desencadeantes do comportamento individual agressivo (Quadro 8), verifica-se que as causas mais referidas, igualmente com 40% das respostas, são as “Dívidas” - forçar os devedores a pagar as dívidas – de droga, tabaco, etc. (“Las peleas que tengo son por deudas, porque me deben dinero (...); “Siempre hay problemas de deudas (...); “(...) quieres que te paguen la deuda pelea.”) e os “Insultos verbais/provocações/ameaças/intimidações/ofensas” (“Bueno...me insultan, provocan y reacciono con violencia”; “Siempre hay problemas (...) de personas que no saben hablar y te ofenden...”).

Já 35% das respostas remetem para a “Não mentalização e impulsividade” (reação imediata a estímulos ou situações, sem reflexão e avaliação das consequências dessa resposta – dificuldade para pensar sobre as suas ações):

“De tanto oír dejas de pensar por momentos y te peleas. Es normal”

“Yo cuando me peleo, según, ha habido veces que me he peleado sin pensar en las consecuencias, te desesperas y te da igual (...) hay momentos fuertes que la cabeza no piensa y ya está”

Com 30% surgem as “Faltas de respeito/educação”:

“(...) o porque me faltan al respeto (...)”

“(...) aquí somos todos jóvenes y no tenemos ni educación ni respeto por nadie.”

As restantes atribuições causais têm menos relevância.

## Quadro 8

*Percentagens das Categorias encontradas nas respostas à Área Temática “Atribuições Causais/Fatores Desencadeantes do Comportamento Individual Agressivo”, segundo o nº total de participantes*

	<b>N.º Total de Participantes (N=20)</b>
<b>Dívidas</b>	40% (8)
<b>Insultos Verbais/Provocações/Ameaças/Intimidações/ Ofensas</b>	40% (8)
<b>Não Mentalização e Impulsividade</b>	35% (7)
<b>Falta de Respeito/Educação</b>	30% (6)
<b>Carácter Agressivo</b>	15% (3)
<b>Orientação Individual</b>	15% (3)
<b>Quebra das Regras e dos Mecanismos Específicos de Conduta, Estabelecidos Informalmente entre os Reclusos</b>	10% (2)
<b>Privação da Liberdade, Restrição de Movimentos e de Espaços onde Realizá-los e Convivência Forçada entre Sujeitos</b>	10% (2)
<b>Empurrões</b>	10% (2)
<b>Perceção de “Ser Enganado”</b>	10% (2)
<b>Tipo de Delito Cometido</b>	10% (2)
<b>Sentimento de Humilhação</b>	5% (1)
<b>Motivos Fúteis/Banais/Insignificantes</b>	5% (1)
<b>Consumo de Drogas</b>	5% (1)

Nota: Cada participante poderá ter apresentado respostas classificadas em mais de uma categoria

É visível, pelo Quadro 9, que “Ganhar respeito/não perder o respeito pelas suas propriedades e integridade” é a finalidade do comportamento individual agressivo com maior percentagem de respostas (60%):

“(…) para que te respeten tienes que pelearte.”

“(…) aquí no te puedes callar, tienes que imponer tu respecto y tú sitio.”

“Quieres respeto, pelea (...) ahí mismo para que no me perdieran el respeto, que además es difícil de conseguir. Y aquí estoy en este modulo después de tres días de aislamiento”

Com 35% surge o “Meio de adaptação ao Sistema Interno dos participantes reclusos, adoção do código de conduta informal próprio da comunidade prisional (“...yo he tenido necesidad de defenderme (...) no ha sido porque yo he provocado la pelea... es diferente...”; “Buenoooo más que utilizar la fuerza fue para defenderme.”) e a categoria “Não vir a ser considerado fraco e débil” (“...los que no hacen nada siempre se quedan sin comida por la mañana, les roban la comida, el pan, la fruta, están todo el día molestándoles, robándoles y pegándoles collejas. Pues para que no te hagan esto tienes que.... ser más”; “Los que no se pelean son pocos, estamos en la cárcel, entonces si no peleas y te callas serás machacado y un débil. Eso no es bueno”; “Y como ya he dicho, quien no se pelea se queda como un mierda y será machacado por el bloque”).

Com 15% das respostas verifica-se o objetivo tentar “Estabelecer uma Posição de Poder, Aumentado o *Status*”:

“...y otras para imponerme”

“El (...) y la autoridad se hacen con las peleas y sin miedo”

“Mi condena ha sido larga y no muy buena, estoy por homicidio, por ello cuando entré eso tiene algún peso en la manera como entras. No puedes dejar las cosas por la mitad ni por terminar, entonces... hay que pelear, hay que hacer ver que eres uno de los fuertes, hay que hacer ver que tu crimen fue hecho y que volverías a hacerlo, no es verdad, pero es lo que tienes que mostrar a los demás, entiende usted?”).

## Quadro 9

*Percentagens das Categorias encontradas nas respostas à Área Temática “Finalidade/Intenções do Comportamento Individual Agressivo”, segundo o nº total de participantes*

	<b>N.º Total de Participantes (N=20)</b>
<b>Ganhar Respeito/Não Perder o Respeito pelas suas Propriedades e Integridade</b>	60% (12)
<b>Meio de Adaptação ao Sistema Social Próprio da Prisão e Assegurar a Sobrevivência/Integridade Física e Defesa do Indivíduo</b>	35% (7)
<b>Tentativa de Não Vir a Ser Rotulado como Fraco e Alvo Atrativo de Vitimização</b>	35% (7)
<b>Tentativas de Estabelecer uma Posição de Poder/Autoridade, com o Intuito de Ver Aumentado o seu Status</b>	15% (3)
<b>Gerar Medo nos Demais</b>	5% (1)

Nota: Cada participante poderá ter apresentado respostas classificadas em mais de uma categoria

Como se pode averiguar (Quadro 10), o tipo de agressividade mais comum entre os internos, expresso por 55% das respostas, é a verbal (quando a agressão dirigida a um indivíduo se desenvolve por recurso a palavras ou expressões verbais):

“La verbal está en la orden del día, es normal y constante. Después viene la física que en este modulo no es constante pero hay, no? Intentamos no salir de este modulo porque es un modulo de respeto y por eso somos menos agresivos que en otros módulos, pero también tenemos problemas y los tenemos que resolver.”

“La verbal. Todos los días es normal y es como hablamos y claro eso trae peleas a veces, porque no controlas lo que dices y ya está. La psicológica hay muy pocos casos, aquí no va mucho el rollo de presionarte psicológicamente, aquí es más verbal y después la física.”

Com 15% das respostas dos participantes, surge a agressividade a verbal e física (sendo que esta última se caracteriza pelo uso da força – provocar danos à integridade física):

“La verbal porque no sabemos hablar, somos jóvenes y no tenemos mucha educación y la física porque nos está en la sangre.”

“Sin duda la verbal y la física, la psicológica no veo mucho, hay muy poca. La verbal constantemente y después se puede llegar a la física.”; com (10%) verifica-se a “agressão física”, caracterizada pelo uso da força – provoca danos à integridade física (“Aquí la más utilizada es la física...”; “Creo que más la física” e a agressão Psicológica, caracterizada pela rejeição, depreciação, discriminação, humilhação, desprezo, jogos psicológicos, chantagens, fazer troça, espalhar rumores, etc.:

“La psicológica, todos tenemos porque estamos aquí dentro...”

“Yo creo que la psicológica, porqueeee yo pienso eso...”

Seguindo-se da agressão psicológica e física, também com 10% de respostas:

“...la psicológica y la fuerza siempre siempre hay”

“Creo que es la física pero al mismo tiempo la psicológica, porque solamente estar aquí ya es una tortura constante y el ambiente es muy malo, nunca se puede estar tranquilo y quieto en un sitio, por eso creo que las dos”

## Quadro 10

*Percentagens das Categorias encontradas nas respostas à Área Temática “Tipo de Agressão Mais Comum”, segundo o nº total de participantes*

	N.º Total de Participantes (N=20)
Verbal	55% (11)
Verbal e Física	15% (3)
Física	10% (2)
Psicológica	10% (2)
Psicológica e Física	10% (2)

Tal como indicado no Quadro 11, em 55% das respostas dos é referido que os participantes foram vítimas de agressão, no momento de entrada no estabelecimento prisional (período inicial) por ser uma fase em que o recluso ainda não se sabe movimentar/comportar, isto é, enquanto ainda não se adaptou à subcultura prisional:

“Si, cuando entré la primera vez. Cuando entras eres carne de cañón, no conoces a nadie, te intimidan mucho, para que no quedes tú por encima de ellos, ellos quieren quedar por encima de ti primero. Y vienen cinco o seis a molestarte, empujarte, provocarte. En estos momentos es cuando utilizan la agresión psicológica, te dicen dame la tarjeta del economato,

te vamos a pegar, te vamos a romper el culo, danos la comida, danos el yogurt... Los primeros días, no les contestas, no sabes que te pueden hacer, no sabes si lo que dicen lo van a hacer de verdad porque no conoces nada, no sabes cómo está la cosa, entonces los primeros días estás calmado, observando y esperando.”

“Si. Tanto de... física, como psicológica como verbal... yo he sido víctima. Cuando entré la primera vez he sido víctima (...); nas restantes 45% respostas em que é indicado nunca ter o participante sido vítima de agressão, as justificações são as seguintes:

“Não, nunca. Não, como lhe disse tenho um historial e quando entrei a primeira vez já conhecia gente.”

“No, nunca, ya tenía amigos de la calle aquí dentro y algunos aún siguen aquí.”

“Por eso yo no he sido víctima porque mi mundo de calle es malo y se moverme en todo y sé vivir con esta gente, por eso no he tenido problemas cuando he entrado y además conozco mucha gente que ya había estado aquí y ya había hablado conmigo.”

## Quadro 11

*Percentagens das Categorias encontradas nas respostas à Área Temática “Autoperceção de Ter Sido Vítima de Agressão”, segundo o nº total de participantes*

	N.º Total de Participantes (N=20)
Perceciona ter Sido Vítima de Agressão	55% (11)
Não Perceciona Ter Sido Vítima de Agressão	45% (9)

Ao serem questionados em relação a medidas que se poderão utilizar dentro do centro penitenciário para minimizar a agressividade entre os internos, em 45% das respostas verifica-se que a medida mais adequada seria “Desenvolver mais atividades recreativas” (*coping* distrativo – envolvimento em atividades que possibilitem desviar a mente):

“Se puede dar más actividades a los internos...”

“Hacer actividades que nos den un título para el futuro y que nos hagan pensar y ocupar la mente, no solo juegos porque eso también puede traer peleas. Que nos haga sentir bien y ocupados, no hablo de trabajo forzado, hablo de realización personal. Eso aquí ayudaría mucho pero mucho. Aquí nos sentimos basura y eso no es bueno para personas como nosotros.”

Em 30% das respostas dos participantes, surge a categoria “Não sabe ou considera não ser possível acabar com a agressividade”:

“En este modulo nada pero nada. No pensamos, por eso estamos aquí con estas edades”

“La verdad es que nada, no se podrá hacer nada, porque fuerza va haber igualmente. Son como animales aquí dentro (...) No tengo ni idea de cómo se podría minimizar este comportamiento aquí dentro, la verdad es que no tengo ni idea.”

Em 15% das respostas verifica-se a categoria “Mais permissões para ir a casa” (contacto com família, amigos e outros):

“...y dejarnos salir de permiso a la calle los fines de semana para estar un poco libres y con la familia. Es difícil pero no es imposible minimizar. Aquí no tenemos condiciones buenas, no es como estar en casa por eso estamos rebotados y con sentimientos más sensibles...”

“Talvez si nos dejaran salir los fines de semana, a ver a la familia, a los amigos, al volver estaríamos más tranquilos y no nos pelearíamos tanto porque habríamos visto otras personas y estado con quien nos gusta. Es importante esto, aquí solo tenemos visitas una vez por semana y una vez de quince en quince días vis a vis. No es fácil... no es fácil...”

Igualmente com 15% surge a “Separação por tipo de delito cometido e por nível de perigosidade”:

“(...) y no nos mezclasen podría ser una solución yo no soy igual a un tío que solo ha robado y un tío que ha matado cinco personas no es igual a mí y eso genera violencia porque la educación es diferente entre cada uno.”

“A mi ver, se podría (...) y distribuir los internos según su condena, pero no sé si sería suficiente. No lo sé, para ser sincero creo que no es posible terminar con eso.”

Com menos frequência surgem a “Maior vigilância, Controlo da droga, Substâncias ilícitas”, “Instrução escolar e formação profissional”, “Desenvolvimento de programas de reabilitação”, “Diálogo”, Mais técnicos especializados”, “Segurança” e Flexibilidade das normas vigentes”.

## Quadro 12

*Percentagens das Categorias encontradas nas respostas à Área Temática “Estratégias/Ações/Medidas que Poderão Minimizar o Recurso à Agressividade no Estabelecimento Prisional”, segundo o n.º total de participantes*

	<b>N.º Total de Participantes (N=20)</b>
<b>Desenvolvimento de Mais Atividades Recreativas</b>	45% (9)
<b>Não Sabe/Considera Não ser Possível</b>	30% (6)
<b>Mais Permissões para Ir a Casa</b>	15% (3)
<b>Separação por Tipo de Delito Cometido e por Nível de Perigosidade</b>	15% (3)
<b>Maior Vigilância/Controlo da Entrada da Droga/Substâncias Ilícitas</b>	10% (2)
<b>Proporcionar, com Equidade entre os Reclusos, mais Assistência Educacional, Instrução Escolar e Formação Profissional</b>	5% (1)
<b>Preparação, Formação e Qualificação dos Guardas Prisionais e de todos os Funcionários do Estabelecimento Prisional</b>	
<b>Reeducação dos Reclusos/Desenvolvimento de Programas de Reabilitação</b>	5% (1)
<b>Resolução de Problemas através do Diálogo</b>	5% (1)
<b>Existência de Mais Técnicos Especializados</b>	5% (1)
<b>Maximização da Segurança</b>	5% (1)
<b>Flexibilização das Normas Vigentes/Menor “Dureza” por parte dos Funcionários do Estabelecimento Prisional</b>	5% (1)

Nota: Cada participante poderá ter apresentado respostas classificadas em mais de uma categoria

### Análise quantitativa

#### *Sintomas Psicopatológicos*

Para a análise da SCI 90-R foram em primeiro lugar calculadas as Dimensões Sintomáticas e Índices Globais, conforme referido no Método.

Para a análise destes resultados foram calculadas médias e desvios padrão e ainda a matriz de correlações entre todas as variáveis calculadas. Todas as variáveis apresentaram

distribuição aproximadamente normal (Shapiro-Wilks,  $p>0,05$ ). Foram também convertidos os resultados em percentis e notas T.

O Quadro 13, mostra que o valor médio mais elevado foi encontrado na dimensão Obsessiva Compulsiva ( $M= 1,44$ ,  $dp= 0,71$ ), coincidindo com o percentil e nota T mais elevados (95%,  $T= 67$ ). Por outro lado o valor médio mais baixo foi identificado na dimensão Ansiedade Fóbica ( $M= 0,49$ ,  $dp= 0,59$ ), onde também foram encontrados o percentil e nota T mais baixa (55%,  $T= 51$ ). As outras dimensões posicionaram-se entre estes limites na seguinte ordem: Ideação Paranoide ( $M= 1,31$ ,  $dp= 0,46$ ; 90%,  $T= 63$ ), Depressão ( $M= 1,26$ ,  $dp= 0,65$ ; 90%,  $T=63$ ), Hostilidade ( $M= 1,12$ ,  $dp= 0,77$ ; 85%,  $T=60$ ), Somatização ( $M= 1,08$ ,  $dp= 0,65$ ; 90%,  $T= 63$ ), Ansiedade ( $M= 1,01$ ,  $dp= 0,54$ ; 90%,  $T= 63$ ), Sensibilidade Interpessoal ( $M= 0,98$ ; 90%,  $T= 63$ ) e Psicoticismo ( $M= 0,63$ ,  $dp= 0,38$ ; 85%,  $T= 60$ ).

No que diz respeito aos índices globais os valores médios foram de  $M= 10,92$  ( $dp= 4,36$ ) para o Índice de Gravidade Global dos Sintomas (95%,  $T= 63$ ),  $M= 53,95$  ( $dp= 15,88$ ) para o Total de Sintomas Positivos (95%,  $T= 63$ ) e  $M= 1,74$  ( $dp= 0,40$ ) para Sintoma da Angústia Positiva (60,  $T= 63$ ).

### Quadro 13

*Médias (M), Desvios Padrão (DP), Percentis e Pontuações T (T) para as Dimensões Sintomáticas e Índices Globais da SCI 90-R, Percentis e Notas T*

<b>Dimensões sintomáticas SCI 90-R</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Percentil</b>	<b>T</b>
Somatização	1,08	0,65	90	63
Obsessiva Compulsiva	1,44	0,71	95	67
Sensibilidade Interpessoal	0,98	0,50	90	63
Depressão	1,26	0,65	90	63
Ansiedade	1,01	0,54	90	63
Hostilidade	1,12	0,77	85	60
Psicoticismo	0,63	0,38	85	60
Ansiedade Fóbica	0,49	0,59	55	51
Idealização Paranoide	1,31	0,46	90	63
<b>Índices Globais SCI 90-R</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Percentil</b>	<b>T</b>
Índice de Gravidade Global dos Sintomas	1,09	0,47	95	67
Total de Sintomas Positivos	53,95	15,88	95	67
Sintoma da Angústia Positiva	1,74	0,40	60	53

No Anexo I, consta a classificação de cada participante tendo em consideração os seus resultados no SCL-90-R, após análise dos resultados globais, verifica-se que o percentil de duas ou mais dimensões sintomáticas é igual ou maior a 80 (que o GSI é igual ou superior a 90) em 90% dos participantes, havendo 75% com valor percentagem do índice GSI igual ou superior a 90 e 15% com duas ou mais dimensões sintomáticas no percentil igual ou superior a 80 mas GSI inferior a 90. Apenas 10% dos participantes não obtém valores de GSI igual ou superior a 80.

A análise das respostas a cada item do questionário SCL-90-R (Anexo J), revelou que grande parte dos participantes referiu que sentia nos graus entre “moderadamente a muito”, o seguinte:

Dores musculares (50%)

Dores de cabeça (55%)

Fazer tudo devagar para se assegurarem que está bem feito (50%)

Ter pensamentos não desejados e que não abandonam a mente (55%)

Dificuldade de recordarem as coisas (55%)

Verificar várias vezes as coisas que faz (55%)

Falta de energia (50%)

Sentir que tudo requer um grande esforço (55%)

Sentir tristeza (65%)

Sentir-se tenso (60%)

Sentir-se nervoso (70%)

Sentir que as outras pessoas não lhes dão o devido valor (65%)

Falta de confiança em relação aos outros (70%)

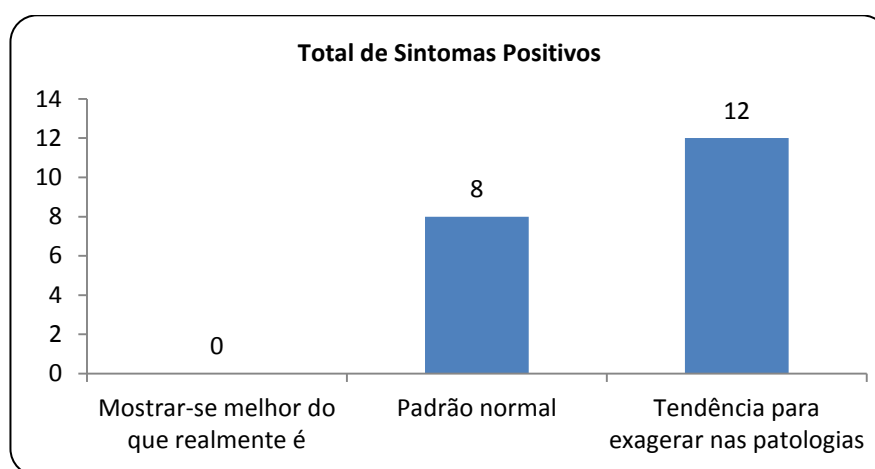
Comer demasiado (50%)

Dificuldades em dormir (75%)

Acordar de madrugada (75%)

Considerando os níveis da escala entre “um pouco a muito” observou-se que 50% dos participantes têm ideia de que deveriam ser culpados pelos seus pecados; 45% têm ideias de suicídio; 15% têm a impressão que os outros estão conscientes dos seus pensamentos e 16% ouvem vozes que mais ninguém ouve.

Ainda no que diz respeito ao Total de Sintomas Positivos (Gráfico 3) encontrou-se que 12 participantes tinham tendência a exagerar nas suas patologias e os restantes oito encontravam-se no padrão normal. Não foram encontrados participantes que se situassem no nível de imagem positiva (mostrar-se melhor que realmente são).



**Gráfico 3:** Distribuição da variável Total de Sintomas Positivos por categoria

No que diz respeito à análise das correlações o Quadro 14, mostra que foram encontradas correlações positivas significativas entre grande parte das Dimensões Sintomáticas. Ausência de correlações foi notada particularmente na dimensão Ansiedade Fóbica (AFO), onde foi encontrada apenas uma correlação significativa com Depressão (DEP). Nas correlações entre os Índices Globais foram encontradas correlações significativas positivas entre todos.

## Quadro 14

*Matriz de correlações de Pearson entre as dimensões sintomáticas e Índices Globais da SCI 90-R*

Correlação	OBC	SIP	DEP	ANS	HOS	PSI	AFO	IPA	IGGS	TSP	SAP
SOM	0,69**	0,44	0,67**	0,88**	0,53*	0,42	0,10	0,61**	0,84***	0,70***	0,78***
OBC		0,42	0,73***	0,71***	0,47*	0,75***	0,27	0,51*	0,88***	0,84***	0,67***
SIP			0,63**	0,46*	0,10	0,16	0,44	0,40	0,62**	0,50*	0,64**
DEP				0,72***	0,24	0,49*	0,47*	0,54*	0,85***	0,75***	0,82***
ANS					0,52*	0,49*	0,28	0,60**	0,89***	0,81***	0,76***
HOS						0,21	0,08	0,34	0,56**	0,47*	0,35
PSI							0,19	0,38	0,64**	0,79***	0,26
AFO								0,11	0,43	0,34	0,50*
IPA									0,66**	0,68***	0,46*
IGGS										0,91***	0,84***
SAP											0,57**

\*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001

- *Relação entre a gravidade de sintomas psicopatológicos idade, tempo de condenação, grau de escolaridade e estado civil.*

Para o estabelecimento de uma relação entre as pontuações das dimensões sintomáticas e as variáveis Tempo de condenação (meses) e Idade (anos) foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson, após verificação do pressuposto de proximidade à distribuição normal por parte das referidas variáveis (Shapiro-Wilks,  $p > 0,05$ ). O Quadro 15, mostra a existência de apenas uma correlação significativa. Esta foi identificada entre o Tempo de condenação e a Dimensão Hostilidade ( $r = 0,51$ ,  $p < 0,05$ ).

## Quadro 15

*Correlações de Pearson entre Tempo de condenação e idade e as dimensões sintomáticas e Índices Globais da SCI 90-R*

Correlação	SOM	OBC	SIP	DEP	ANS	HOS	PSI	AFO	IPA	IGGS	TSP	SAP
Tempo de condenação (meses)	0,05	0,17	-0,02	-0,23	-0,06	0,51*	0,09	-0,10	0,23	0,09	0,14	-0,10
Idade (anos)	0,00	-0,25	0,08	0,02	-0,06	-0,27	-0,28	-0,11	-0,04	-0,14	-0,11	-0,03

\*p<0,05

De seguida foram comparados resultados obtidos nas Dimensões Sintomáticas e Índices Globais da SCI 90-R por nível de escolaridade. Uma vez que a distribuição desta variável encontrou apenas dois reclusos com Bacharelato (Quadro 1) decidiu integrar esta categoria nos reclusos com Ensino Secundário. Desta forma a distribuição dos participantes por nível de escolaridade passou a ser de 15 reclusos com Ensino Secundário e cinco participantes com Ensino Primário. Apesar do pressuposto de proximidade com a distribuição normal ter sido cumprido numa parte significativa das variáveis foi utilizada a estatística não paramétrica de Mann-Whitney porque se considerou que havia desequilíbrio entre a dimensão de ambas as amostras, para além de serem reduzidas. Pelas mesmas razões, o nível de significância para rejeição da Hipótese nula foi mantido em 10% (Tabachnick & Fidell, 1996).

O Quadro 16, mostra que foram encontradas diferenças significativas nas dimensões sintomáticas de Somatização ( $p < 0,10$ ), Obsessiva-Compulsiva ( $p < 0,05$ ) e Psicoticismo ( $p < 0,05$ ). Nestas dimensões a média das hierarquias foi superior nos reclusos com escolaridade de nível Secundário. Em Somatização as médias de hierarquias foram de 11,87 (Secundário) vs 6,40 (Primário); em Obsessiva-Compulsiva foram de 12,13 (Secundário) vs 5,60 (Primário); em Psicoticismo foram de 12,13 (Secundário) vs 5,60 (Primário), iguais aos da dimensão anterior. Nos Índices Globais foram encontradas diferenças significativas no Índice de Gravidade Global dos Sintomas ( $p < 0,05$ ) e Total de Sintomas Positivos ( $p < 0,10$ ). As médias de hierarquias foram também superiores no nível Secundário. No Índice de Gravidade Global dos Sintomas as médias de hierarquias foram de 12,13 (Secundário) vs 5,60 (Primário) e no Índice Total de Sintomas Positivos foram de 11,93 (Secundário) vs 6,20 (Primário). Na comparação dos restantes resultados não foram encontradas diferenças significativas.

## Quadro 16

*Análises Univariadas Mann-Whitney (M-W) das Dimensões e Índices da SCL- 90-R relativas à escolaridade*

<b>Dimensões sintomáticas SCI 90-R</b>	<b>Média das Hierarquias</b>		<b>Estatística</b>
	<b>Primário (n=5)</b>	<b>Secundário (n=15)</b>	<b>M-W</b>
<b>Somatização</b>	6,40	11,87	17,00 <sup>†</sup>
<b>Obsessiva-Compulsiva</b>	5,60	12,13	13,00 <sup>*</sup>
<b>Sensibilidade Interpessoal</b>	8,50	11,17	27,50
<b>Depressão</b>	8,30	11,23	26,50
<b>Ansiedade</b>	7,00	11,67	20,00
<b>Hostilidade</b>	10,40	10,53	37,00
<b>Psicoticismo</b>	5,60	12,13	13,00 <sup>*</sup>
<b>Ansiedade Fóbica</b>	7,40	11,53	22,00
<b>Idealização Paranoide</b>	10,40	10,53	37,00
<b>Índices Globais SCI 90-R</b>	<b>Primário (n=5)</b>	<b>Secundário (n=15)</b>	<b>M-W</b>
<b>Índice de Gravidade Global dos Sintomas</b>	5,60	12,13	13,00 <sup>*</sup>
<b>Total de Sintomas Positivos</b>	6,20	11,93	16,00 <sup>†</sup>
<b>Sintoma da Angústia Positiva</b>	7,40	11,53	22,00

\*p< 0,05; †p< 0,10

Foi também avaliada a associação entre a Escolaridade e a variável do Índice Total de Sintomas Positivos através do Qui-Quadrado.

O Quadro 17, reforça a existência de diferenças entre níveis de escolaridade no que diz respeito ao Índice Total de Sintomas Positivos. Se no padrão normal a distribuição da escolaridade foi equitativa nos participantes cujo TSP evidenciou Exagero nas patologias, 91,7% dos mesmos eram de nível Secundário, com 8,3% de nível primário. Esta relação foi significativa (p< 0,05).

### Quadro 17

Análises Univariadas Qui-Quadrado para a relação entre as variáveis Escolaridade e TSP

TSP	Escolaridade		$\chi^2$
	Primário	Secundário	
Padrão normal	4 (50%)	4 (50%)	4,44*
Exagera nas patologias	1 (8,3%)	11 (91,7%)	

\*p < 0,05

Para analisar as diferenças na distribuição das Dimensões Sintomáticas e Índices Globais da SCI 90-R por estado civil recorreu-se à utilização da estatística não-paramétrica de Kruskal-Wallis. A opção recaiu neste Teste, apesar do pressuposto de normalidade ter sido cumprido em vários grupos, uma vez que os grupos “casado” e “divorciado” tinham um número bastante reduzido de reclusos integrantes (Quadro 18). O nível de significância para rejeição da Hipótese nula manteve-se por estas razões em 10% (Tabachnick & Fidell, 1996).

O Quadro 18, mostra que não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos “Solteiro”, “Casado” e “Divorciado” em qualquer uma das Dimensões de Sintomas ou Índices Globais da SCI 90-R.

## Quadro 18

*Análises Univariadas Kruskal-Wallis (K-W) das Dimensões e Índices da SCI 90-R relativas ao estado civil*

<b><u>Dimensões sintomáticas SCI 90-R</u></b>	<b><u>Média das Hierarquias</u></b>			<b><u>Estatística</u></b>
	<b><i>Solteiro</i></b> <b><i>(n=15)</i></b>	<b><i>Casado</i></b> <b><i>(n=2)</i></b>	<b><i>Divorciado</i></b> <b><i>(n=3)</i></b>	<b><i>K-W</i></b>
Somatização	10,33	11,75	10,50	0,10
Obsessiva-Compulsiva	10,00	15,25	9,83	1,45
Sensibilidade Interpessoal	9,43	10,75	15,67	2,83
Depressão	10,10	9,00	13,50	0,97
Ansiedade	10,67	6,50	12,33	1,24
Hostilidade	10,97	13,25	6,33	2,03
Psicoticismo	10,73	10,75	9,17	0,18
Ansiedade Fóbica	10,03	13,25	11,00	0,57
Idealização Paranoide	10,30	9,50	12,17	0,32
<b><u>Índices Globais SCI 90-R</u></b>	<b><i>Solteiro</i></b> <b><i>(n=15)</i></b>	<b><i>Casado</i></b> <b><i>(n=2)</i></b>	<b><i>Divorciado</i></b> <b><i>(n=3)</i></b>	<b><i>K-W</i></b>
Índice de Gravidade Global dos Sintomas	10,13	10,50	12,33	0,35
Total de Sintomas Positivos	10,57	10,00	10,50	0,02
Sintoma da Angústia Positiva	9,60	13,00	13,33	1,39

\*p < 0,05; †p < 0,10

- *Relação entre Apoio Social e características sócio-demográficas*

A determinação do grau de apoio percebido pelos reclusos foi realizada com base na média dos resultados apontados nas oito primeiras questões do questionário de Apoio Social (Anexo L, Quadros 26, 27). As pontuações atribuídas a cada um dos níveis são apresentadas no Quadro 19.

## Quadro 19

*Pontuações atribuídas a cada um dos níveis de apoio*

Questão	Pontuações
Quanto esta pessoa o faz sentir-se querido	
Quanto esta pessoa o faz sentir-se admirado ou respeitado	
Quanto confia nesta pessoa	Nada = 0
Quanto esta pessoa está de acordo consigo ou apoia as suas ações ou pensamentos	Um pouco = 1 Moderadamente = 2 Bastante = 3
Se precisar de 10 euros para recorrer ao médico, quanto esta pessoa o ajuda habitualmente	Muito = 4
Se tivesse que permanecer em casa de baixa, quanto esta pessoa o pode ajudar	
Há quanto tempo conhece esta pessoa?	< 6 meses = 1; 6 a 12 meses = 2; 1 a 2 anos = 3; 2 a 5 anos = 4; > 5 anos = 5
Qual a frequência de contacto que tem com esta pessoa?	≤ 1 vez por ano = 1; Algumas vezes por ano = 2; Mensal = 3; Semanal = 4; Diário = 5

Para o estabelecimento da relação entre o número de elementos da rede social, grau em que os participantes se sentem apoiados e as variáveis Tempo de condenação (meses) e Idade (anos) foi calculado o coeficiente de correlação de Spearman, uma vez que o pressuposto de proximidade à distribuição normal não se cumpriu nas variáveis número de elementos da rede social e grau em que os participantes se sentem apoiados (Shapiro-Wilks,  $p < 0,05$ ).

De acordo com o Quadro 20, as variáveis Número de elementos da rede de apoio social, Grau Médio de Apoio não se correlacionaram com Idade e Tempo de condenação.

## Quadro 20

*Correlações de Spearman entre Número de elementos da rede de apoio social, Grau Médio de Apoio, Tempo de condenação e Idade*

Correlação	Grau Médio de Apoio	Idade	Tempo de condenação
Número de elementos da rede de apoio social	0,33	-0,03	-0,06
Grau Médio de Apoio		0,08	0,06
Idade			-0,09

De seguida foram comparados resultados do Número de elementos da rede de apoio social e Grau Médio de Apoio por nível de escolaridade. Mais uma vez considerou-se a variável escolaridade com dois níveis: Primário e Secundário (inclui Bacharelato).

Embora o pressuposto de proximidade com a distribuição normal tenha sido cumprido na maioria das variáveis, foi utilizada a estatística não paramétrica de Mann-Whitney pois o número de casos em cada nível da variável escolaridade era baixo. Neste sentido o nível de significância para rejeição da Hipótese nula foi mantido em 10% (Tabachnick & Fidell, 1996).

O Quadro 21, não evidencia a existência de diferenças significativas no Número de elementos da rede de apoio social e Grau Médio de Apoio quando comparados por Nível de escolaridade. Ainda assim pode referir-se que a média das hierarquias dos reclusos com nível de escolaridade secundário foi superior em ambas as variáveis de apoio.

## Quadro 21

*Análises Univariadas Mann-Whitney (M-W) para a comparação do Número de elementos da rede de apoio social e Grau Médio de Apoio por escolaridade*

Variáveis de apoio social	Média das Hierarquias		Estatística
	Primário (n=5)	Secundário (n=15)	M-W
Número de elementos da rede de apoio social	6,80	11,73	19,00
Grau Médio de Apoio	6,80	11,73	19,00

Foram de seguida analisadas as diferenças entre as variáveis de apoio da rede social por estado civil. Uma vez que as réplicas amostrais nos níveis “casado” e solteiro da variável estado civil eram reduzidos recorreu-se à estatística não-paramétrica de Kruskal-Wallis. O nível de significância para rejeição da Hipótese nula manteve-se por estas razões em 10% (Tabachnick & Fidell, 1996).

O Quadro 22, não mostra a existência de diferenças significativas no Número de elementos da rede de apoio social e Grau Médio de Apoio quando comparados por Estado civil.

## Quadro 22

*Análises Univariadas Kruskal-Wallis (K-W) para a comparação do Número de elementos da rede de apoio social e Grau Médio de Apoio por escolaridade*

Variáveis de apoio social	Média das Hierarquias			Estatística
	Solteiro (n=15)	Casado (n=2)	Divorciado (n=3)	K-W
Número de elementos da rede de apoio social	10,17	14,25	9,67	0,93
Grau Médio de Apoio	10,67	10,50	9,67	0,07

- *Relação entre Apoio Social e Sintomas Psicopatológico*

A relação entre as variáveis de apoio da rede social Número de elementos da rede de apoio social e Grau Médio de Apoio com as Dimensões sintomáticas e Índices Globais da SCI 90-R foi medida com o coeficiente de correlação de *Spearman*, visto que o pressuposto de proximidade com a curva normal não foi cumprido (Shapiro-Wilks,  $p < 0,05$ ). O Quadro 23, indica que não foram encontradas quaisquer relações entre as variáveis de apoio social e as Dimensões sintomáticas e Índices Globais da SCI 90-R.

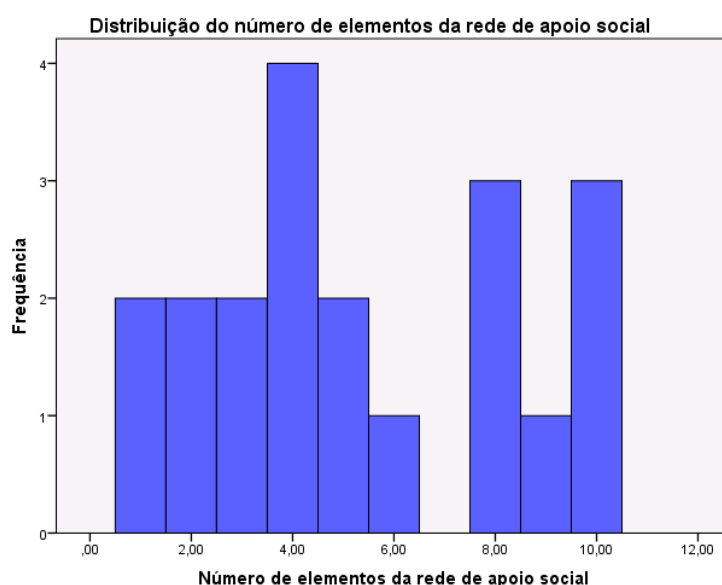
## Quadro 23

*Correlações de Pearson entre Número de elementos da rede de apoio social, Grau Médio de Apoio e Índices Globais da SCI 90-R*

Correlação	SOM	OBC	SIP	DEP	ANS	HOS	PSI	AFO	IPA	IGGS	TSP	SAP
Número de elementos de apoio social	0,22	0,25	-0,20	0,05	0,05	-0,07	0,29	-0,24	-0,09	0,06	0,02	0,12
Grau Médio de Apoio	0,17	0,08	-0,29	-0,25	0,05	0,14	0,07	-0,30	-0,08	-0,09	-0,01	-0,17

### *Apoio Social*

Em relação à rede de relações dos participantes, o número médio de elementos que compõem a sua rede social foi de 5,35 com desvio padrão de 3,07. A distribuição encontrada teve um aspeto uniforme (Gráfico 4).



**Gráfico 4:** Distribuição do número de elementos da rede social de apoio

A rede social dos participantes é composta por vários elementos. O Anexo L, mostra que, quando são considerados os resultados na totalidade, i.e. quando cada elemento é considerado não obstante a existência de repetições de entre alguns (e.g. amigos, irmãos), os irmãos (23; 21,5%), amigos (14; 13,1%), mãe (14; 13,1%), filhos (13; 12,1%) e pai (9; 8,4%)

foram os mais referidos. Quando é trancada a possibilidade da repetição, i.e. quando cada elemento da rede social é considerado unitário, a principal diferença prende-se com a perda da importância dos amigos, caindo de segundo para quinto lugar, reduzindo as 14 respostas para seis a nível unitário (seis dos 20 participantes referiram os amigos). Também os irmãos, embora se mantenham ainda no primeiro lugar, perdem importância, passando a deter 16 respostas em 20 possíveis, correspondendo a 18,18% do total de elementos da rede social, ainda assim um valor elevado. Esta análise permite verificar que, na generalidade, as seis pessoas que reportaram os amigos e as 16 que reportaram os irmãos fizeram-no de forma repetida, ou seja, referiram mais do que um amigo ou irmão. Permite também verificar que os elementos da família nuclear tradicional estão entre os mais referidos (pai, mãe, irmãos, filhos), embora tenham sido feitas poucas referências à esposa (4; 3,7%).

#### Quadro 24

*Frequências absolutas (n) e relativas (%) para o tipo de elementos da rede social dos participantes*

Elementos da rede social	Total		Unitário	
	N	%	N	%
Irmão(ã)	23	21,5	16	18,2
Amigo(a)	14	13,1	6	6,8
Mãe	14	13,1	14	15,9
Filho(a)	13	12,1	10	11,4
Pai	9	8,4	9	10,2
Tio(a)	5	4,7	4	4,6
Avó(ô)	5	4,7	5	5,7
Esposa	4	3,7	4	4,6
Sobrinho	3	2,8	3	3,4
Primo(a)	3	2,8	3	3,4
Noiva	3	2,8	3	3,4
Companheiro(a)	2	1,9	2	2,3
Neto(a)	2	1,9	2	2,3
Professor	1	0,9	1	1,1
Padrinho	1	0,9	1	1,1
Padrasto	1	0,9	1	1,1
Fundação	1	0,9	1	1,1
Ex noiva	1	0,9	1	1,1

<b>Madrinha</b>	1	0,9	1	1,1
<b>Afilhado(a)</b>	1	0,9	1	1,1

No que diz respeito ao grau de satisfação dos participantes com as pessoas da sua rede de relações foram calculadas as medianas referentes a cada uma das questões apresentadas no Anexo L. A mediana foi a estatística utilizada dada a natureza ordinal das variáveis em jogo. Não obstante é necessário ter em conta a discrepância do número de respostas por cada categoria de relação (apresentada no Quadro 24). Se por exemplo o cálculo da mediana por questão para os irmãos tem em conta 23 respostas, o mesmo cálculo para professor ou padrinho tem em conta apenas uma.

A mediana global da distribuição obteve o valor “três” o que significa que ponderadas todas as respostas dos participantes o grau de satisfação geral nas questões analisadas corresponde a “Bastante satisfeitos”.

Da análise por questão importa realçar que as questões mais bem cotadas foram “Quanto confia nesta pessoa”, “Se precisar de 10 euros para recorrer ao médico, quanto esta pessoa o ajuda habitualmente” e “Se tivesse que permanecer em casa de baixa, quanto esta pessoa o pode ajudar” com mediana de valor “quatro”, correspondente a “Muito Satisfeito”. A questão que obteve valor mais baixo, com mediana de valor “2,5”, entre “Moderadamente Satisfeito” e “Bastante Satisfeito” foi “Quanto esta pessoa está de acordo consigo ou apoia as suas ações ou pensamentos”.

Da análise por relação salienta-se que a família nuclear (pai, mãe, irmãos, filhos) destacou-se ao obter resultados medianos de classificação máxima correspondente a “Muito Satisfeito”. Ainda dentro desta classificação foram incluídas as namoradas ou ex-namoradas e netos. No sentido contrário, Fundação, Padrasto, Sobrinhos, Tios e Esposa foram as relações identificadas como menor satisfação com valores medianos de “zero (Nada Satisfeito)”, “um (Um pouco Satisfeito)”, “dois (Moderadamente Satisfeito)” e “2,5 (Entre Moderadamente Satisfeito e Bastante Satisfeito)”, respetivamente.

Quanto ao tempo de conhecimento das pessoas da rede de relações (Quadro 25) a grande maioria da amostra respondeu “há mais de cinco anos” (86%). Irmãos (n=22), mãe (n=14), amigo (n=13), filho(a) (n=10) e pai (n=8) foram os mais referenciados nesta

categoria. Não obstante é necessário ter em consideração que foram também os elementos mais referenciados em valor absoluto (Quadro 24).

## Quadro 25

*Distribuição do tempo de conhecimento com os elementos da rede social*

Relação	Há quanto tempo conhece esta pessoa?				
	Menos de 6 meses	6 a 12 meses	1 a 2 anos	2 a 5 anos	Mais de 5 anos
Professor	0	1	0	0	0
Amigo(a)	0	1	0	0	13
Filho(a)	0	0	1	2	10
Mãe	0	0	0	0	14
Irmão(ã)	0	0	0	1	22
Padrinho	0	0	0	0	1
Pai	0	0	0	1	8
Padrasto	0	0	0	0	1
Tio(a)	0	0	0	1	4
Sobrinho	0	0	0	0	3
Esposa	1	0	0	1	2
Fundação	0	0	0	1	0
Avó(ô)	0	0	0	0	5
Primo(a)	1	0	0	0	2
Ex noiva	0	0	1	0	0
Noiva	0	0	0	1	2
Madrinha	0	0	0	0	1
Afilhado(a)	0	0	0	0	1
Companheiro(a)	0	0	0	0	2
Neto(a)	0	0	0	1	1
<b>Total</b>	2 (2%)	2 (2%)	2 (2%)	9 (8%)	92 (86%)

Em relação à frequência de contacto de cada participante com os elementos da sua rede social a resposta mais frequente foi semanal (45%). Para este valor contribuem de forma mais acentuada os contactos com mãe (n=10), irmãos (n=8) e filhos (n=8), seguido dos amigos (n=5) e o pai (n=4). Estes elementos são também aqueles que em conjunto com os tios, apresentam mais respostas ao nível dos contactos diários, com duas respostas por cada elemento. Os contactos diários correspondem a 17% da totalidade de respostas. Importa também salientar que o contacto com irmãos apresenta uma distribuição com maior amplitude, variando entre “Uma vez ou menos por ano” (n=2), “Algumas vezes por ano” (n=5), “Mensal” (n=6) e os já referidos contactos semanais e diários. Também com

percentagem total de 17% surgem os contactos menos frequentes de “Uma vez ou menos por ano”, seguidos pelas respostas “Algumas vezes por ano” (12%) e por fim contactos mensais (10%).

Nestes últimos são os contactos com irmãos que mais contribuem para este valor com seis respostas em dez (60%) (Tabela 26)

## Quadro 26

*Distribuição frequência de contacto com os elementos da rede social*

Relação	Qual a frequência de contacto que tem com esta pessoa?				
	Uma vez ou menos por ano	Algumas vezes por ano	Mensal	Semanal	Diário
Professor	0	0	0	1	0
Amigo(a)	2	0	2	5	2
Filho(a)	1	2	0	8	2
Mãe	1	1	0	10	2
Irmão(ã)	2	5	6	8	2
Pai	2	1	0	4	1
Padrasto	0	1	0	0	0
Tio(a)	1	0	0	2	2
Sobrinho	1	1	0	1	0
Esposa	2	0	0	1	1
Fundação	1	0	0	0	0
Avó(ô)	1	0	1	2	1
Primo(a)	0	1	1	0	1
Ex noiva	0	0	0	0	1
Noiva	0	0	0	2	1
Madrinha	0	0	0	1	0
Afilhado(a)	1	0	0	0	0
Companheiro(a)	0	0	0	0	1
Neto(a)	2	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>17 (17%)</b>	<b>12 (12%)</b>	<b>10 (10%)</b>	<b>45 (45%)</b>	<b>17 (17%)</b>

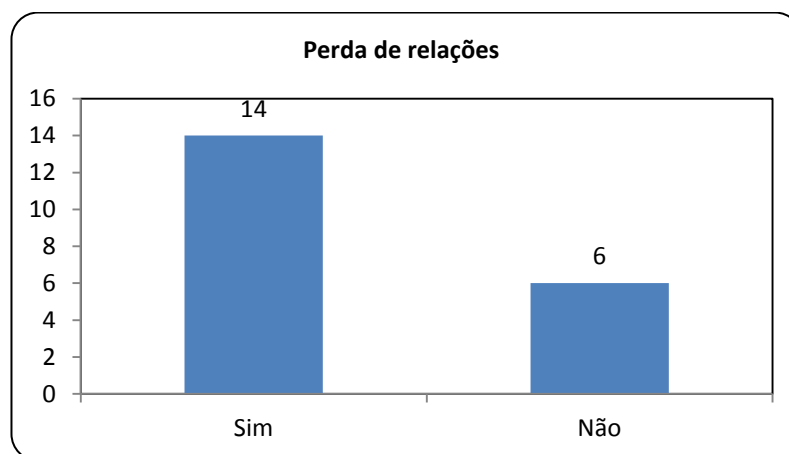
Seguidamente apresentamos o quadro referente à questão sobre as perdas devidas a mudanças ocorridas na rede de suporte.

## Quadro 27

*Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a perda de relações devido a mudança de trabalho, divórcio, morte ou alguma outra razão*

	n	%
<b>Durante o ano passado perdeu alguma relação importante devido a mudança de trabalho, divórcio, morte ou alguma outra razão</b>	<b>14</b>	<b>75%</b>
Esposa ou companheira	8	57%
Familiares ou parentes	12	86%
Amigos	8	57%
Colegas de trabalho ou escola	4	29%
Vizinhos	3	21%
Profissionais de saúde	1	7%
Terapeuta	3	21%
Sacerdote	0	0

O Gráfico 5, mostra que 16 participantes (75%) perderam elementos significativos da sua rede de relações devido a mudanças de emprego, divórcio ou outra razão.



**Gráfico 5:** Frequências absolutas da perda de relações dos participantes

O Quadro 28, mostra que 43,75% dos participantes referiu que recebiam Bastante apoio dos elementos da sua rede de relação que entretanto foram perdidos e 25% dos participantes referiram que recebiam Muito apoio destes elementos. Os restantes três participantes distribuíram-se equitativamente pelas respostas Moderado, Um pouco e Nenhum.

### **Quadro 28**

*Frequências absolutas (n) e relativas (%) para a quantidade de apoio que prestada pelo elemento da rede de relações perdido*

<b>Quantidade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Nenhum</b>	1	6,25
<b>Um pouco</b>	1	6,25
<b>Uma quantidade moderada</b>	1	6,25
<b>Bastante</b>	7	43,75
<b>Muita</b>	4	25,00

## DISCUSSÃO

Seguidamente iremos interpretar os resultados obtidos, tendo em consideração as questões anteriormente apresentadas.

### *AGRESSIVIDADE*

Verificámos que 30% dos participantes encontra-se no centro penitenciário há dois anos ou menos; apenas uma minoria (10%) cumpriu entre os oito e os dez anos, de tempo de condenação.

Mackal (1979), define a pessoa violenta, irracional, que se nega a dialogar seja em que situação for, manifestando egoísmo e nenhuma empatia. Para Van Rillaer (1975) a agressividade é a disposição do indivíduo dirigida a defender-se ou a afirmar-se perante alguém ou algo. Neste estudo os participantes referem utilizar os comportamentos agressivos por motivos externos a eles, na generalidade, como autodefesa; definem pessoa agressiva, não se incluindo a si próprios (“Uma pessoa por se defender e dar uns murros não é agressiva. Por isso... eu sei que não sou uma pessoa agressiva nem violenta”; “para mí ser agresivo... hombre... es cuando las cosas se les van fácil de las manos, que se pelean rápido, que no hablan. Sin abusos porque eso a mí no me va”).

Os inquiridos associam a agressividade à falta de habilidade verbal, irracionalidade, falta de empatia, dificuldades ao nível do autocontrolo, défice na regulação das emoções, predileção pelo mal e pela dor infringida (“Ser agresivo es... es... no pensar (...) no piensas”; “...no saber (...) hablar. Eso es... a lo que llamo ser agresivo. (...) no sabe dialogar”; “Ser agresivo es... es (...) pegar constantemente y ya está (...) pelearte”; “Para mi ser agresivo? Significa... una persona que tenga... una persona... sin escrúpulos, con pocos sentimientos”; “Pues ser agresivo es una persona pues que no... no controla sus emociones, sus sentimientos”; “Ser mala y querer el mal de los demás”).

A agressividade pode-se manifestar de várias formas, sendo a verbal (dirigida a um indivíduo, com recurso a palavras ou expressões verbais) e psicológica, frequentemente utilizadas na prisão entre as pessoas reclusas (“La verbal está en la orden del día, es normal y constante”; “Normalmente la verbal. Mucha gente aquí no nos metemos con los demás, pero siempre hay algunos que insultan a otros, que les

hablan con chulería”; “La verbal ya es nuestra lenguaje”) a que muitas vezes se associa a violência física, caracterizada pelo uso da força (“La verbal y la física (...)el chantaje y las amenazas no funcionan mucho”; “La verbal porque no sabemos hablar, somos jóvenes y no tenemos mucha educación y la física porque nos está en la sangre”; siempre después de una verbal pesada viene la física, por eso están muy conectadas”); a violência psicológica (caracterizada pela rejeição, depreciação, discriminação, humilhação, desprezo, jogos psicológicos, chantagens, fazer troça, espalhar rumores, etc.) surge também associada à agressão física (“la psicológica y la fuerza siempre siempre hay”; “...creo que la psicológica. La física después, porque física puede ser una vez por día o día si día no, pero la psicológica es todo el día, de mañana hasta la noche”). Neste estudo não se verificam referências à agressão Sexual.

Para Goffman (1999), a vertente totalizadora das prisões é potenciadora de violência, a vigilância constante gera tensão e as explosões de agressividade são apenas atenuadas ou “camufladas”. Neste sentido, verificamos que grande parte dos participantes, procuram usar a violência sem serem vistos e sancionados pelos guardas (90%), pois as lutam “pagam-se” com a mudança para um bloco pior ou o isolamento; geralmente utilizam estratégias, de forma a lutarem em locais isolados, sem câmeras, como as escadas, as casas-de-banho ou os cantos do refeitório:

“Bueno donde los funcionarios no ven. En el tigre (baños), en el gimnasio, en las escaleras o en el rincón del comedor”; “Es siempre malo que los funcionarios te vean porque te pasas la vida cambiando de módulos y estando aislado”, “Lo invitas al otro a pelear en esos sitios para no correr el riesgo de ser aislado o cambiar otra vez de modulo”.

Alguns inquiridos revelam não ter medo e utilizar estratégias do “aqui e agora”: (“Como lhe disse sim, já tive comportamentos agressivos, eu sou assim, se tenho um problema resolvo agora e aqui”; “no hace sentido los rincones. Aquí y ahora”; “vou lutar onde seja se me provocam sem pensar se o guarda vê ou não”).

Neste grupo de participantes verificámos que a maioria refere ter sido vítima de agressão por parte dos outros companheiros quando entraram na prisão, o que poderá dever-se ao desconhecimento das normas ou à não adaptação ao meio prisional:

“Si, cuando entré la primera vez. Cuando entras eres carne de cañón, no conoces a nadie, te intimidan mucho, para que no quedes tú por encima de ellos, ellos quieren quedar por encima de ti primero”; “Física no pero verbal si, en algún momento. Cuando entras en un modulo siempre te hablan mal y fue victima de violencia psicológica”.

No entanto, uma parte significativa de inquiridos (45%), refere não ter sido vítima de agressão pelos companheiros (“Yo no...Cuando entré, ví mucha gente amiga y por eso entré aquí con la cabeza arriba, sin miedo... es como se estuviera en casa, entiende?”; “No, nunca, ya tenía amigos de la calle aquí dentro y algunos aún siguen aquí”; “El primero día intentarían agredir me pero he respondido y además cuando entré aquí con dieciocho años ya había dos tíos míos aquí dentro, por eso cuando se enteraron de quien era sobrino todo se ha tranquilizado”).

Segundo Gonçalves (1999) e Crespo (2007), a socialização faz-se com base no código de valores específico da prisão e das pessoas reclusas, que os assimilam para se adaptarem eficazmente a essa organização social; vários aspetos são regulamentados por um código exclusivo das pessoas reclusas, tendo em consideração princípios básicos associados à estrutura de poder e uso de violência, que parecem ser absorvidos quase na sua totalidade pelos indivíduos:

“Aquí hay una regla que es por la mañana nadie bromea, no hay bromas”, “Es una norma, nadie se mete en las peleas solo uno contra uno y si alguien se mete pues ahí nos ponemos todos y es una pelea grande”; “Pero si cumplen no nos metemos”; ”jamás atacamos por la espalda, eso es una norma aquí dentro. Si el otro no quiere pelear, entonces se queda como la mierda del patio, no... para que te respeten tienes que pelearte”.

O uso da violência física, é generalizadamente aceite no caso dos indivíduos condenados por violação ou pedofilia, pois segundo as normas dos próprios indivíduos reclusos, as “agressões sexuais”, devem sofrer pelo seu crime. A agressão nestes casos é realizada no bloco, independentemente do sítio onde a pessoa reclusa se encontre:

“Hombre si, pero si es un violador o agresor sexual...hombre... en esas situaciones el violador así que entra ya está saliendo para la enfermería. Todos le ponemos la manta por encima y... todos los del modulo... es normal no????”; “El tipo de condena aquí también es importante, los violadores o pederastas lo pasan mal mal mal... y está bien hecho”; “Eso no son hombres son animales. Bueno... y los pederastas no vea... esos no puedo ni oler los. Cuanta más paliza sea posible darles mejor”

Os delatores também sofrem maus tratos:

“A ellos también les caen palizas para que aprendan, estamos todos en el mismo sitio y sufrimos todos lo mismo por eso delante de los funcionarios nos tenemos que proteger”; “A veces hay chivatos pero que también acaban pagando por eso, como todo en la vida”.

Todos os entrevistados condenados por algum tipo de crime sexual foram vítimas de violência coletiva:

“Estoy condenado por agresión sexual y eso aquí es condenado entre los internos. Cuando entré, fui a un modulo conflictivo y así que entré solo me acuerdo que me pusieron la manta y me pegaran todos, fuí directo a la enfermería”; “Estoy aquí por maltrato de género, entonces.... Bueno... me han dado una paliza cuando entre aquí dentro, pasadas algunas semanas porque alguien se chivo del motivo de mi condena”; “Si. Tanto de... física, como psicológica como verbal... yo he sido víctima”.

Estes indivíduos só conseguem obter algum respeito e convivência, passado alguns anos e utilizando a agressão, como meio de comunicação:

“Aquí quien se mete conmigo ahora lo paso por encima, lo reviento pero gano (...) Es como todo no? Si algún día tengo que matar alguien aquí, lo hago, no tengo problemas. A mí no me ponen nada mas por encima”; “Ahora ya no me ocurre eso porque hace dos años y poco que estoy aquí y por eso ya me he ganado mi sitio, pero al inicio si, he sido víctima de agresión física y mucha de agresión verbal en el modulo tranquilo al que me enviaron”; “. Ahora impongo respeto y lo he conseguido con mi cuerpo y ganas. Como ya he dicho, para esto sirve la fuerza y tenemos que usarla más tarde o más temprano. Como sabe yo he sido condenado por muchas cosas, una de ellas por agresión de género y... ya sabe que ocurre a personas como nosotros”.

Contudo, o convívio nas celas pode-se tornar inaceitável:

“(...) me dijeron que mi compañero de celda era un violador y fui al funcionario a pedirle para cambiar de celda si no... pues el funcionario sabia que le iba a pegar y te cambian de celda siempre. En modo general están en las celdas solos o con otro igual, incluso después de un tiempo, eso no cambia pero cambia el hecho de estar siempre siendo machacados”.

A violência aprendida no meio social, parece fundamental para a sobrevivência na prisão, onde não se pode ser visto como uma pessoa frágil, neste contexto, quem não luta é considerado débil e por isso vitimizado pelos restantes companheiros. Alguns participantes referiram adotar comportamentos agressivos para evitar o rótulo de débil:

“Ehhh, son el nivel, el escalón, más bajo en cuanto al respeto. No han luchado por ganárselo”, “Se te agreden tienes que defenderte, no puedes quedar como débil...”; “Los que no se pelean, son pocos, estamos en la cárcel entonces si no peleas y te callas serás machacado y un débil. Eso no es bueno”; “utilizamos la fuerza física para imponer respeto que es lo más importante, para que no pases por débil”.

ODonnell e Edgar (1998) no seu estudo salientam também a importância da pessoa, manter o “respeito”, vingar-se de uma agressão e impor-se, para não ser considerado pelos restantes companheiros como um alvo fácil e vulnerável. Desta forma, a resposta a qualquer ato, constitui-se praticamente como um direito e dever do indivíduo recluso ofendido, caso contrário, passa a constituir um alvo a perseguir, tendo maior probabilidade de vir ser vitimizado no futuro.

Esta atitude de manter e assegurar o “respeito” dos outros companheiros, de forma a preservar a sua integridade física, leva ao uso da agressão sem receio das consequências:

“La fuerza es la única solución para reparar los problemas aquí.”, “Si, somos hombres por eso utilizamos más la fuerza (...) Somos brutos al hablar y al usar la fuerza”; “Es normal el comportamiento agresivo, es como la forma de hablar y decir cuidado. Es normal las peleas y la violencia física. Es la forma de vida aquí dentro”; “(...) me peleo sin pensar en el sitio, solo pienso en mi respeto y en mi dinero”, “...no podía esperar porque... perdería... perdería el respeto de los demás y... me he peleado ahí en el momento”; “Si te agreden tienes de defenderte”

Crespo (2007/2009), refere que o indivíduo recluso, num meio complexo como o prisional deve necessariamente assumir uma maneira de se comportar, habitualmente ações concretas agressivas, carregadas de violência, ainda que aparentes, com o objetivo de obter o reconhecimento dos outros e assim assegurar, em certa medida, a própria integridade física; segundo este autor, a violência nas prisões não se define como uma conduta ou ação fortuita, sem razão alguma, sendo a violência entre os indivíduos reclusos muito frequente.

Entre as causas da violência na prisão, os inquiridos referem também as dívidas (“Las peleas que tengo son por deudas, porque me deben dinero”; “Compram droga através da rotina, do tabaco etc. e depois não pagam”; “Las peleas no son tanto porque creo ser más fuerte o no, son más por dinero”; “otras veces por deudas”), drogas (“Cuando estuve en el modulo tres estaba enganchado a la droga y ahí tuve problemas, pero siempre he dado la cara porque no puedo dejar que me pasen por encima, pero ví en lo que me estaba poniendo y dije que ya tenía suficiente y dejé la droga”; “La droga aquí es mucha y los problemas más. La droga trae peleas”; “...os toxicodependentes, a violencia vem sempre pela toxicodependência, eles próprios são como piranhas”), ofensas (“Siempre hay problemas...de personas que no saben hablar y te ofenden”), insultos (“Bueno... me insultan, provocan y reacciono con violencia”) e falta de respeito e educação (“Los motivos de las peleas aquí pueden ser muchos, en general es por...chulerías”; “Básicamente la falta de respeto”).

Através da análise de respostas dos participantes concluí-se que para se viver na prisão é conveniente ter dinheiro (“Como tengo siempre dinero que me da la familia, doy tabaco y después me tienen que pagar el doble”; “Mi familia es toda de esto, entonces tenemos dinero y siempre he tenido dinero, doy tabaco, antes pasaba droga y todo esto trae deudas que me tienen que pagar, de aquí vienen mis peleas y después el respecto que tengo que conseguir que me tengan”); quem não tem dinheiro, fica com dívidas e estas pagam-se caro e no prazo imposto, por quem emprestou:

“La deuda tiene el límite que le impone el que lo presta”; “Se yo le digo tienes que pagar la semana que viene, pues tendrá que pagar ese día, que ya no tienes dinero ninguno? Vas a pagar igual”; “Si entras en la rutina es difícil salir porque siempre estarás pidiendo tabaco y droga y después ni siempre podrás pagar y vienen las peleas. A veces son duras”.

Pode-se verificar também que muito dos indivíduos reclusos, economicamente favorecidos, atuam violentamente sabendo que muitos dos companheiros não têm dinheiro para pagar os seus “empréstimos” (“Las peleas a veces son intencionadas porque si sabes que no te pueden pagar no vendas o no hagas rutina con ese tio”). Neste sentido torna-se fundamental que a pessoa reclusa tenha um bom ou satisfatório Apoio proveniente da sua rede social.

A falta de formação pessoal e educacional e de ocupação do tempo, é outro dos aspetos salientados pelos participantes (“La gente es muy impaciente, les falta educación, no tienen cabeza y por eso utilizan la fuerza”; “Vivimos solo aquí dentro en 4 paredes todos los días, con las mismas personas y todos somos igual de malos y violentos, entonces es normal, no?”; “Estamos bajo unas normas difíciles. Si no nos estuviesen siempre machacando nos podría ir mejor”). Diversos autores como Gendreau, Goggin e Law (1997) referem que tanto as variáveis institucionais como as pré-institucionais influenciam a cultura prisional e os processos de agressividade e vitimização, contribuindo de igual modo para o comportamento desadaptado das pessoas reclusas em meio prisional.

Cordillia (1987) afirma que o principal problema sentido pelos indivíduos reclusos é a rejeição mútua, as dificuldades em estabelecer amizades, associado ao fato de sentirem medo uns dos outros; as relações de amizade restritas e de difícil manutenção entre os indivíduos reclusos, são também evidenciadas pelos inquiridos “(...) nadie es amigo de nadie ... es una sociedad individual entonces hay problemas”; “Es así como se vive, no hay amigos solamente personas con las que te llevas mejor o peor”; “Además si vives aquí tienes que saber que no hay amigos de verdad”).

Dado este ambiente de hostilidade, desconfiança, repressão e medo, alguns participantes adotam a norma de “agredir, antes de ser agredido“, de resolver diretamente os seus problemas com o outro ameaçador:

“Aquí es cada uno por sí mismo, no hay amigos. Nadie defiende a nadie y nadie se mete en lo que no es suyo. Tú te peleas y tú resuelves tus problemas”; “...antes que juegues conmigo, juego yo contigo”; “Yo las veces que he tenido, que han sido varias, normalmente siempre he intentado que la otra persona no llegue a agredir primero (...) se suele decir: “para que llore mi madre que desgracia”; “He peleado en el comedor del modulo cinco porque me querían poner la pierna encima y en ese momento solo pensé, este hijo de puta me quiere joder la vida”.

Neste contexto, a tendência generalizada a usar-se a violência e não o diálogo como forma de se obter o que se pretende, leva a que os comportamentos agressivos sejam considerados normais, sendo banalizados ou mesmo valorizados (“bueno, todo aquí es una excusa para las peleas”; “Aquí la agresividad es un comportamiento normal”; “Las personas dan dinero a quien no tiene sólo para poder tener una excusa para pelear se la semana siguiente”) e o convite para a luta pode surgir sem se saber bem porquê e mesmo assim terá de aceitar-se (“A veces te peleas aquí sin tener culpa pero si te invitan tienes que decir que sí”).

Bergeret (1998), refere que o próprio ambiente de opressão e de controlo, do Sistema Prisional não favorece que a pessoa reclusa desenvolva diferentes formas de resolução dos seus problemas e de enfrentar a vida real, assim esta tende a reagir com atos violentos. Nalgumas das causas da violência situam-se, neste trabalho, a “desestruturação do estado emocional e “uma maior vulnerabilidade emocional” (emoções à flor-da-pele):

“La fuerza se utiliza porque las personas están sensibles”; “aquí estamos 24h juntos y somos siempre los mismos por eso estamos sensibles y con los sentimientos flor de piel”, “Aquí todo está a flor de piel”; “Aquí la agresividad es un comportamiento normal, estamos encerrados y siempre juntos, no hacemos nada”.

Ireland, Brown e Ballarini (2006) referem a importância do comportamento agressivo como estratégia de adaptação à prisão; também para cerca de um terço dos participantes o uso da violência, faz parte da comunidade prisional (“Hay que saber sobrevivir en esta selva”, “Aquí, respondo de misma forma como me atacan”).

## *APOIO SOCIAL*

Através da análise dos resultados verificámos que os participantes manifestam-se satisfeitos com a sua rede de apoio, que inclui como elementos principais os amigos, os irmãos e a mãe, seguindo-se os filhos, pai e outros elementos da família alargada.

Perles (2002) no seu estudo sobre comportamentos delinquentes, refere a importância da família e amigos como um dos fatores de risco ou de proteção do indivíduo, verificando-se que muitos jovens delinquentes pertencem a famílias quase sempre bastante extensas e o grupo de amizades dos participantes é constituído por elementos delinquentes. Ruiz (2002), salienta ser característico da vida dos indivíduos reclusos, antecedentes de uma família desfeita, verificando-se ausência de uma das figuras parentais, o que remete para a importância dos papéis e valores sociais externos, como determinantes do percurso desviante das pessoas reclusas (Cressey, 1961).

Cunha (2002), evidencia que frequentemente os elementos do suporte dos indivíduos reclusos pertencem ao mundo do crime, sendo recrutados no universo dos parentes, no dos vizinhos e amigos, apresentando estas ligações entre apoio social e delinquência, um perfil de fluidez, instabilidade e atomização. No questionário de apoio social as questões onde os inquiridos se mostraram mais satisfeitos correspondem a “Quanto confia nesta pessoa”, “Se precisar de 10 euros para recorrer ao médico, quanto esta pessoa o ajuda habitualmente” e “Se tivesse que permanecer em casa de baixa, quanto esta pessoa o pode ajudar”, sendo referidos como elementos da rede de apoio a família, com exceção da esposa ou noiva. Entre os elementos mencionados como menos satisfatórios situam-se os tios, sobrinhos, padrasto e a esposa, embora esta, seja muitas vezes referida como uma pessoa em quem têm confiança.

Relativamente ao tempo de conhecimentos dos elementos da rede de apoio, os relativos à família obtêm os valores mais elevados, o que sugere alguma estabilidade e permanência destas relações, apesar da situação de reclusão; no entanto, mais de metade dos participantes refere ter perdido relações importantes durante a sua condenação. Um dos estudos de Jonh Howard (1999), salienta entre os tipos de privação mais significativos em meio prisional a perda de relações familiares e de amizade. Neste estudo, os participantes referem perdas relativas à família (incluindo a esposa ou namorada) e amigos. Também Travis e Waul (2001), evidenciam os efeitos adversos da reclusão a nível familiar, demonstrando que estes tendem a aumentar a probabilidade de ocorrência de situações de dissociação conjugal, na forma de separações e divórcios; de fato a esposa surge pouco mencionada como fonte de

suporte social e emocional, mesmo se incluída na rede social do participante. Podemos também concluir da análise dos dados, ser natural observar, que a perda do apoio recebido por elementos da família ou de amigos, tenha sido considerada pelos participantes, como sendo “Bastante” importante.

Relativamente à frequência de contactos (pessoal, telefónico, por cartas) verifica-se que em grande parte são semanais (mãe, filho e irmãos) e em menor percentagem diários (incluindo-se neste caso os tios, talvez por alguns terem também ingressado no mesmo centro penitenciário ou bloco). Neste contexto será de salientar como Carvalho (2003), que no meio prisional todas as atividades são reguladas, existem interdições, regras, horários a cumprir, espaços de convívio, isolamento, visitas controladas, etc., ou seja, “toda a atividade quotidiana do indivíduo é submetida a uma regulamentação, estritamente programada e planificada”; entre algumas das normas inclui-se a permissão de realizar um telefonema diário, visitas uma vez por semana e de quinze em quinze dias encontros privados com um membro familiar.

O número de pessoas que fazem parte da rede social e o grau em que a pessoa reclusa se sente apoiada não se encontra associado à idade, tempo de condenação, estado civil ou ano de escolaridade, talvez pelo reduzido número de participantes não permitir valores diferenciais e comparáveis neste aspeto, ou então devido ao fato dos membros da rede de apoio pertencerem ao mundo do crime, onde o participante está inserido. Cunha (2002), refere que a maioria das vezes os parceiros dos indivíduos reclusos no mundo do crime são recrutados no universo dos parentes ou vizinhos:

“Mi familia es toda de esto entonces tenemos dinero y siempre he tenido dinero”; “cuando he entrado aquí con dieciocho años ya había dos tíos míos aquí dentro”; “ya tenía amigos de la calle aquí dentro y algunos aún siguen aquí”; “Cuando he entrado he visto mucha gente amiga (...) es como se estuviera en casa...”; “... ya tenía amigos de la calle aquí dentro y algunos aún siguen aquí”; “...cuando he entrado aquí con dieciocho años ya había dos tíos míos aquí dentro...”; “Mi familia es toda de esto entonces tenemos dinero y siempre he tenido dinero...”.

## *SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS*

Através do questionário SCL-90-R, verificámos valores muito elevados, nas dimensões Obsessivo-Compulsivo, Idealização Paranoide, Depressão, Hostilidade, Somatização, Ansiedade e Sensibilidade Interpessoal (Psicoticismo com percentil acima de 80), o que indica sofrimento psicológico na quase totalidade do grupo de participantes. Autores como Moreira (2008), referem que as prisões são um local repleto de indivíduos com perturbações emocionais severas que deveriam ser atendidos em instituições psiquiátricas.

Nos índices globais GSI e PST verifica-se que a maioria dos inquiridos se situa no percentil superior a 90, podendo-se concluir que sofrem de perturbação psiquiátrica, ou psicossomática; apenas dois participantes obtiveram pontuações consideradas dentro dos parâmetros de normalidade.

Gonçalves (1999), refere também o facto da população reclusa apresentar elevado índice de perturbação ou doença mental, nomeadamente, explosões de agressividade, alterações da imagem de si, delírios, descompensações do tipo psicótico e nalguns casos tentativas de suicídio. Através da análise das frequências relativas às percentagens das respostas dos participantes nas questões do SLR-90-R, observa-se que muitos referem preocupações, pensamentos que não abandonam a mente ou que “não são seus”, tendência a verificar várias vezes as mesmas coisas, dificuldades em dormir, dores de cabeça e musculares, falta de energia, tensão, irritabilidade, desconfiança, impulsos para bater ou ferir, tristeza e solidão. Relativamente aos sentimentos de culpa verificámos que a maioria apresenta uma percentagem baixa entre os níveis “moderadamente e muito”, embora ainda se observe uma percentagem considerável (45%) de participantes que indiquem sentir culpa.

Como foi referido a agressividade está presente na maioria das respostas dos indivíduos reclusos, quantitativamente e qualitativamente (“La fuerza es el lenguaje aquí dentro “; “La fuerza es la ley, aquí se utiliza eso...””) pois na sua ótica na prisão tudo se resolve ou se consegue com a agressividade (“Es un mundo de peleas y del más fuerte”), principalmente a obtenção de respeito e pagamento das dívidas (“Las peleas no son tanto porque creo ser más fuerte o no, son más por dinero y respeto, un respeto de asco aquí dentro”; “La fuerza se utiliza para el respeto, para la droga, la rutina, para que sepan que contigo no se puede jugar”; ”Aquí prevalece el respeto y todos quieren el mismo”).

Segundo Palma (2003), quadros clínicos que incluem nomeadamente traços paranoides, podem-se agravar com o isolamento no ambiente prisional. Muitos participantes indicam

claramente sentirem impulsos agressivos, raiva e irritabilidade, referindo-se à prisão como um local de sobrevivência, onde as amizades não existem (“No hay amigos y se te doy algo, tienes de pagar, se piensas que somos amigos y te perdono, pues... pues no es así y eso trae peleas entre nosotros”; “Es así como se vive, no hay amigos solamente personas que te das mejor o peor”). Lumley, Ovies, Stettner, Wehmer e Lakey (1996), salientam a importância das competências sociais na formação e manutenção de relações próximas.

A dimensão Hostilidade apresenta-se correlacionada positivamente com o tempo de condenação, ou seja, quanto maior o tempo de condenação maior a pontuação nesta dimensão. Para Ireland, Brown e Ballarini (2006) o comportamento agressivo aparece frequentemente associado a infrações institucionais, representando uma forma de lidar com os problemas, com stressores de um ambiente que reduz a escolha de estratégias disponíveis.

Gonçalves (1999), destaca no sistema prisional distúrbios psíquicos e psicossomáticos, com origem no agravamento de sintomas associados a transtornos somatomorfes. Os valores da Somatização surgem acentuados, neste grupo de inquiridos (muitos referem dores de cabeça e musculares) a que se associam nervosismo e tensão ou como referem os inquiridos “sentimientos à flor da pele” (“...estamos sensibles y con los sentimientos en la flor de la piel”; “Los sentimientos aquí estan más a la flor de la piel, eso se tiene que tener en cuenta”).

Groddeck (1970), propõe interpretações da conexão entre a emoção e o sintoma, baseando a sua teoria num continuum psíquico e somático, onde a doença do corpo veicula um desejo e dá forma a uma ansiedade. Campayo (2007), refere que os transtornos somatomorfes, aparecem sempre como uma reação a algum evento de vida, a alguma emoção, trata-se de uma resposta do organismo a uma vivência traumática.

Gonçalves e Vieira (1995) verificaram que a ansiedade e a depressão são duas grandes patologias na prisão, ambas se podendo acoplar a distúrbios psicossomáticos, sendo a ansiedade potenciadora de explosões agressivas. Na dimensão Depressão muitos dos participantes referiram sentirem-se sós, tristes, sem valor, além de “presos” (“...están aquí 24h dentro del modulo y no hacen nada más”; “Somos humanos, no. Necesitamos de la familia y de los amigos, aquí no tenemos nada ni a nadie”). A dimensão Obsessivo-Compulsiva obtém valores elevados na grande maioria dos itens como ter palavras ou ideia não desejadas que não abandonam a mente, dificuldades de concentração, mente em branco, etc..

Zamble e Porporino (1988), nos seus estudos sobre a adaptação à prisão, concluíram que a ocorrência de distúrbios mentais, emocionais (associados à ansiedade, depressão e baixa

autoestima) e os problemas adaptativos eram uma realidade presente principalmente no início do cumprimento da pena, mas que estes se dissipavam à medida que os indivíduos se habituavam à rotina prisional.

No nosso estudo, a gravidade de algumas dimensões psicopatológicas (Somatização, Obsessiva-Compulsiva e Psicoticismo) apresentou-se associada à escolaridade, no sentido de se observarem valores mais elevados nos participantes com maior nível de escolaridade, apesar de não haver correlação positiva entre elas, colocando-se a hipótese de uma maior dificuldade de adaptação destes indivíduos ao contexto prisional, devido a considerarem que não deveriam estar misturados com os que não têm estudos e “educação”:

“Yo tengo educación y me mesclan con los que no tienen...”, “yo no soy igual a un tío que solo ha robado y un tío que ha matado cinco personas no es igual a mí y eso genera violencia porque la educación es diferente entre cada uno”.

Outras variáveis como o estado civil e a idade, não se apresentam associadas a índices psicopatológicos, talvez pelo reduzido número de participantes não permitir valores muito diferenciados nestas variáveis.

Sobre as limitações do estudo podemos salientar a pequena dimensão do grupo de inquiridos e o fato de terem sido selecionados por conveniência. Poderemos também colocar a questão de desabilidade social nas respostas, no sentido de que muitos poderão ter exagerado os seus sintomas psicopatológicos por pensarem retirar daí alguns benefícios (“Aqui el tonto gana, porque está protegido por los funcionarios y en un modulo bueno y por eso podrá salir etc. pienso que los tontos... o los que se hacen de tontos son los más listos, tienen más ventajas y mejor vida aqui dentro”). Este aspeto remete para a importância do uso de outros instrumentos de avaliação psicológica, pois é de extrema importância uma boa definição e análise dos sintomas psicopatológicos, na intervenção.

Em futuros estudos, com grupos de maiores dimensões, poder-se-iam aprofundar relações entre sintomas psicopatológicos e variáveis como a idade e o estado civil, assim como a relação entre a rede de apoio social e a entrada no mundo da delinquência e do crime ou o consumo de estupefacientes e a agressividade, aplicando-se inquéritos também a funcionários. Pensamos ser importante o desenvolvimento destas temáticas, pois embora a agressividade possa ser considerada como “normal”, um meio de “comunicação” no meio prisional ou justificada com a obtenção de “respeito”, não ser considerado “débil”, obrigar ao pagamento de dívidas ou ao cumprimento do código dos indivíduos reclusos (ex.: punir delatores ou os que praticaram determinados crimes), não deixa de ser perigosa, de colocar

vidas em risco (“y peleo sin armas, porque sé que me irían a caer más años de condena. Cuando me ciego, me ciego y eso si que es peligroso para mí y para el otro”; “A veces me tengo que controlar porque entro en un estado que mi mente se queda en blanco entonces... lo puedo matar, puedo matar a esa persona con un palo en la cabeza, lo puedo matar por eso no utilizo nada solo las manos... para no correr riesgos innecesarios”).

Dentro das prisões proliferam quadros psicopatológicos que podem já estar presentes na pessoa reclusa antes da sua condenação, mas também acentuarem-se no meio prisional. O apoio social não só informal (família, amigos) mas também formal (técnicos, psicólogos) torna-se fundamental no sentido de se poder contribuir para uma melhor adaptação e desenvolvimento da pessoa reclusa em vários domínios.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anaut, M. (2005). *A resiliência: Ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (4ªEd.). Lisboa: Climepsi.
- Bereget, J. (1998). *Psicologia patológica – Teórica e clínica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Blevins, K. R., Listwan, S. J., Cullen, F. T. E., & Jonson, C. L. (2010). A General strain theory of prison violence and misconduct: An integrated model of inmate behavior. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 26 (2), 148-166.
- Campayo, J. G. (2007, Nov.-Feb.). Fenómenos de somatización en la población penitenciaria: diagnóstico y tratamiento. *Rev. esp. sanid. penit.*, 9 (3), 34-41.
- Carvalho, C. (2003). *Corpos Minados: um estudo exploratório no espaço interno da cultura prisional*. Centro de Estudos Sociais, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Clemmer, D. (1940). *The Prison Community*. New York: Rinehart & Co.
- Crespo, F. (2007, Julio-Septiembre). Construcción y validación de la escala para medir prisionización. *Capítulo Criminológico*, 35 (3), 375-407.
- Crespo, F. (2009, Enero-Diciembre). Cárceles: subcultura y violencia entre internos. *Revista Cenipec*, 28, 123-150.
- Cressey, D. (1961). *The Prison: Studies in Institutional Organization and Change*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Cunha, M. I. (2002.). *Entre o Bairro e a Prisão: Tráfico e Trajectos*. Lisboa: Fim de Século.
- De las Cuevas, C., & González de Rivera, J.L. (1992). Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general. *An. Psiquiatr*, 7, 6-93.

- DeLisi, M., Trulson, C. R., Caudill, J. W., Belshaw, S., & Marquart, J. W. (2010, Junho). Delinquent careers behind bars, *Criminal Justice Review*, 35 (2), 200-219.
- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorders in 23 000 prisoners: A systematic review of 62 surveys, *The Lancet*, 359, 545-550.
- Flanagan, T. J. (1983, Fevereiro). Correlates of institutional misconduct among state prisoners, *Criminology*, 21 (1), 29-39.
- Gonçalves, R. A. (1999). *Psicopatia e Processos Adaptativos à Prisão: da Intervenção para a prevenção*. Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia. Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho (1ª ed.)
- Gonçalves, R. A. (2002). Vitimização em contexto prisional. In C. Machado & R. A. Gonçalves (Coords.), *Violência e vítimas de crimes. Vol. I Adultos*, 243-266.
- Gonçalves, R. A., & Vieira, H. (1995, Abril-Junho). Sobrepopoamento, Stress e estratégias de confronto em meio Prisional. *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, 2, 173-207.
- González de Rivera, J. L., De las Cuevas, C., Gracia, R., Monterrey, A. L., Pulido, R. F., Henry, M., Frugoni, A., Sánchez, F., & García-Estrada, A. (1990). Morbilidad Psiquiátrica Menor en la Población General de Tenerife. *Psiquis*, 11 (2), 11-22.
- González de Rivera, J. L., De las Cuevas, C., Rodríguez Abuín, M. & Pulido, F. R. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas. Manual*. TEA Publicaciones de Psicología Aplicada. Serie de menor número 297. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Gendreau, P., Goggin, C. E., & Law, M. A. (1997, Dezembro). Predicting prison misconducts. *Criminal Justice and Behavior*, 24 (4), 414-431.
- Goetting, A., & Howsen, R. (1986). Correlates of prison misconduct. *Journal of Quantitative Criminology*, 2, 49-67.
- Goffman, E. (1988). *Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

- Goffman, E. (1999). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Hare, R. D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hare, R. D. (1995). Psychopaths: New trends in research. *Harvard Mental Health Letter*, 12 (3), 4-5.
- Hare, R. D. (1996). Psychopathy and antisocial personality disorder: A case of diagnostic confusion. *Psychiatric Times*, 13 (2), 39-40.
- Hernandez, L., Romero, M., González de Riviera, J.L., & Rodríguez- Abuín, M. (1997). Dimensiones de estrés laboral, relaciones con psicopatología, reactividad al estrés y algunas variables orgánicas. *Psiquis*, 18 (3), 115-120.
- Hochstetlera, A., & DeLisib, M. (2005). Importation, deprivation, and varieties of serving time: An integrated-lifestyle-exposure model of prison offending. *Journal of Criminal Justice*, 33, 257-266.
- Holtzman, S., Newth, S., & DeLongis, A. (2004). The role of social support in coping with daily pain among patients with Rheumatoid Arthritis. *Journal of Health Psychology*, 9, 749-767.
- Huebner, B. M. (2003). Administrative determinants of inmate violence: A multilevel analysis. *Journal of Criminal Justice*, 31, 107-117.
- Ireland, J. L. (2004). Nature, extent, and causes of bullying among personality-disordered patients in a high-Secure hospital [Versão electrónica]. *Aggressive Behavior*, 30, 229-242.
- Ireland, J. L., Brown, S. L., & Ballarini, S. (2006). Maladaptive personality traits, coping styles and psychological distress: A study of adult male prisoners. *Personality and Individual Differences*, 41 (3), 561-573.
- Irwin, J., & Cressey, D. R. (1962). Thieves, convicts and the inmate culture. *Social Problems*, 10, 14-255.

- Howard, John (1999). *Effects of Long Term Incarceration*. Howard Society of Alberta.
- Lahm, K. F. (2001) Prison violence: A multilevel examination of the importation and deprivation theories. Doctoral dissertation, United States-Kentucky: University of Kentucky.
- Lahm, K. F. (2008). Inmate-on-inmate assault: A multilevel examination of prison violence. *Criminal Justice and Behavior*, 35 (1), 120-137.
- Levenson, J. (2002). *Prison overcrowding: The inside story*. London: Prison Reform Trust.
- Lim, V. (1996). Job insecurity and its outcomes: Moderating effects of work-based and nonwork-based social support. *Human Relations*, 49, 171-194.
- Lumley, M. A., Ovies, T., Stettner, L., Wehmer, F., & Lakey, B. (1996). Alexithymia, social support and health problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 519-530.
- Mackal, P. K. (1979). *Psychological Theories of Aggression*. North-Holland. Amsterdam: Publishing Company.
- Menin, M. S. S. (2000). Representações sociais de justiça em adolescentes infratores: discutindo novas possibilidades de pesquisa. *Psicologia: reflexão e crítica*, 13 (1), 59-71.
- Moreira, J. M. (2002). *Altera pars auditor: The dual influence of the quality of relationships upon positive and negative aspects of coping with stress*. Tese de doutoramento. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Moreira, M. A. (2008). *Sofrimento, desespero e comportamentos suicidários na prisão*. Coimbra: Quarteto.
- Mizuno, Y., Purcell, W. D., Zhang, J., Knowlton, R. A., Varona, M., Arnsten, H. J., & Knight, R. K. (2003). Predictors of current housing status among HIV-Seropositive Injection Drug Users (IDUs): Results from a 1-year study. *AIDS and Behavior*, 13, 1.

- Norbeck, J. S. (1995). *El desarrollo de un instrumento para medir el soporte social*. Nursing research, 30. Material traducido como referencia para la investigación: factores que afectan las practicas de autocuidado de la salud de la mujer. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional DE Colombia.
- O'Donnell, I., & Edgar, K. (1998). Routine victimisation in prisons. *The Howard Journal*, 37, 266-279.
- Palma, A. C. (2003). *Sobrepenas: Os Excessos na Execução Penal*. Monografia do Curso de Especialização em Modalidades de Tratamento Penal e Gestão Prisional. Universidade Federal do Panamá.
- Pare, P., & Logan, M. W. (2011, Julho). Risks of minor and serious violent victimization in prison: The impact of inmates mental disorders, physical disabilities, and physical size. *Society and Mental Health*, 1 (2), 106-123.
- Perles, F. (2002). *Psicología Jurídica*. Madrid: Aljibe.
- Pietrukowicz, M.C.L.C. (2001, Setembro) Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Rev. Bras. Psiquiatr., 21, 1-5.
- Power, K. G., Dyson, G. P., & Wozniak, E. (1997). Bullying among Scottish young offenders: Inmates self-reported attitudes and behaviour. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 7 (3), 209-218.
- Reisig, M. D., & Lee, Y. H. (2000). Prisonization in the Republic of Korea. *Journal of Criminal Justice*, 28, 23-31.
- Rodríguez-Abuín, M. J., González de Rivera, J. L., Hernández-Herrero, L., De la Hoz, J. L., & Monterrey, A.L. (1999, Septiembre). Perfil psicopatológico en pacientes con disfunción temporomandibular. En *Psiquiatria*, 3, 5-91.

- Rodríguez-Fornells, A., Lopez-Capdevila, J. M., & Andres-Pueyo, A. (2002, 9 de Outubro). Personalidad y comportamiento penitenciario. *Psicothema*, 14 (1), 90-100.
- Rodríguez-Martínez, A., Ruiz-Rodríguez F., Antón-Basanta, J. J., Herrera-Jáimez, J., Máiquez-Pérez A., & Ottaviano-Castillo A. (2010, Marzo-Junio). Tienen apoyo social los reclusos drogodependientes? Estudio en una prisión andaluza. *Rev Esp Sanid Penit*, 1, 13-20.
- Roy, M. P., Steptoe, A. E., & Kirschbaum, C. (1998). Life events and social support as moderators of individual differences in cardiovascular and cortisol reactivity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75 (5), 1273-1281.
- Ruíz, J. (2002). *Teorías y modelos sobre la delincuencia*. Diplomado Virtual de Psicología Jurídica. Retirado em 08 de Novembro de 2012 de [www.psicologíajuridica.org](http://www.psicologíajuridica.org).
- Silberman, M. (1992). The production of violence in the American prison: Historical, structural, and cultural contexts. *Legal Studies*, 16 (1), 3-20.
- South, C. R., & Wood, J. (2006). Bullying in prisons: The importance of perceived social status, prisonization, and moral disengagement [Versão electrónica]. *Aggressive Behavior*, 32, 490-501.
- Sykes, G. (1958). *The society of captives*. Princeton: Princeton University.
- Tabachnick, B. G., & Fidel, L. S. (1996). *Using multivariate statistics*. Harper Collins: New York
- Teplin, L. A., McClelland, G. M., Abram, K. M., & Weiner, D. A. (2005). Crime victimization in adults with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 62, 911-921.
- Toch, H. (1992). *Mosaic of despair: Human breakdowns in prison*. Washington: American Psychological Association.

- Travis, J., & Waul, M. (2001). *Prisoners Once Removed. The Impact of Incarceration and Reentry on Children, Families and Communities*. Washington DC: The Urban Institute.
- Van Rillaer, J. (1975). *L'agressivité humaine*. Bruselas: Dessart & Mardaga.
- Viggiani, N. (2007). Unhealthy prisons: Exploring structural determinants of prison health. *Sociology of Health & Illness*, 29 (1), 115-135.
- Wooldredge, J. D. (1991). Correlates of deviant behavior among inmates of U.S. correctional facilities. *Journal of Crime and Justice*, 14 (1), 1-25.
- Wooldredge, J. D. (1998). Inmate Lifestyles and Opportunities for Victimization. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 35 (4), 480-502.
- Zamble, E., & Porporino, F. J. (1988). *Coping, behavior, and adaption in prison inmates*. New York: Springer.

## **ANEXOS**

## **ANEXO A: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO NO CENTRO PENITENCIÁRIO**

Sr. Dr. Manuel Aviles  
Director del Centro Penitenciario

Palma de Mallorca, 3 de febrero de 2012.

Le escribo para contestar el requerimiento de información.

Mi nombre es Sofia Gomes. Mi DNI portugués es XXX, mi NIE en España es XXX. Nací en Lisboa el XXX y soy hija de XXX y XXX. Adjunto una copia de los citados documentos.

Lo que pretendo es realizar la parte práctica de mi trabajo de final de la carrera en Psicología Clínica en el Centro Penitenciario.

En Portugal hace ya años que adoptamos el Plan Bologna (como también hizo hace tres años España); con este nuevo sistema de educación universitaria, para finalizar una carrera se requiere realizar unas prácticas y además, como novedad, realizar un trabajo de final de carrera.

Las citadas prácticas ya las realice en el Centro Penitenciario en 2009. Ahora pido autorización para poder realizar en el Centro la parte práctica del citado trabajo de final de carrera. Esta nueva parte práctica es muy parecida a la anterior que llevé a cabo, las diferencias son, que es más corta, que está integrada en un trabajo más amplio, y que tendré que presentar el trabajo delante de un tribunal de profesores para ser evaluada.

Para elaborar el trabajo he sido autorizada por mi universidad en Portugal (ISPA) y por la Universidad de las Islas Baleares y estoy siendo supervisada tanto por un profesora de la primera y como por otra de la segunda.

Por todo lo explicado ruego tengan a bien aceptar mi solicitud.

Muchas gracias por su tiempo

Reciban un cordial saludo,

Sofia Gomes

P.D: Tengo un plazo muy breve para realizar el trabajo y preparar la presentación, por ello ruego encarecidamente, que en la medida que les sea posible contesten a mi solicitud lo antes posible



## ANEXO C: PEDIDO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AOS INDIVIDUOS RECLUSOS

### AUTORIZACIÓN

Por la presente solicito autorización por parte del participante, para realizar un trabajo sobre Relaciones Humanas entre Reclusos, estudia el sufrimiento del recluso en el centro penitenciarios, el apoyo social e la agresividad entre compañeros.

Este estudio es para uso exclusivo de mi trabajo de Tesis de Psicología Clínica.

Todos los datos informados o cualquier información utilizada en este trabajo, no podrán ser expuestos ni transmitidos a nadie perteneciente al centro penitenciario o a cualquier otra persona que no sea a la investigadora, presente en la sala.

Se solicita también la autorización para que la entrevista sea grabada, a fin de facilitar la transcripción de la misma para el estudio. **En ningún momento será solicitado el nombre del participante.**

Finalmente, solicito consentimiento para poder realizar los cuestionarios al participante en una segunda entrevista.

Para dejar constancia de su autenticidad, el presente documento será firmado por ambas partes.

Palma, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012

Firma de la Investigadora

\_\_\_\_\_

Firma del participante

\_\_\_\_\_

**ANEXO D: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA VERIFICAR O PROCESSO  
INTERNO DOS INDIVIDUOS RECLUSOS**

**AUTORIZACIÓN**

Por la presente solicito autorización por parte del participante, para poder acceder a sus datos penitenciarios, a fin de facilitar mi trabajo de estudio.

Cualquier dato recogido por la investigadora en el proceso interno del participante, no tendrá nombre, ni cualquier dato que pueda relacionar el participante con esos datos.

Para dejar constancia de su autenticidad, el participante firma el presente documento.

Palma, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012

Firma de la Investigadora

\_\_\_\_\_

Firma del participante

\_\_\_\_\_

## ANEXO E: QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Nombre (iniciales): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Modulo: \_\_\_\_\_

Estado Civil:

- Soltero
- Casado / Unión de Hecho
- Divorciado
- Viudo

Hijos:

- No
- Si. Cuantos? \_\_\_\_\_

Escolaridad

- Ninguna
- Primaria
- Secundaria
- Bachillerato
- Universitaria

Profesión: \_\_\_\_\_

Tiene historial (registrado o no) de comportamientos agresivos con compañeros?

- No
- Si

Con que frecuencia:

- Pocas veces
- Algunas veces
- Regularidad

Cuanto tiempo de condena: \_\_\_\_\_

## **ANEXO F: ENTREVISTA**

### **ENTREVISTA**

PARTICIPANTE N°: \_\_\_\_\_

- Hace cuanto tiempo que te encuentras en este centro penitenciario?
- Encuentras que aquí los hombres tienen necesidad de utilizar su fuerza para resolver los problemas? Sé si, como lo hacen y cual la razón?
- Que es para ti ser agresivo?
- Has sentido necesidad de utilizar comportamientos considerados agresivos aquí dentro? Porqué? Que estrategias has utilizado?
- Aquí se utiliza más la violencia verbal, la física o la psicológica?
- Consideras de alguna manera haber sido víctima de agresión aquí dentro?
- Que se podría hacer, en tu opinión, para no haber necesidad de utilizar la fuerza aquí dentro?

**ANEXO G: QUESTIONÁRIO SYMPTOM CKECK LIST 90 REVISED  
(SCL-90-R)**

**SYMPTOM CHECK LISTE (SCL-90-R) de Derogatis**

Edad \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_  
Grado de Delito \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_  
Tiempo de condena \_\_\_\_\_

**Instrucciones**

Seguidamente se encuentra una lista de problemas y quejas que algunas personas suelen tener. Lea cuidadosamente cada cuestión y señale aquellas que desde su entrada y dos meses antes en el Centro Penitenciario le hayan preocupado. No hay respuestas "erradas" o "correctas" ni respuestas para dar una buena impresión: son solamente problemas o quejas que cada uno siente y es como tal que serán consideradas. Estas respuestas están sujetas a la confidencialidad profesional de la Psicóloga.

En qué medida sufre de las siguientes quejas o problemas?

	Nada	Un Poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
1. Dolores de cabeza	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Nerviosismo o agitación interior	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no abandonan su mente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Desmayos o mareos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Pérdida del interés o del placer sexual	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Sentirse crítico respecto a los demás	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. La idea de que otra persona puede controlar sus pensamientos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. El sentimiento de que los demás son culpables de los problemas de usted	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. La dificultad de recordar las cosas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. La preocupación por ser demasiado descuidado o dejado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Facilidad para irritarse o enojarse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. Dolores de cabeza o tórax	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13. Sentimiento de miedo en la calle o espacios abiertos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. Sentirse bajo de energías y sin ímpetu	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	Nada	Un Poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
15. Ideas de suicidio					
16. Oír voces que otras personas no oyen					
17. Temblores					
18. Sentimientos de desconfianza hacia los demás					
19. Tener poco apetito					
20. Llorar fácilmente					
21. Sentimientos de timidez o incomodidad con el sexo opuesto					
22. Sentimientos de encontrarse atrapado					
23. Miedos repentinos e inmotivados					
24. Expresiones de ira que no puede controlar					
25. Sentimientos de miedo a salir solo de casa					
26. Acusarse usted mismo de algunas cosas					
27. Dolores en la parte baja de la espalda					
28. Sentirse bloqueado para hacer cosas					
29. Sentimientos de incapacidad de acabar las cosas					

	Nada	Un Poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
30. Sentimientos de tristeza					
31. Preocupaciones excesivas por las cosas					
32. La carencia de interés por las cosas					
33. Sentirse temeroso					
34. Un exceso de facilidad en notar heridos sus sentimientos					
35. La impresión de que los demás están enterados de sus pensamientos íntimos					
36. El sentimiento de que los demás no le entienden o son antipáticos con usted					
37. El sentimiento de que la gente no es amigable o de que usted no le agrada					
38. Hacer todo despacio a fin de tener la seguridad de que se queda bien hecho					
39. Palpitaciones o abatimientos rápidos del corazón					
40. Náuseas o trastornos estomacales					
41. Sentimientos de inferioridad					
42. Dolores musculares					

	Nada	Un Poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
43. Sensaciones de ser vigilado o criticado por los demás					
44. Dificultad de conciliar el sueño					
45. Tener que comprobar una y otra vez las cosas que hace					
46. Dificultad para tomar decisiones					
47. Sentimientos de temor a viajar en autobuses, metros o trenes					
48. Dificultad al respirar					
49. Intervalos de sensación de calor o frío					
50. Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le asustan					
51. Quedarse con la mente en blanco					
52. Adormecimiento o hormigueo en algunas partes del cuerpo					
53. Un nudo en la garganta					
54. Pesimismo ante el futuro					
55. Dificultad en concentrarse					
56. Sentimientos de debilidad en algunas partes del cuerpo					
57. Sentirse tenso					

	Nada	Un Poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
58. Sentimiento de pesadez en brazos y piernas					
59. Pensamientos sobre su muerte					
60. Comer demasiado					
61. Sentimiento de inquietud cuando la gente le observa o habla de usted					
62. Tener pensamientos que le parecen como si no pudieran ser suyos					
63. Impulsos de golpear, herir o dañar a alguien					
64. Despertarse de madrugada					
65. Necesidad de repetir las mismas acciones, tales como tocar, lavar, contar, etc.					
66. Sueño inquieto o perturbado					
67. Tener ganas de romper o estrellar algo					
68. Tener pensamientos o creencias que los demás no comparten					
69. La sensación de que la gente se fija en exceso en usted					
70. Sentirse inquieto entre las multitudes, por ejemplo en las tiendas o en el cine					
71. Sentir que todo requiere un gran esfuerzo					

	Nada	Un Poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
72. Momentos de terror o pánico					
73. Sentirse incomodo al comer e beber en público					
74. Discutir constantemente					
75. Sentirse nervioso cuando de dejan solo					
76. Sentir que las otras personas no dan el debido valor a su trabajo o a las suyas capacidades					
77. Sentirse solo aunque esté acompañado					
78. Sentirse tan inquieto que no puede estar ni sentado					
79. Sentimiento de nubilidad					
80. Sentir que las cosas conocidas le son extrañas o irreales					
81. Momentos de necesidad de gritar o tirar objetos					
82. Sentir miedo de desmayarse en público					
83. Sentimientos de que los demás se aprovecharán de usted si les deja hacerlo					
84. Tener pensamientos sexuales que le molestan mucho					
85. La idea de que debería ser castigado por sus pecados					
86. Sentirse obligado a acabar las cosas					

	Nada	Un Poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
87. La idea de que su cuerpo padece algo grave					
88. La incapacidad de sentirse cercano a otra persona					
89. Sentimientos de culpabilidad					
90. La idea de que algo anda mal en su mente					

## ANEXO H: QUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL – NSSQ -

### CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL - NSSQ-

POR FAVOR LEA TODOS LAS INSTRUCCIONES EN ESTA PAGINA ANTES DE COMENZAR

Por favor haga una lista de cada una de las personas importantes en su vida. Considere todas las personas quienes le dan apoyo social o quienes son importantes para usted.

Use solamente nombres ficticios o iniciales del nombre, después indique qué clase de relación tiene usted, esta paso es importante, por eso solicítase que indique la relación correcta, como en el siguiente ejemplo:

Ejemplo:	Nombre ficticio o iniciales	Relación
1.	Rosa	amiga
2.	Roberto	hermano
3.	DD	madre
4.	JT	abuela
	etc.	

Use la siguiente lista para ayudarse a pensar en las personas importantes para usted y liste tantas personas como sea aplicable en su caso.

- esposa o compañera
- miembros de la familia o parientes
- amigos (as)
- asociados de la escuela o compañeros (as)
- vecinos
- proveedores de salud
- consejeros o terapeuta
- sacerdote o ministro
- otros

No tiene que usar todos los 10 espacios. Use tantos espacios como personas importantes hallan en su vida.  
CUANDO HAYA TERMINADO SU LISTA, POR FAVOR PASE A LA PAGINA 2.

LISTA DE LAS PERSONAS IMPORTANTES EN SU VIDA:

NOMBRE:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_

RELACIÓN:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_

Por cada una de las personas que usted puso en su lista, por el mismo orden, conteste las siguientes preguntas poniendo el número correspondiente

- 0 = nada
- 1 = un poco
- 2 = moderadamente
- 3 = bastante
- 4 = mucho

Pregunta 1:

¿Cuánto le hace esta persona sentirse querido?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_

Pregunta 2:

¿Cuánto le hace esta persona sentirse admirado o respetado?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_

- 0 = nada
- 1 = un poco
- 2 = moderadamente
- 3 = bastante
- 4 = mucho

Pregunta 3:

¿Cuánto confía usted en esta persona?

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_
- 5. \_\_\_\_\_
- 6. \_\_\_\_\_
- 7. \_\_\_\_\_
- 8. \_\_\_\_\_
- 9. \_\_\_\_\_
- 10. \_\_\_\_\_

Pregunta 4:

¿Cuánto esta persona está de acuerdo o apoya sus acciones o pensamientos?

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_
- 5. \_\_\_\_\_
- 6. \_\_\_\_\_
- 7. \_\_\_\_\_
- 8. \_\_\_\_\_
- 9. \_\_\_\_\_
- 10. \_\_\_\_\_

- 0 = nada
- 1 = un poco
- 2 = moderadamente
- 3 = bastante
- 4 = mucho

Pregunta 5:

Si usted necesita prestar por ejemplo, 10 euros, que le lleven al doctor o alguna ayuda inmediata. ¿Cuánto le podría esta persona ayudar usualmente?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_

Pregunta 6:

Si tuviera que permanecer en cama por varias semanas. ¿Cuánto ayuda le podría dar esta persona?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_

- 0 = nada
- 1 = un poco
- 2 = moderadamente
- 3 = bastante
- 4 = mucho

Pregunta 7:

¿Hace cuánto que usted conoce a esta persona?

- 1 = menos de 6 meses
- 2 = 6 a 12 meses
- 3 = 1 a 2 años
- 4 = 2 a 5 años
- 5 = más de 5 años

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_
- 5. \_\_\_\_\_
- 6. \_\_\_\_\_
- 7. \_\_\_\_\_
- 8. \_\_\_\_\_
- 9. \_\_\_\_\_
- 10. \_\_\_\_\_

Pregunta 8:

¿Con qué frecuencia tiene usted contacto con esta persona? (Llamadas por teléfono, visitas o cartas)

- 5 = diario
- 4 = semanal
- 3 = mensual
- 2 = unas cuantas veces al año
- 1 = una vez al año o menos

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_
- 5. \_\_\_\_\_
- 6. \_\_\_\_\_
- 7. \_\_\_\_\_
- 8. \_\_\_\_\_
- 9. \_\_\_\_\_
- 10. \_\_\_\_\_

Pregunta 9:

Durante el año pasado, ha perdido usted alguna relación importante debido a mudanza, cambios de trabajo, divorcio o separación, muerte o alguna otra razón?

- 0. No \_\_\_\_\_
- 1. Si \_\_\_\_\_

Sí la respuesta es SI:

9a. Por favor indique el número de personas en cada categoría que no están ya disponibles para usted.

- \_\_\_\_\_ Esposa o compañera
- \_\_\_\_\_ Familiares o parientes
- \_\_\_\_\_ Amigos
- \_\_\_\_\_ Compañeros de trabajo o de escuela
- \_\_\_\_\_ Vecinos
- \_\_\_\_\_ Proveedores de salud
- \_\_\_\_\_ Consejero o terapeuta
- \_\_\_\_\_ Sacerdote o ministro
- \_\_\_\_\_ Otro (especifique) \_\_\_\_\_

9b. En general, qué cantidad de apoyo era proporcionado por estas personas que no están ya disponibles para usted?

- 0. ninguna \_\_\_\_\_
- 1. un poco \_\_\_\_\_
- 2. una cantidad moderada \_\_\_\_\_
- 3. bastante \_\_\_\_\_
- 4. mucha \_\_\_\_\_

**ANEXO I: NOTAS BRUTAS (N), PERCENTIS (Pc) E NOTAS T (T) PARA AS  
DIMENSÕES E ÍNDICES DO SCL-90-R**

**Tabela 14:** Notas brutas (N), Percentis (Pc) e Notas T (T) para as dimensões e índices do SLR-90-R

PART	SOM			OBC			SIP			DEP			ANS			HOS			PSI			AFO			IPA			GSI			PST			PSDI			DX
	N	Pc	T	N	Pc	T	N	Pc	T	N	Pc	T	N	Pc	T	N	Pc	T	N	Pc	T	N	Pc	T	N	Pc	T	N	Pc	T	N	Pc	T	N	Pc	T	
1	0,17	35	46	0,5	50	50	0,78	80	58	0,23	25	43	0	5	34	0,17	35	46	0,3	75	57	0	5	34	0,33	40	47	0,29	35	46	25	60	53	1,04	5	34	Normal
2	0,08	20	42	0,3	30	45	0,11	20	42	0,31	30	45	0,1	15	40	0	5	34	0,3	75	57	0	5	34	0,67	70	55	0,26	30	45	19	45	49	1,21	15	40	Normal
3	0,5	70	55	0,3	30	45	0,67	75	57	0,17	10	37	0,5	65	54	1,67	95	67	0,1	45	49	0	5	34	1,17	90	63	0,52	65	54	36	80	58	1,28	20	42	Dpsic
4	0,58	75	57	0,4	40	47	0,67	75	57	0,46	45	49	0,6	75	57	2	95	67	0,2	60	53	0	5	34	1,33	95	67	0,63	80	58	42	85	60	1,33	25	43	Dpsic
5	0,58	75	57	1,4	95	67	0,78	80	58	0,69	65	54	1	90	63	0,83	80	58	0,3	75	57	0	5	34	1,33	95	67	0,78	85	60	50	95	67	1,4	30	45	Dpsic
6	0,58	75	57	1,8	87	70	0,33	45	49	1,23	90	63	1	90	63	1,5	95	67	1,1	99	75	1,29	99	75	0,83	80	58	1,12	95	67	66	99	75	1,53	45	49	Psiq
7	0,83	85	60	1,4	95	67	1,33	95	67	1,23	90	63	0,8	85	60	0,33	55	51	0,7	90	63	0,14	50	50	1,83	97	70	1	90	63	59	97	70	1,56	50	50	Psiq
8	1,33	95	67	1,2	90	63	0,67	75	57	0,92	80	58	1	90	63	1,33	90	63	0,8	90	63	0,14	50	50	1,17	90	63	1	90	63	57	97	70	1,56	50	50	Psiq
9	1,5	95	67	1,6	97	70	1	90	63	1,69	95	67	1,4	97	70	0,67	75	57	1	97	70	0,43	80	58	1,17	90	63	1,27	97	70	68	99	75	1,69	55	51	Psiq
10	0,25	45	49	1,2	90	63	0,44	55	51	1,69	95	67	0,5	65	54	0,67	75	57	0,5	80	58	1	97	70	1,17	90	63	0,8	90	63	43	90	63	1,7	55	51	Psiq
11	1,25	90	63	1,7	97	70	1,22	95	67	1,23	90	63	1,4	97	70	0,8	75	57	1,3	99	75	1,43	99	75	2	99	75	1,44	99	75	73	99	75	1,75	60	53	Psiq
12	0,83	85	60	2,3	97	70	1,33	95	67	1,54	95	67	0,4	55	51	1	85	60	0,9	95	67	0,57	90	63	1,67	97	70	1,25	97	70	62	99	75	1,77	60	53	Psiq
13	1,33	95	67	1,8	97	70	1	90	63	1,85	97	70	1,6	97	70	1	85	60	0,8	90	63	0	5	34	1,5	97	70	1,33	97	70	65	99	75	1,85	65	54	Psiq
14	1,42	95	67	1,6	97	70	0,67	75	57	0,77	70	55	1	90	63	1,67	95	67	0,3	75	57	0,43	80	58	0,83	80	58	0,96	90	63	45	90	63	1,89	65	54	Psiq
15	1,33	95	67	1,2	90	63	1,56	97	70	1,92	99	75	1	90	63	0,33	55	51	0,6	85	60	0,14	50	50	1,33	95	67	1,19	97	70	57	97	70	1,89	65	54	Psiq
16	1,67	97	70	2,2	97	70	1,89	99	75	2,08	99	75	1,78	97	70	2,33	99	75	0,7	90	63	1,14	97	70	1,67	97	70	1,74	99	75	75	99	75	2,05	75	57	Psiq
17	2,17	99	75	1,8	97	70	0,67	75	57	1,38	90	63	1,6	97	70	1	85	60	0,6	85	60	0	5	34	1,83	97	70	1,25	97	70	53	95	67	2,17	80	58	Psiq
18	2,42	99	75	2,2	97	70	1,11	90	63	2,23	99	75	1,8	97	70	2,67	99	75	0,7	90	63	0,71	95	67	2,17	99	75	1,87	99	75	72	99	75	2,33	90	63	Psiq
19	1,75	97	70	2,9	99	75	1,44	97	70	1,85	97	70	1,6	97	70	2,17	99	75	1,3	99	75	0,4	70	55	1,17	90	63	1,85	99	75	69	99	75	2,35	90	63	Psiq
20	1	90	63	0,9	80	58	2	99	75	1,77	97	70	1,1	90	63	0,33	55	51	0	5	34	2	99	75	1	85	60	1,17	97	70	43	90	63	2,49	95	67	Psiq

Nota. O nome das dimensões encontra-se abreviado. SOM= Somatização; OBC = Obsessiva compulsiva; SIP= Sensibilidade Interpessoal; DEP= Depressão; ANS= Ansiedade; HOS= Hostilidade; PSI= Psicoticismo; AFO= Ansiedade Fóbica; IPA= Ideação Paranoide; IGG= Índice de Gravidade Global dos Sintomas; TSP= Total de Sintomas positivos; SAP= Sintoma de Angústia positiva; Dpsic= Distúrbio psicossomático; Psiq= Perturbação psiquiátrica; N= Nota Bruta; Pc= Percentil; T= Nota T

**ANEXO J: FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS E PERCENTAGENS PARA AS  
RESPOSTAS DOS PARTICIPANTES NAS QUESTÕES DO SCL-90-R**

Item (I)	N	Nada	Muito pouco	Moderadamente	Bastante	Muito	% Total	Missing
1-Dores de cabeça	20	15%	30%	40%	15%	0%	100%	
2-Nervosismo ou agitação interior	20	10%	20%	35%	35%	0%	100%	
3-Pensamentos, palavras ou ideias não desejadas que não abandonam a sua mente	20	25%	20%	15%	30%	10%	100%	
4-Desmaios ou tonturas	20	75%	20%	5%	0%	0%	100%	
5-Perda do interesse ou do prazer sexual	20	55%	15%	15%	5%	10%	100%	
6-Sentir-se crítico respeito aos outros	20	20%	50%	20%	10%	0%	100%	
7-Ter ideia de que outra pessoa pode controlar os seus pensamentos	20	85%	10%	0%	5%	0%	100%	
8-Sentimento de que os outros são culpados dos seus problemas	20	50%	30%	20%	0%	0%	100%	
9-Dificuldade em recordar coisas	20	20%	30%	25%	25%	5%	100%	
10-Preocupação por ser demasiado descuidado ou desleixado	20	55%	20%	10%	10%	5%	100%	
11-Irritar-se ou ficar com raiva facilmente	20	20%	35%	35%	5%	5%	100%	
12-Dores de cabeça ou torácicas	20	30%	35%	20%	15%	0%	100%	
13-Sentir medo na rua ou em espaços abertos	20	65%	15%	10%	10%	0%	100%	
14-Sentir falta de energia ou ímpeto	20	15%	35%	35%	10%	5%	100%	
15-Ideação suicida	20	65%	25%	5%	0%	5%	100%	
16-Ouvir vozes que outras pessoas não ouvem	20	90%	0%	10%	0%	0%	100%	
17-Tremores	20	60%	30%	5%	5%	0%	100%	
18-Sentimentos de desconfiança face aos demais	20	0%	30%	25%	30%	15%	100%	
19-Falta de apetite	20	20%	40%	25%	10%	5%	100%	
20-Chorar	20	50%	25%	10%	10%	5%	100%	

<b>facilmente</b>								
21-Sentimentos de timidez ou incómodo face ao sexo oposto	20	60%	10%	15%	15%	0%	100%	
22-Sentir-se preso	20	30%	25%	20%	20%	5%	100%	
23-Medos repentinos e sem razão	20	60%	25%	5%	10%	0%	100%	
24-Expressões de ira que não consegue controlar	20	40%	30%	20%	5%	5%	100%	
25-Sentimentos de medo ao sair sozinho de casa	20	80%	15%	0%	5%	0%	100%	
26-Auto-acusações	20	25%	40%	15%	20%	0%	100%	
27-Dores na parte inferior das costas	20	20%	25%	20%	20%	15%	100%	
28-Sentir-se bloqueado para fazer coisas	20	25%	30%	25%	20%	0%	100%	
29-Sentimentos de incapacidade para terminar as coisas	20	35%	25%	25%	10%	5%	100%	
30-Sentimentos de tristeza	20	2%	30%	40%	20%	5%	100%	
31-Preocupações excessivas	20	10%	45%	35%	10%	0%	100%	
32-Défice de interesse pelas coisas	19	15%	55%	20%	5%	0%	95%	N=1=5%
33-Sentir-se temeroso	19	40%	30%	20%	5%	0%	95%	N=1=5%
34-Sentir-se ferido nos sentimentos com muita facilidade	20	25%	35%	25%	10%	5%	100%	
35-Ter impressão de que os outros estão conscientes dos seus pensamentos íntimos	20	85%	10%	5%	0%	0%	100%	
36-Sentir que os outros não o entendem ou são antipáticos consigo	20	20%	50%	25%	5%	0%	100%	
37-Sentir que os outros não são amigáveis ou que não lhes é agradável	20	25%	35%	35%	5%	0%	100%	
38-Fazer tudo devagar para ter a certeza que está bem feito	20	20%	30%	20%	10%	20%	100%	
39-Palpitações ou	20	35%	35%	15%	10%	5%	100%	

<b>batimentos rápidos do coração</b>								
40-Náuseas ou transtornos gástricos	20	45%	25%	20%	5%	5%	100%	
41-Sentimentos de inferioridade	20	65%	15%	10%	10%	0%	100%	
42-Dores musculares	20	25%	25%	30%	15%	5%	100%	
43-Sentir-se vigiado ou criticado pelos outros	20	25%	45%	10%	20%	0%	100%	
44-Dificuldades em dormir	20	10%	15%	25%	40%	10%	100%	
45-Verificar várias vezes as coisas que faz	20	20%	25%	40%	15%	0%	100%	
46-Dificuldade em tomar decisões	20	30%	40%	25%	5%	0%	100%	
47-Sentimentos de medo ao viajar de autocarro, metro e comboio	19	80%	0%	5%	10%	0%	95%	N=1=5%
48-Dificuldades em respirar	20	60%	30%	0%	10%	0%	100%	
49-Intervalos de sensação de calor e frio	20	65%	15%	15%	5%	0%	100%	
50-Ter que evitar certas coisas, lugares ou atividades porque o assustam	19	60%	20%	5%	10%	0%	95%	N=1=5%
51-Ficar com a mente em branco	20	25%	35%	25%	10%	5%	100%	
52-Adormecimento ou formigueiro ou algumas partes do corpo	20	30%	25%	25%	15%	5%	100%	
53-Ter um nó na garganta	20	50%	35%	15%	0%	0%	100%	
54-Pessimismo diante do futuro	20	30%	30%	20%	10%	10%	100%	
55-Dificuldades de concentração	20	20%	35%	25%	15%	5%	100%	
56-Sentir fraqueza em algumas partes do corpo	20	20%	55%	15%	5%	5%	100%	
57-Sentir-se tenso	20	15%	25%	30%	20%	10%	100%	
58-Sensação de peso nos braços e pernas	20	25%	45%	25%	5%	0%	100%	
59-Pensamentos sobre a própria morte	20	45%	25%	15%	10%	5%	100%	
60-Comer demasiado	20	20%	30%	40%	5%	5%	100%	

61-Sentimentos de inquietude quando as pessoas o observam ou falam consigo	20	30%	40%	25%	5%	0%	100%	
62-Ter pensamentos que parecem que não podem ser seus	20	55%	25%	15%	5%	0%	100%	
63-Ter impulsos de bater ou ferir alguém	20	40%	20%	35%	5%	0%	100%	
64-Acordar de madrugada	20	10%	15%	35%	30%	10%	100%	
65-Necessidade de repetir as mesmas ações, tais como tocar, lavar, contar, etc.	20	55%	15%	20%	10%	0%	100%	
66-Sono inquieto ou perturbado	20	25%	35%	15%	15%	10%	100%	
67-Ter vontade de quebrar ou destruir alguma coisa	19	30%	40%	20%	0%	5%	95%	N=1=5%
68-Ter pensamentos ou crenças não compartilhadas pelos outros	20	40%	40%	10%	10%	0%	100%	
69-Ter a sensação que as pessoas se fixam demasiado em si	20	30%	55%	10%	5%	0%	100%	
70-Sentir-se inquieto nas multidões, como nas lojas ou no cinema	20	55%	25%	5%	15%	0%	100%	
71-Sentir que tudo requer um grande esforço	20	25%	20%	30%	20%	5%	100%	
72-Momentos de terror ou pânico	20	60%	40%	0%	0%	0%	100%	
73-Sentir incómodo ao comer e beber em público	20	70%	20%	5%	0%	5%	100%	
74-Discutir constantemente	20	30%	45%	15%	10%	0%	100%	
75-Sentir-se nervoso quando é deixado sozinho	20	75%	10%	10%	5%	0%	100%	
76-Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho e à suas capacidades	20	10%	25%	40%	25%	0%	100%	
77-Sentir-se só embora esteja acompanhado	20	35%	25%	30%	10%	0%	100%	

78-Sentir-se tão inquieto que não aguenta nem estar sentado	20	35%	30%	20%	15%	0%	100%	
79-Sentimentos de falta de maturidade	20	40%	40%	10%	10%	0%	100%	
80-Sentir que as coisas conhecidas são estranhas ou irreais	20	70%	20%	5%	5%	0%	100%	
81-Necessidade de gritar ou atirar objetos	19	30%	30%	25%	10%	0%	95%	N=1=5%
82-Sentir medo de desmaiar em público	20	95%	5%	0%	0%	0%	100%	
83-Sentir que os outros se aproveitam de si se o consentir	20	50%	25%	10%	10%	5%	100%	
84-Ter pensamentos de natureza sexual que o incomodam muito	20	85%	15%	0%	0%	0%	100%	
85-Ter a ideia de que deveria ser castigado pelos seus pecados	20	50%	20%	20%	10%	0%	100%	
86-Sentir-se obrigado a acabar as coisas	20	25%	55%	15%	5%	0%	100%	
87-Ter a ideia de que tem uma doença grave	20	50%	25%	20%	5%	0%	100%	
88-Incapacidade de se sentir próximo de outra pessoa	20	45%	30%	20%	0%	5%	100%	
89-Sentimentos de culpa	20	30%	25%	20%	20%	5%	100%	
90-Ter a ideia de que algo não está bem na sua mente	20	50%	25%	15%	5%	5%	100%	

**ANEXO L: MEDIANAS DO GRAU DE SATISFAÇÃO DOS PARTICIPANTES  
EM CADA UMA DAS VARIÁVEIS APRESENTADAS POR ELEMENTO DE  
RELAÇÃO**

Relação	Quanto esta pessoa o faz sentir-se querido	Quanto esta pessoa o faz sentir-se admirado ou respeitado	Quanto esta pessoa confia nesta pessoa	Quanto esta pessoa está de acordo consigo ou apoia as suas ações ou pensamentos	Se precisar de 10 euros para recorrer ao médico, quanto esta pessoa o ajuda habitualmente	Se tivesse que permanecer em casa de baixa, quanto esta pessoa o pode ajudar	Mediana global por elemento de relação
Professor	2,0	3,0	4,0	3,0	4,0	2,0	3,0
Amigo(a)	3,0	3,0	4,0	2,5	3,0	3,0	3,0
Filho(a)	4,0	4,0	4,0	3,0	3,0	4,0	4,0
Mãe	4,0	4,0	4,0	3,0	4,0	4,0	4,0
Irmão(ã)	4,0	4,0	4,0	3,0	4,0	3,0	4,0
Padrinho	3,0	3,0	4,0	3,0	4,0	4,0	3,5
Pai	4,0	3,0	4,0	3,0	4,0	4,0	4,0
Padrasto	1,0	0,0	1,0	0,0	2,0	2,0	1,0
Tio(a)	3,0	2,0	4,0	2,0	4,0	2,0	2,5
Sobrinho	2,0	2,0	2,0	2,0	4,0	3,0	2,0
Esposa	2,5	3,0	2,5	2,0	2,5	3,5	2,5
Fundação	0,0	0,0	2,0	0,0	3,0	0,0	0,0
Avó(ô)	3,0	3,0	4,0	2,0	4,0	3,0	3,0
Primo(a)	3,0	3,0	4,0	3,0	4,0	4,0	3,5
Ex noiva	4,0	4,0	4,0	4,0	3,0	4,0	4,0
Noiva	4,0	3,0	4,0	2,0	4,0	4,0	4,0
Madrinha	4,0	3,0	4,0	2,0	2,0	4,0	3,5
Afilhado(a)	4,0	2,0	4,0	2,0	2,0	4,0	3,0
Companheiro(a)	3,0	3,5	3,0	2,5	3,5	4,0	3,3
Neto(a)	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
Mediana Global por questão	3,0	3,0	4,0	2,5	4,0	4,0	3,0*

\*Corresponde à mediana de todos os elementos da distribuição