



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO

**O CONTRIBUTO DA PSICOLOGIA PARA A REINserÇÃO SOCIAL
DE RECLUSOS E EX-RECLUSOS**

Relatório de estágio para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, especialidade em
Psicologia Clínica e do Aconselhamento

Autor: Filipa Capela

Orientadora: Professora Doutora Iolanda Galinha

Junho de 2016

Lisboa

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas,
mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

(Carl Gustav Jung)

Agradecimentos

À Professora Doutora Iolanda Galinha, que foi uma referência para mim desde o início do meu percurso na UAL, pela sua destacável competência científica, como professora e psicóloga, agradeço a disponibilidade e amabilidade com que aceitou ser orientadora do meu trabalho. Estou grata por todo o apoio, motivação e conhecimentos que me transmitiu e sem os quais a concretização deste relatório não seria possível.

À Dra. Vanda Franco Simão agradeço pela orientação do meu trabalho de estágio e pela disponibilidade demonstrada ao longo destes meses.

Ao Professor Doutor José Brites agradeço por me ter mostrado o que é liderar verdadeiramente uma equipa, sendo o primeiro a dar o exemplo e envolvendo-se nas atividades com humor e boa disposição. Estou grata pelas perspetivas sempre tão humanas que foi dando das problemáticas com que nos deparámos. Foi um privilégio poder cruzar-me com tão excelente e inspirador profissional, fazer parte da sua equipa e poder aprender com a sua experiência.

A toda a equipa d'O Companheiro, por me terem recebido tão calorosamente. Em particular, à Dra. Helena Baron, com quem partilhei a maior parte do meu período de estágio e que se mostrou sempre disponível para responder às minhas dúvidas, e à Dra. Verónica Leirião, pelo acompanhamento e feedback que me foi dando do meu desempenho.

Às técnicas d'O Companheiro e amigas que levo comigo, Cláudia Parente, que foi fundamental na minha integração e adaptação e que desde início fez questão de esclarecer todas as minhas dúvidas e ensinar-me tudo o que sabia; e Ana Rita Rodrigues pela disponibilidade de sempre para me ajudar em tudo e pela sua amizade. Obrigada pelos bons momentos.

Aos clientes d'O Companheiro agradeço por terem contribuído para esta experiência e por me terem proporcionado, também, muitas aprendizagens.

A todos os professores de mestrado com que me cruzei, agradeço a experiência e conhecimentos que me transmitiram.

À minha Mãe e, sobretudo, amiga, agradeço por acreditar em mim desde que me lembro e por me apoiar sempre nos caminhos que escolho, por ser uma inspiração e me ensinar todos os dias a ser uma pessoa melhor. Este percurso tem sido, sem dúvida, mais fácil por poder partilhá-lo contigo.

A toda a minha família, em especial aos meus irmãos, Ricardo, Renata e Mariana, e à minha avó Zaida, por todos os ensinamentos, por acreditarem, pelo carinho, pelo apoio e pela confiança que depositam em mim. Por serem as pessoas mais importantes da minha vida!

A todos os meus amigos que fizeram deste percurso um caminho mais fácil e divertido, em especial às minhas amigas de sempre, Diana, Sara e Madalena, agradeço por estarem incondicionalmente presentes e por me apoiarem sempre. Obrigada por todos estes anos!

Às grandes amigas que a psicologia me trouxe, Rute, Ana e Inês, este caminho pareceu um pouco menos interminável porque foi partilhado com vocês! Estou grata pelo amor e amizade, por todos os momentos que partilhámos e que sei que vamos continuar a partilhar.

Por fim, dedico este trabalho ao meu Pai e a quem agradeço por tudo. Espero estar à altura daquilo que esperavas de mim e que estejas orgulhoso, estejas onde estiveres.

Resumo

O presente relatório constitui um requisito para a obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, da Universidade Autónoma de Lisboa, tendo por base o estágio realizado na Associação O Companheiro. O Companheiro tem como principal objetivo a inserção pessoal, social, profissional e cultural de pessoas que se encontrem em situação de exclusão social, nomeadamente, reclusos, ex-reclusos e seus familiares. Este relatório pretende, assim, apresentar o trabalho desenvolvido nesta associação, começando pelo enquadramento da problemática da reinserção social, bem como de outras com que nos fomos deparando, específicas da sua população-alvo. Na segunda parte do presente trabalho, apresentamos e discutimos dois casos clínicos, bem como, desenvolvemos uma reflexão pessoal sobre os mesmos. Ambos os casos apresentam um histórico criminal precoce com várias recidivas. O caso de acompanhamento revelou um percurso positivo, com boa adaptação ao processo de reinserção. Por outro lado, o caso de avaliação psicológica revelou algumas questões importantes a serem trabalhadas no sentido de promover a sua reinserção, nomeadamente, aos níveis profissional, da saúde mental e da rede de suporte. Este período permitiu-nos, assim, o primeiro contacto com a psicologia e a aplicação e aprofundamento de conhecimentos. Além disso, promoveu uma reflexão sobre a problemática da reclusão e da reinserção social em Portugal, traduzindo-se numa experiência bastante enriquecedora ao nível técnico e pessoal.

Palavras-chave: reinserção social, (ex) reclusos, reclusão, psicologia clínica.

Abstract

This document is a requirement to obtain the master's degree in Clinical Psychology and Counseling, at Universidade Autónoma de Lisboa. This report is based on an internship held at O Companheiro association. The main objective of O Companheiro association is personal, social, professional and cultural integration of socially excluded people, specifically, offenders, ex-offenders and their families. In this report is described the work and activities developed during the internship in the association, starting with a comprehensive framework of key issues regarding social reintegration, followed by other specific issues of the target people that we encountered and handled along the internship. In the second part of this work, two clinical cases are presented and discussed, section which closes with a personal reflection on both cases. Both cases present an early criminal record, with several repeated offences. The Case A. revealed a positive path, based on a good adaptation to the reintegration process. On the other hand, the Case B. exposed a few important questions to be worked on in order to promote the reintegration of the client, namely at the level of professional career, mental health and support network. This period allowed us to have the first contact with psychology, as well as enabled us to have a practical application and further developing of our knowledge on this subject. Besides, this experience promoted the thinking and reflection on how reclusion and social reintegration works in Portugal, which translated into a very enriching experience on a personal and technical level.

Key-words: social reintegration, (ex) offenders, reclusion, clinical psychology.

Índice

Resumo.....	V
Abstract.....	VI
Parte I – Enquadramento Teórico.....	1
1.1. Contextualização do Local de Estágio.....	1
1.1.1. Objetivos da instituição.....	2
1.1.2. Serviços e equipamentos da instituição.....	2
1.1.3. Gabinete de Intervenção Clínica e Psicológica (GICP).....	4
1.1.4. O papel do psicólogo clínico da instituição.....	5
1.1.5. Cronograma	6
1.2. Revisão da Literatura.....	7
1.2.1. Penalização e Ressocialização.....	7
1.2.2. Fatores associados à adaptação ao meio prisional.....	8
1.2.3. Impacto do encarceramento na pessoa reclusa.....	12
1.2.4. Saúde mental, religiosidade e cultura.....	13
1.2.5. Da prisão à liberdade: adaptação no pós-reclusão.....	16
1.2.6. A reinserção social de (ex) reclusos.....	18
1.2.7. Reincidência no crime.....	19
1.2.8. A psicologia em contexto prisional e na transição para a liberdade.....	21
Parte II – Trabalho de Estágio.....	23
2.1. Trabalho de Estágio.....	23
2.2. Trabalho de Estágio – Intervenções Psicológicas.....	29
2.2.1. Avaliações psicológicas.....	29
2.2.2. Acompanhamentos psicológico e psicossocial.....	35
2.3. Apresentação e Discussão Clínica dos Casos.....	36
2.3.1. Acompanhamento psicossocial – caso A.....	36
2.3.2. Avaliação psicológica – caso B.....	55
Parte III – Discussão.....	67
3.1. Discussão do Trabalho de Estágio.....	67
3.2. Reflexão Pessoal sobre o Trabalho de Estágio.....	69
Referências.....	74

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Síntese das atividades desenvolvidas no estágio.....	6
Tabela 2 – Avaliações psicológicas realizadas no âmbito do estágio.....	35
Tabela 3 – Acompanhamentos realizados no âmbito do estágio.....	36

Lista de Siglas

BIP	Business Focused Inventory of Personality
CP	Código Penal
E	Estagiária
EP	Estabelecimento Prisional
GAJ	Gabinete de Apoio Jurídico
GEFE	Gabinete de Educação, Formação e Empregabilidade
GICP	Gabinete de Intervenção Clínica e Psicológica
GIS	Gabinete de Intervenção Social
HCR-20	Historical Clinical Risk Management-20
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
LSJ	Licença de Saída Jurisdicional
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
PCL-R	Psychopathy Checklist-Revised
PDQ-4+	Personality Diagnostic Questionnaire-4+
PII	Plano Individual de Inclusão
SAPROF	Structured Assessment of Protective Factors for violence risk
SCML	Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

O Contributo da Psicologia para a Reinserção Social de Reclusos e Ex-Reclusos

O presente relatório pretende apresentar o trabalho efetuado ao longo do estágio curricular na associação O Companheiro – Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento pela Universidade Autónoma de Lisboa.

Neste sentido, começaremos por contextualizar o local de estágio, descrevendo a sua história, os seus objetivos, os serviços que fornece e os equipamentos que dispõe.

Posteriormente, apresentaremos, especificamente, o Gabinete de Intervenção Clínica e Psicológica (GICP) e o papel do psicólogo clínico n'O Companheiro, uma vez que o estágio incide, sobretudo, na atividade desenvolvida por este gabinete. De seguida, será realizada uma revisão de literatura relevante para o enquadramento do trabalho de estágio.

Na segunda parte, será exposto o trabalho realizado, nomeadamente, todas as atividades concretizadas (e.g., síntese dos casos acompanhados, avaliações psicológicas, participação e organização de actividades, etc.). Será efetuada a apresentação aprofundada de dois casos e a respetiva discussão e reflexão pessoal.

Por fim, a terceira parte compreende a síntese e discussão de todo o trabalho de estágio efetuado, bem como uma avaliação e reflexão pessoal sobre o mesmo.

Parte I – Enquadramento Teórico

1.1. Contextualização do Local de Estágio

A associação O Companheiro (IPSS), sem fins lucrativos, desenvolve a sua ação no âmbito da inserção social de pessoas reclusas, ex-reclusas e suas famílias. Fundada a 13 de fevereiro, de 1987, conta com 29 anos de existência e encontra-se sediada em Carnide. O seu surgimento decorre das visitas prisionais, por inspiração do Sr. Padre Dâmaso, assente no pressuposto de que os reclusos beneficiavam de mais apoio durante o cumprimento da pena do que no período de pós-reclusão.

No ano de 1991, na sequência da candidatura ao Programa de Luta contra a Pobreza, em 1990, O Companheiro passou a beneficiar do terreno cedido pela Câmara Municipal de Lisboa, onde se situam atualmente os serviços e equipamentos da associação.

Posteriormente, em 1992, foram criadas atividades ocupacionais, tais como a serralharia, a construção civil, os tapetes de Arraiolos, entre outros, com vista à subsistência da associação. Por outro lado, estas ocupações proporcionam aos clientes a aprendizagem de novas atividades, promovendo a sua inserção laboral. Simultaneamente, foi desenvolvida uma área de formação profissional, da qual fazem parte variados projetos, que recorre a

fundos europeus e a parcerias, por exemplo, como o Centro de Emprego e Formação Profissional.

No ano de 2004, O Companheiro decide apostar na prevenção do crime, envolvendo grupos e a sociedade, por meio de uma abordagem: 1) primária, através de ações preventivas e de sensibilização relativas ao crime; 2) secundária, intervindo em grupos de risco; e 3) terciária, na reclusão ou pós-reclusão no sentido da prevenção da reincidência.

Desde setembro de 2014, a instituição é Certificada em Qualidade, pela APCER, norma ISO 9001.

1.1.1. Objetivos da instituição.

A instituição propõe-se a atuar numa vertente reabilitadora que se foca na problemática e nas respetivas consequências. Neste sentido, procura identificar a história e necessidades dos seus clientes e elaborar o Plano Individual de Inclusão (PII). Na vertente preventiva, O Companheiro procura incidir nas causas desses problemas, a partir da qual surge o encaminhamento intra e interinstitucional relativo à saúde, trabalho, formação profissional e escolar, políticas e medidas sociais. Como principais objetivos específicos, O Companheiro propõe-se a proclamar valores sociais e espirituais; promover o desenvolvimento de competências pessoais, sociais e profissionais; motivar e implementar atividades ocupacionais e laborais; e superar carências de subsistência, nomeadamente, alimentação, residência, higiene e saúde.

1.1.2. Serviços e equipamentos da instituição.

O Companheiro dispõe de duas respostas sociais: o atendimento e acompanhamento psicossocial; e uma residência masculina. A residência surge como uma resposta que visa ressarcir um direito da pessoa – viver com integridade. Apresenta capacidade para 22 pessoas, existindo duas camas reservadas àqueles que se encontrem em Licença de Saída Jurisdicional (LSJ).

Assim, para o atendimento e acompanhamento psicossocial, a instituição encontra-se organizada em quatro gabinetes de intervenção:

1) O Gabinete de Intervenção Social (GIS), que tem como objetivo o acolhimento, a triagem, o acompanhamento social e o encaminhamento intra e interinstitucional dos clientes, procurando promover a sua adaptação ao meio social e ajudar na solução dos seus problemas específicos;

2) O Gabinete de Apoio Jurídico (GAJ), que tem como objetivos promover e defender o Estado de Direito e os direitos, liberdades e garantias dos clientes; promover a inclusão; e reduzir as disparidades sociais e a reincidência criminal. Assim, este gabinete visa prestar um

serviço de informação, aconselhamento, encaminhamento inter e intrainstitucional e mediação em conflitos judiciais/extrajudiciais, em assuntos relacionados com a nacionalidade, trabalho, segurança social, entre outros.

3) O Gabinete de Educação, Formação e Empregabilidade (GEFE), que visa a inclusão da pessoa no meio laboral e/ou educacional e a promoção de valores e competências pessoais, sociais e profissionais, nomeadamente, ao nível de técnicas de procura ativa de emprego. Este gabinete propõe-se também a desenvolver parcerias e protocolos com entidades públicas e privadas, no sentido de auxiliar os clientes no acesso a postos de trabalho e, simultaneamente, de desmistificar preconceitos e estigmas que possam lesar a sua inclusão. Providencia formação para os seus clientes e colaboradores e planeia e realiza atividades socioculturais para os clientes.

4) O Gabinete de Intervenção Clínica e Psicológica (GICP) propõe-se a acompanhar os clientes, de acordo com as suas necessidades, no sentido de promover o seu bem-estar e qualidade de vida. Este gabinete será descrito com mais detalhe na secção 1.1.3.

No âmbito do trabalho desenvolvido pelos quatro gabinetes de intervenção, que visam a inclusão psico-socio-laboral da população que apoiam, existem vários projetos e serviços que complementam a sua atuação. Nesse sentido, existe o programa de Práticas Educativas Parentais (PEP) direcionado às famílias. Este programa visa a habilitação dos pais na sua função parental, promovendo as relações intrafamiliares e a atualização e ativação de comportamentos parentais que estimulem o desenvolvimento das crianças. O programa integra ainda um serviço de apoio psicopedagógico que fornece apoio individual e especializado a estudantes em áreas como as dificuldades de aprendizagem, o insucesso escolar, as perturbações da linguagem, as perturbações emocionais, as perturbações do comportamento, o défice de competências pessoais e sociais e os hábitos e métodos de estudo. Além disso, propõe-se a atuar ao nível da orientação escolar e vocacional com a finalidade de auxiliar os jovens no seu percurso escolar e profissional, após a conclusão do 9º ano do ensino básico ou do 12º ano do ensino secundário.

Desde 2012, existe n'O Companheiro uma horta urbana que visa promover, por um lado, as práticas agrícolas de subsistência por meio da rentabilização do espaço agrícola e, por outro, estimular o trabalho em grupo e a cooperação comunitária, ao mesmo tempo que incita a aprendizagem de uma atividade.

O projeto Desporto É Companheiro surge do reconhecimento de que a atividade física contribui para a dissolução da desigualdade, do estereótipo e da exclusão social, além dos

benefícios de um estilo de vida saudável. Este projeto inclui a participação dos clientes em várias atividades desportivas e intervém, também, nos Estabelecimentos Prisionais (EPs).

As “equipas de rua” consistem num projeto que visa prestar um acompanhamento mais próximo dos clientes nas suas atividades ocupacionais (visita aos seus locais de atividade e avaliação de desempenho) e em deslocações que tenham de efetuar (e.g., a consultas médicas). Além disso, estão integradas neste projeto ações de rua que visam a divulgação das atividades desenvolvidas n’O Companheiro à comunidade em geral.

Quanto ao projeto CAIS, que consiste na venda de revistas pelos clientes ao público em geral, este tem por objetivos: a recuperação da autoimagem da pessoa, promovendo a sua perceção de competência e integração; a (re) aquisição de competências necessárias à integração no meio laboral; o desenvolvimento de um sentimento de pertença à sociedade, bem como a identificação com as normas e valores vigentes, através do contacto com o público; e o combate à marginalização e estigmatização social.

Por fim, existe uma componente de voluntariado ao nível das diferentes atividades da instituição (e.g., métodos de estudo, banco de roupa, etc.), nas quais a população em geral pode participar.

Um dos equipamentos existentes na instituição é a cantina social com capacidade para distribuir uma centena de refeições diárias para os clientes, no âmbito do protocolo estabelecido com o Instituto de Segurança Social – Programa de Emergência Alimentar. Além disso, a associação pode contar com o banco de roupa, que tem como objetivo a recolha e a distribuição de roupa, e o banco alimentar que, em parceria com o Banco Alimentar e a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), efetua a distribuição de bens alimentares na região de Benfica e de Carnide. A instituição dispõe ainda de um espaço infocultural que visa o acesso e a orientação de informação no âmbito da educação e empregabilidade. Este espaço está equipado com uma biblioteca e computadores com ligação à internet, que os clientes poderão usufruir quer no âmbito da procura de emprego, quer em ocupação de tempos livres.

Após termos apresentado os vários gabinetes e projetos de apoio ao desenvolvimento psicossocial dos clientes, iremos de seguida apresentar o GICP, que visa uma ação ao nível do bem-estar e qualidade de vida dos mesmos, no âmbito clínico e psicológico.

1.1.3. Gabinete de Intervenção Clínica e Psicológica (GICP).

O GICP procura fornecer um acompanhamento psicológico e desenvolvimento psicossocial de acordo com as necessidades dos clientes, proporcionando uma melhoria no seu bem-estar e qualidade de vida. Os objetivos deste serviço são a avaliação psicológica, o acompanhamento psicológico, o desenvolvimento e apoio psicossocial, o treino de

competências pessoais e sociais, o desenvolvimento de programas psico-educativos e o encaminhamento para outras entidades e/ou recursos da comunidade quando necessário. Além disso, é também responsável pela organização e gestão da medicação dos residentes.

1.1.4. O papel do psicólogo clínico na instituição.

N'O Companheiro, o papel do psicólogo clínico está integrado, sobretudo, no GICP. Primeiramente, aquando das LSJ e/ou quando é pretendido pelo cliente efetuar um pedido de residência, o psicólogo realiza a avaliação psicológica com base num protocolo previamente definido. Inicialmente, este protocolo era constituído pelos seguintes instrumentos:

Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R), *Mini Mental State Examination* (MMSE) e *Personality Diagnostic Questionnaire 4+* (PDQ-4+). Posteriormente, durante o período do estágio, o PDQ-4+ foi substituído pelo Mini-Mult e foi adicionado o *Business Focused Inventory of Personality* (BIP), apenas nos casos de pedido de residência. Além disso, procede-se a uma avaliação de risco com os instrumentos *Historical Clinical Risk Management-20* (HCR-20) e *Structured Assessment of Protective Factors* (SAPROF). Estes instrumentos serão descritos pormenorizadamente na secção II do presente relatório.

Após o cliente ser admitido na resposta social *residência*, a equipa técnica procede à abertura do PII, da qual o psicólogo participa. O PII integra as necessidades e as potencialidades de desenvolvimento do indivíduo, que foram identificados previamente com o cliente, bem como os objetivos e ações que visam dar respostas nesse sentido.

Posteriormente, a execução do PII está integrada no acompanhamento psicossocial, que é também função do psicólogo. Este acompanhamento ocorre ao longo do percurso dos clientes na instituição e abrange não só ações ao nível psicológico, mas também social e profissional, com o objetivo geral de promover o bem-estar em vários domínios – físico, económico, psicológico e emocional. Relativamente a clientes não residentes, em casos pontuais e devidamente justificados, os estagiários de psicologia, com a devida supervisão, poderão realizar acompanhamento psicológico.

Ao nível formativo, os psicólogos são também responsáveis pela organização de *workshops* no âmbito do treino de competências pessoais e sociais dirigidos aos clientes.

Existem reuniões de conselho técnico, que se realizam semanalmente, e reuniões de equipa técnica, pelo que o papel do psicólogo n'O Companheiro passa também pela participação nas mesmas.

É igualmente função do psicólogo efetuar testes de despiste do consumo de estupefacientes e a gestão da medicação – organização e distribuição diária/semanal da terapêutica e toma assistida.

Apesar de o presente estágio se realizar, principalmente, no âmbito do GICP, os estagiários atuam, também, no campo de ação de outros serviços da instituição e em quaisquer atividades de acordo com a necessidade da mesma e no sentido de enriquecer o trabalho de estágio, pelo contacto com a população-alvo e com as diferentes valências da instituição.

Neste ponto, enumerámos apenas as atividades desenvolvidas pelo GICP, no entanto, serão expostas em maior detalhe na Parte II do relatório, no âmbito do trabalho de estágio.

1.1.5. Cronograma.

O projeto de estágio, no qual se encontram os objetivos a que nos propomos, bem como o cronograma do mesmo, encontram-se em anexo (Anexo A e B, respetivamente). Será apresentada, de seguida, uma tabela com a síntese das atividades realizadas e uma média das horas despendidas em cada uma. Entre elas, encontram-se as reuniões realizadas na associação, as atividades inerentes à avaliação psicológica, os acompanhamentos realizados a clientes, a formação interna e diversas tarefas e atividades do âmbito de atuação d'O Companheiro. Estas serão descritas em pormenor na Parte II do relatório.

Tabela 1

Síntese das atividades desenvolvidas no estágio

Atividades	Horas
Reuniões de Conselho Técnico	95
Reuniões de Equipa Técnica	4
Reuniões de Conselho de Ética e Deontologia	8
Avaliações psicológicas	25
Elaboração de relatórios de avaliação psicológica	70
Acompanhamentos psicossociais	18
Acompanhamentos psicológicos	3
Preparação e registo de acompanhamentos	15
Participação e organização de atividades	150
Realização de tarefas da instituição	180
Colaboração no GEFE	130
Formação interna	80
Diversas	22
Total	800h

1.2. Revisão da Literatura

1.2.1. Penalização e ressocialização.

Lê-se no Preâmbulo do Código Penal (CP) Português que a lei defende que a execução das penas de prisão deverá ter um papel ressocializador, visando a prevenção da prática de novos crimes (Código Penal Português [CP], 2015; Gonçalves, 2007), pelo que deve “orientar-se no sentido da reintegração social do recluso e preparando-o para conduzir a sua vida de modo socialmente responsável” (art. 42º, n.º 1 do CP, p.41). Com vista a esse fim, segundo Gonçalves (2007), a prisão deverá providenciar condições de oferta de trabalho, de formação profissional, de educação e de lazer, contribuindo para a aquisição de competências por parte dos reclusos. Simultaneamente, deverá promover a mudança de atitudes, de cognições, de comportamentos e de estilos de vida, por exemplo, através de programas de competências relacionais e interpessoais (Gonçalves, 2007).

Assim, em síntese, podemos afirmar que o papel da prisão passa por uma vertente punitiva, uma vez que procura penalizar o indivíduo que cometeu um delito e que interferiu com a sociedade; mas também ressocializadora, na medida em que procura corrigir e reeducar o indivíduo, bem como fomentar novos padrões de comportamentos, diferentes dos que o levaram ao mundo do crime.

De acordo com Pacheco e Pacheco (2002), em reflexão sobre o sistema punitivo português sobre os objetivos das penas vigentes, a pena privativa de liberdade (prisão) tem como um dos principais inconvenientes o seu efeito criminógeno, no sentido em que o recluso é inserido na subcultura prisional. Além disso, os autores salientam a “dessocialização” que resulta do corte que essa pena muitas vezes provoca ao nível das suas relações familiares e profissionais e do estigma social associado às pessoas que estiveram presas (Pacheco & Pacheco, 2002). Por outro lado, as vantagens da execução desta pena, segundo Dias (citado por Pacheco & Pacheco, 2009) prendem-se com o facto de esta corresponder à convicção da generalidade das pessoas de que a prisão é o único meio adequado à satisfação ou estabilização do sentimento de segurança da comunidade em que ocorreu o crime, alcançando, ao mesmo tempo, a socialização do infrator. Na perspetiva de Pacheco e Pacheco (2002) as desvantagens da pena de prisão podem ser minimizadas através da sua correcta execução, no sentido da reintegração social do recluso, de acordo com o art. 42º, n.º1 do CP, anteriormente referido.

Segundo é possível ler no CP, é privilegiada a aplicação de penas alternativas às penas curtas de prisão, destacando-se o trabalho a favor da comunidade e a pena de multa. Assim sendo, a pena de prisão deve ser aplicada quando todas as restantes medidas se revelem

inadequadas, face às necessidades de reprobção e prevenção (CP, 2015). A respeito da pena de prestação de trabalho a favor da comunidade e da pena de multa, Dias (citado por Pacheco & Pacheco, 2002) considera que estas têm a vantagem de a pessoa reclusa poder manter as suas relações familiares, profissionais e económicas e, nesse sentido, o contacto com o seu meio e a integração social.

1.2.2. Fatores associados à adaptação ao meio prisional.

O conceito de adaptação (ou ajustamento) pode ser compreendido como o conjunto de processos psicológicos através dos quais as pessoas gerem ou lidam com as exigências e desafios da vida quotidiana (Weiten, Dunn, & Hammer, 2015). Assim, o ser humano, uma vez compreendido como um sistema biopsicossocial e confrontando-se com o meio envolvente – físico e social – com o qual interage, defronta-se com o processo de adaptação constantemente.

De acordo com estudos realizados em Portugal por Gonçalves (citado por Gonçalves & Gonçalves, 2012), o autor classifica os reclusos em função da sua adaptação prisional, existindo quatro tipos. Os primeiros, os “bem-adaptados”, geralmente não possuem antecedentes criminais; estão detidos por crimes ocasionais, embora violentos; possuem idade superior a 30 anos; têm valores convencionais; e, normalmente, não são alvo de medidas disciplinares. Os “mal-adaptados” são frequentemente reincidentes; apresentam uma idade média de 29 anos; manifestam comportamentos agressivos; tendem a violar as regras institucionais; e apresentam valores antissociais. Os reclusos “sobre-adaptados” apresentam um histórico criminal mais vasto; possuem um passado institucional; têm uma média de idade superior a 35 anos; apresentam um comportamento assertivo dentro da prisão, embora possam pertencer a grupos delinquentes; procuram maximizar os benefícios; e são de difícil reinserção social. Por fim, os “inadaptados” tendem a manifestar um desajustamento global à prisão através de patologias de adaptação, stresse prisional, comportamento autodestrutivo, consumo de drogas, isolamento social e ataques de cólera; apresentam uma média de idade de 24 anos; e são de fácil vitimização.

A literatura demonstra que existem diferentes fatores, internos e externos ao indivíduo, que influenciam este processo de adaptação ao meio prisional. De seguida, apresentamos alguns que são considerados importantes.

A cultura prisional.

O recluso é uma pessoa que permanece excluída da sociedade por um determinado período de tempo, de acordo com a pena que lhe foi atribuída, para passar a viver dentro de uma instituição com características muito específicas – a prisão. Como tal, é importante

considerarmos a cultura que existe neste local e que influencia inevitavelmente a adaptação desta pessoa. Esta é submetida às diversas experiências inerentes à vida na prisão que tem como uma das consequências a assimilação da cultura prisional (Barreto, 2006). Assim, o processo de aprender e assumir, em maior ou menor grau, as tradições, costumes e a cultura geral da prisão é denominado “institucionalização” ou “prisionalização” (Clemmer, 1940; Thompson, 2002).

As pessoas vêm-se, então, forçadas a adaptar-se a uma rotina institucional que muitas vezes é dura e rígida; são privadas de liberdade e privacidade; são submetidas a um estatuto diminuído e estigmatizado; e as condições materiais são escassas; fatores esses que tornam a vida na prisão stressante, difícil e desagradável (Haney, 2003). Com o decorrer do tempo as pessoas tornam-se gradualmente mais acostumadas às imposições da vida prisional e os mecanismos psicológicos que devem ser utilizados para se adaptarem tornam-se, até certo ponto, internalizados (Haney, 2003). Haney (2003) salienta o facto de se tratarem de adaptações naturais – e não de adaptações patológicas – que ocorrem em pessoas reclusas, como resposta às condições da vida na prisão, essas sim, não naturais. Nesse sentido, o autor concebe-as como reações a condições que são patológicas e que se tornam problemáticas quando são levadas a extremos ou se tornam crônicas e profundamente internalizadas (Haney, 2003).

Experiências na prisão.

Inerente à cultura do meio prisional encontram-se as várias experiências às quais as pessoas reclusas podem ser sujeitas, algumas das quais apresentamos de seguida. Ao nível das privações que a maior parte dos reclusos experiencia como particularmente difíceis de lidar (“pains of imprisonment”), Rocheleau (2013) procurou explorar a sua associação com o envolvimento em mau comportamento e violência sérios. Foram realizados inquéritos de autorrelato a 312 indivíduos, bem como recolhidas informações da base de dados do estabelecimento prisional. Os resultados mostram que as pessoas que consideraram especialmente difícil lidar com o tédio, com preocupações relativas à sua segurança e com conflitos com funcionários, se encontravam em maior risco de apresentar mau comportamento e violência (Rocheleau, 2013).

Por outro lado, Jiang e Winfree (2006) defendem que os potenciais efeitos dos mecanismos de suporte pro-social extra e intrainstitucionais dos reclusos face ao encarceramento são importantes. A participação em programas educacionais pode, por exemplo, aumentar a capacidade de lidar com um ambiente prisional que, muitas vezes, é hostil e enriquecer a qualidade de vida do quotidiano (Ryan & McCabe, citado por Jiang &

Winfree, 2006), além de reduzir o tempo de inatividade e melhorar a autoestima dos reclusos (Jiang & Winfree, 2006).

Além disso, o tempo de pena parece ter um efeito direto na participação em programas, por parte dos reclusos, assim como nos seus pensamentos de necessidade de controlo sobre as suas vidas, os seus sentimentos de desesperança e as suas infrações disciplinares (Dhami, Ayton, & Loewenstein, 2007), o que está relacionado com uma pior adaptação ao meio.

Experiências de vida.

Ainda que a cultura prisional influencie o grau de adaptação das pessoas reclusas a esse meio, recordamos que somos, também, produto das nossas experiências de vida. A literatura considera, assim, que existem algumas experiências anteriores ao período de reclusão que podem, igualmente, exercer influência sobre a adaptação.

Por exemplo, o estudo conduzido por Hochstetler, Murphy, e Simons (2004) analisou os efeitos da vitimização durante o encarceramento e de condições pré-existentes, numa amostra de 208 participantes do sexo masculino. Os resultados mostram que a exposição à violência e traumas experienciados antes do período de reclusão contribuem para a vitimização dentro da prisão que, por sua vez, contribui para a ocorrência de sintomas depressivos e de stress pós-traumático (Hochstetler et al., 2004). Além disso, a exposição à violência no período pré-reclusão pode igualmente influenciar as probabilidades individuais de má adaptação durante o encarceramento (Meade & Steiner, 2013). Especificamente, ser vítima de abuso enquanto criança e a vitimização física por um conhecido na idade adulta são preditores particularmente significativos da desadaptação neste contexto (Meade & Steiner, 2013).

O estudo de Dhami et al. (2007) mostra, também, que uma baixa qualidade de vida antes do período de reclusão tem efeito na adaptação ao encarceramento, na medida em que estes reclusos são acusados de mais infrações disciplinares.

Fatores de natureza pessoal.

Por outro lado, além do meio ambiente em que vivemos e das nossas experiências de vida, somos, ainda, resultado da nossa personalidade e outras características pessoais. Nesse sentido, segundo Pais (citado por Novais, Ferreira & Santos, 2010), as variáveis preditoras de uma boa adaptação ao meio prisional são de natureza pessoal, tais como a personalidade, a frequência e qualidade das relações que a pessoa mantém no exterior da prisão e a forma como estas relações influenciaram o modo de encarar a reclusão e a privação da liberdade.

No que concerne ao suporte social, os resultados do estudo de Jiang e Winfree (2006) sugerem que homens reclusos casados apresentam uma melhor adaptação ao meio prisional. Além disso, pessoas reclusas com tendências antissociais podem não se adaptar bem ao meio

social da prisão, na medida em que podem ser forçados a interagir com funcionários e outros reclusos (Ireland, Brown, & Ballarini, 2006).

Estratégias de coping.

As pessoas reclusas diferem na sua capacidade para lidar com os fatores stressantes presentes no meio prisional. Assim, tendo em conta que apresentam níveis de stresse, de ansiedade e de suicídio mais altos do que a população geral é importante considerar as estratégias de *coping* que utilizam (Picken, 2012). Segundo apurado por Gonçalves (2014) na sua investigação, as estratégias de *coping* na prisão podem ser integradas em categorias como ficar longe de problemas, gerir o stresse e as emoções, manter-se seguro, passar o tempo através de diversas atividades e ter suporte social.

Ao nível da relação entre as estratégias de *coping* e o bem-estar psicológico e físico, Harreveld, Pligt, Claasen, e Dijk (2007) conduziram um estudo com uma amostra de 30 reclusos do sexo masculino de dois estabelecimentos corretivos na Holanda, através da aplicação de entrevistas e questionários. Os dados recolhidos sugerem que estados afetivos gerais, como o otimismo, encontram-se associados ao bem-estar físico e ao bem-estar psicológico; pelo contrário, os indivíduos que experienciam estados negativos, como rejeição, ansiedade e tristeza, apresentam mais queixas físicas e psicológicas. Relativamente às estratégias de *coping* adotadas pelos reclusos para lidar com estas emoções negativas, os que utilizaram estratégias focadas na emoção (e.g., partilhar com os companheiros e familiares as suas preocupações ou pensamentos acerca da sua aprendizagem relativa à experiência do encarceramento) apresentaram melhor saúde – psicológica e física – do que aqueles que apresentaram formas de *coping* mais passivas (e.g., guardar os sentimentos negativos para si próprio, querer ser deixado sozinho, ver televisão).

A meta-análise de Picken (2012) objetivou determinar se as estratégias de *coping* afetam a adaptação e o bem-estar de homens reclusos no meio prisional. Os estudos analisados mostram resultados mistos, existindo uma relação complexa entre estas três variáveis, ainda que não se possa inferir uma relação de causalidade. Por outro lado, a adaptação ao meio prisional pode mudar ao longo do tempo, pelo que os dados sugerem que os reclusos utilizam algum tipo de estratégias de *coping* para facilitar esse ajustamento (Picken, 2012).

No que concerne a intervenções ao nível das estratégias de *coping*, Picken (2012) aponta, assim, para a importância da existência de programas que promovam o uso destas estratégias no sentido de auxiliar os reclusos na sua adaptação. Aqueles que apresentam recursos mais limitados podem ser estimulados a desenvolver respostas mais adaptativas (Gonçalves, 2014). Além disso, os resultados do estudo de Ireland et al. (2006) –, mediante a evidência de que

estratégias de *coping* desadaptativas são mediadoras da relação entre traços de personalidade desadaptativos e sofrimento psicológico, sugerem que se possam implementar intervenções que incidam na modificação de competências de *coping* desadaptativas.

Assim, constatamos que existem diferentes fatores que contribuem para um maior ou menor grau de adaptação ao meio prisional. De facto, uns são inerentes ao próprio ambiente, como a cultura prisional, outros dependem, por exemplo, de aspetos mais pessoais. Alguns destes serão passíveis de intervenção, como é o caso das estratégias de *coping* e do apoio ao desenvolvimento de relacionamentos interpessoais no exterior do EP. Desta forma, promover-se-ia o bem-estar individual e, conseqüentemente, uma boa adaptação ao meio prisional.

1.2.3. Impacto do encarceramento na pessoa reclusa.

Vários autores têm estudado o impacto do encarceramento, bem como as suas conseqüências negativas, na pessoa reclusa. Neste ponto apresentamos alguns níveis a que esse impacto se verifica, designadamente, ao nível da saúde física e mental, das relações interpessoais e da empregabilidade.

Ao nível da saúde, o estudo de revisão de Schnitker, Massoglia, e Uggen (2011) – que incidiu particularmente em pessoas afro-americanas – revela uma relação complexa entre estas duas variáveis, existindo alguma investigação que sugere que a reclusão aumenta o risco de uma saúde precária. Os autores salientam que alguns dos efeitos negativos mais significativos que advêm do encarceramento surgem apenas após a libertação (Schnitker et al., 2011). Mais especificamente, ao nível da saúde mental, o estudo de Moreira e Gonçalves (2010) procurou explorar a incidência de ideação suicida e de perturbações emocionais em 66 reclusos preventivos – durante a primeira semana de reclusão e após seis meses de cumprimento da pena. Os autores concluem, primeiramente, que a conjuntura de admissão do recluso no EP obriga-os a experienciar diversas adversidades que exacerbam os níveis de perturbação emocional, ainda que esta apresente tendência a diminuir significativamente. Este facto pode ser explicado pela sobrecarga emocional inerente à fase inicial da execução da pena que vai diminuindo consoante a pessoa se vai adaptando ao meio prisional (e.g., Elger; Gonçalves; Reitzel & Harju; citado por Moreira & Gonçalves, 2010). Por outro lado, relativamente à ideação suicida, esta continua a ser experienciada após seis meses de reclusão (Moreira & Gonçalves, 2010). Tendo em conta estes resultados, que sugerem uma diminuição ou cessação da sintomatologia psicopatológica após seis meses de execução da pena, os autores concluem que estas pessoas possam deter factores protetores que aumentam a sua resiliência e que a prisão – enquanto instituição normativa e prestadora de cuidados –

pode contribuir para uma maior estruturação, esbatendo, aos poucos, o seu sofrimento psicológico (Moreira & Gonçalves, 2010).

No que concerne às relações interpessoais, também o encarceramento acarreta algumas consequências negativas. Ao nível parental, o estudo de Murray e Farrington (2005) procurou avaliar se o encarceramento dos pais é preditor do comportamento delinquente e antissocial dos seus filhos do sexo masculino, numa amostra de 411 indivíduos. De acordo com os resultados, os autores concluem que os filhos de reclusos constituem um grupo altamente vulnerável com múltiplos fatores de risco no que respeita a estes tipos de comportamentos (Murray & Farrington, 2005). Além disso, as famílias dos reclusos podem experienciar perdas sociais, psicológicas e económicas significativas devido ao seu encarceramento (Murray, 2005). A reclusão de um parceiro/companheiro pode ser emocionalmente devastadora e debilitante, uma vez que se traduz, por exemplo, na perda de rendimentos, no isolamento social, em dificuldades em manter o contacto, na deterioração de relacionamentos e em encargos extras relativos aos filhos (Murray, 2005).

Por outro lado, o estudo de Huebner (2007) procurou analisar o efeito do encarceramento na probabilidade dos indivíduos se casarem e conseguirem um emprego a tempo inteiro. Os resultados apontam para uma associação negativa entre o encarceramento e o casamento e o emprego. Neste sentido, salienta-se a importância de considerar estes fatores, bem como outros que se encontram positivamente associados ao aumento da probabilidade de ter um emprego e casar, tais como a educação (Huebner, 2007), nomeadamente ao nível dos programas de reinserção social.

1.2.4. Saúde mental, religiosidade e cultura.

Considerando a associação que se verifica na literatura entre a reclusão e a saúde mental (e.g., Carreira & Gonçalves, 2010; Fazel & Seewald, 2012), abordamos, neste posto, a questão da psicopatologia, especificamente, as perturbações psicóticas. De seguida, exploramos a temática da religião e a sua relação com as mesmas. Por fim, destacamos a importância de considerar o fator cultural na concetualização da psicopatologia.

Saúde mental: perturbações psicóticas.

A psicose é um estado no qual é experienciada uma desconexão grave com a realidade (Fugii & Ahmed, 2007), característico das perturbações psicóticas. O DSM-5 agrupa as perturbações do espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas, que incluem, entre outras, a perturbação da personalidade esquizotípica, a perturbação delirante, a perturbação psicótica breve e a esquizofrenia (American Psychiatric Association [APA], 2013). Os sintomas que se encontram associados a este grupo de perturbações são os delírios, as

alucinações, o pensamento (discurso) desorganizado, o comportamento motor desorganizado e os sintomas negativos – expressão emocional diminuída, avolia, alogia, anedonia e falta de sociabilidade (APA, 2013).

No que respeita especificamente à esquizofrenia, é comum que as pessoas com esta perturbação apresentem défices cognitivos (APA, 2013; Goldstein, Allen, & Haas, 2007). Exemplos desses défices, que se encontram fortemente associados a prejuízos profissionais e funcionais, incluem diminuições na memória declarativa, na memória de trabalho, na função da linguagem e em outras funções executivas, além de se poder verificar uma velocidade de processamento mais lenta (APA, 2013). Podem, também, estar presentes características como a hostilidade e agressão, sobretudo nas pessoas que apresentam um histórico de violência, de não adesão ao tratamento, de abuso de substâncias e de impulsividade (APA, 2013).

Religiosidade e perturbações psicóticas.

A literatura evidencia uma associação entre a religiosidade e as perturbações psicóticas, em alguns casos. No estudo conduzido por Suhail e Ghauri (2010), os autores procuraram avaliar o impacto das afiliações religiosas na fenomenologia dos delírios e das alucinações, entrevistando 53 participantes com esquizofrenia através do Present State Examination and Religiosity Index. Os resultados do estudo sugerem que as pessoas mais religiosas, particularmente na prática Islâmica, eram mais suscetíveis a ter um maior número de delírios e de alucinações, de ouvir vozes e ter visões de agentes paranormais e de ter um excesso de delírios e crenças religiosas de identidade e capacidade grandiosa. Além disso, o conteúdo dos sintomas das pessoas mais religiosas mostrou que estas estavam a utilizar a sua fé religiosa como estratégia de *coping* (Suhail & Ghauri, 2010).

Já Mohr e Huguelet (2004), num artigo de revisão de literatura, apontam para o facto de a relação entre a esquizofrenia e a religião poder variar entre um extremo negativo e um extremo positivo. Por um lado, a religiosidade ou a espiritualidade podem levar ao comportamento violento e à recusa à adesão ao tratamento. Por outro lado, pode ser um recurso útil no que respeita ao suporte social proveniente da comunidade religiosa e como estratégia de *coping* relativamente à doença (Mohr & Huguelet, 2004). Assim, de acordo com a meta-análise desenvolvida por Gearing et al. (2010), a associação entre a religião e a esquizofrenia pode constituir tanto um efeito protetor (e.g., se promove esperança, força e significado), como de risco (e.g. pode aumentar os sintomas psicóticos e postergar o tratamento). Os autores defendem que o grau em que a religião tem um papel positivo ou negativo na vida destas pessoas depende da sua interpretação da doença, pelo que é importante considerar o seu impacto na adesão ao tratamento.

A religião parece ser um tema comum associado à psicose, possivelmente pelo seu significado cultural e intrínseco ao ser humano (Ng, 2007). Por outro lado, algumas experiências espirituais podem ser confundidas com episódios psicóticos, na medida em que podem integrar experiências de influências externas sobre o pensamento e comportamento, crenças em características delirantes e alucinações (Menezes Jr. & Moreira-Almeida, 2010), que, de acordo com o DSM-5, são sintomas de esquizofrenia (APA, 2013). Menezes Jr. e Moreira-Almeida (2010) defendem que apesar da religião não poder ser considerada um fator etiológico na esquizofrenia, é passível de influenciar o conteúdo dos pensamentos destas pessoas e, conseqüentemente, o seu comportamento e, provavelmente, o seu resultado.

Mais recentemente, Grover, Davuluri, e Chakrabarti (2014) defendem que a religião exerce uma influência na expressão da psicopatologia, do comportamento de procura de tratamento e nos resultados do mesmo, pelo que deve ser considerado um modelo biopsicossocial da esquizofrenia que integre a religião e a espiritualidade dos clientes. Pode ser igualmente benéfico para os clínicos aprenderem mais sobre as tradições religiosas e espirituais, procurando saber sobre os ideais, as práticas e as comunidades religiosas a que o cliente pertence, no sentido de compreender os limites entre a religião e a patologia (Gearing et al., 2010).

Cultura e perturbações psicóticas.

Além da religião, também a cultura aparenta estar relacionada com as perturbações psicóticas e os seus sintomas. A revisão de Laroie et al. (2014) demonstra que a cultura é passível de moldar as alucinações nas suas várias dimensões, como na identificação, na experiência, no conteúdo, na frequência, no significado e no modo como os outros respondem a estas. Os autores salientam, assim, a importância de considerar que as alucinações não são necessariamente um sintoma patológico, sendo importante o clínico atender ao *background* cultural da pessoa em causa no que respeita ao seu tratamento (Laroie et al., 2014).

O desafio encontra-se em diferenciar o que é cultural do que é patológico (Ng, 2007), já que as alucinações podem ser uma parte normativa da experiência religiosa em determinados contextos culturais (APA, 2013), sendo, deste modo, necessário avaliar as crenças do indivíduo. Especificamente ao nível das alucinações auditivas, Loue e Sajatovic (2008) defendem a importância de integrar as crenças dos indivíduos e as suas formas de lidar com as mesmas nas intervenções psicoterapêuticas, em determinados grupos culturais.

Assim, verificamos que é importante ponderar a influência que fatores como a religião e a cultura podem ter na expressão da psicopatologia, especificamente, das perturbações psicóticas. A religião, em particular, deve ser considerada cautelosamente, podendo constituir

um fator de proteção ou de risco. É, portanto, necessário atender ao *background* da pessoa e procurar analisar os limites entre o que é patológico ou não.

1.2.5. Da prisão à liberdade: adaptação no pós-reclusão.

Os ex-reclusos deparam-se com diversos obstáculos aquando da sua transição para a sociedade e, muitos deles, duram anos após a libertação (Schnittker, 2014). A discrepância que se constata entre o meio livre e o meio prisional, nomeadamente ao nível dos valores e da rotina destas pessoas, dificulta a sua adaptação após a libertação (Barreto, 2006). Muitas vezes, a sociedade volta a excluir aqueles que já foram excluídos e os sentimentos de insegurança e submissão tornam a ser vivenciados; dessa forma, a probabilidade de reincidência criminal aumenta, uma vez que a pessoa não se percebe como parte do grupo social (Barreto, 2006).

De seguida, referimos alguns fatores que influenciam esta adaptação, apresentando exemplos de estudos que o demonstram, nomeadamente ao nível das próprias consequências do encarceramento, das experiências no meio prisional e dos recursos disponíveis na comunidade.

Influência das consequências psicológicas do encarceramento

Segundo Haney (2003), as consequências psicológicas do encarceramento traduzem-se igualmente em impedimentos significativos nos períodos de adaptação pós-reclusão, devido ao ajustamento ao meio prisional, que, algumas vezes, implica a criação de hábitos de pensamento e de ação que podem ser disfuncionais nesses períodos. As pessoas que fora da prisão continuam a integrar muitos dos aspetos negativos da cultura prisional podem encontrar as suas relações sociais e íntimas comprometidas, bem como ser incapazes de superar a autoestima diminuída que a prisão frequentemente instiga (Haney, 2003). O encarceramento pode ser visto como uma fonte de stresse e de prejuízos contínuos. Contudo, é importante ter em conta que os seus efeitos psicológicos advêm de diversas experiências, nomeadamente, o stresse que provém do facto de os ex-reclusos permanecerem separados da família, de lhes ser negado um emprego e de se depararem com uma vasta discriminação (Schnittker, 2014). Ainda assim, Haney (2003) defende que os efeitos psicológicos do encarceramento variam de indivíduo para indivíduo e são, muitas vezes, reversíveis.

Influência das experiências no meio prisional.

Além das consequências psicológicas que advêm da experiência de reclusão, a literatura refere que as experiências pelas quais os indivíduos passam dentro da prisão, inclusive a exposição a determinadas situações, influenciam a adaptação no período pós-reclusão. Nesse sentido, o estudo de Boxer, Middlemass, e Delorenzo (2009) procurou avaliar os efeitos

psicológicos da exposição a crimes violentos durante o encarceramento na adaptação pós-reclusão, numa amostra com 124 ofensores, violentos (n=38) e não violentos (n=86). Foram, então, avaliadas as suas experiências como testemunhas ou vítimas de crimes violentos durante e após o período de encarceramento. Os resultados sugerem que o confronto com a violência durante o encarceramento está significativamente relacionado com tendências comportamentais agressivas e antissociais, bem como com sofrimento emocional. Nesse sentido, pessoas que foram testemunhas ou vítimas de crimes violentos mostram um pior ajustamento pós-reclusão (Boxer et al., 2009).

Semelhantemente, Listwan, Colvin, Hanley, e Flannery (2010) conduziram um estudo, com uma amostra de 1616 ex-reclusos recentemente libertados, que procurou avaliar o efeito psicológico da vitimização e as percepções de ameaça e coerção emergentes do meio prisional. Além disso, teve o intuito de avaliar se o apoio social afetava as cognições e os sintomas psicológicos e se moderava o efeito da vitimização e da coerção. Os resultados sugerem a existência de uma relação entre a coerção e o apoio social com cognições pós-traumáticas e com sintomas traumáticos. Por outro lado, o apoio social não apresenta um efeito moderador (Listwan et al., 2010).

Influência da comunidade, seus recursos e suporte social.

Igualmente, a comunidade e os recursos disponíveis e acessíveis à população ex-reclusa, que é, muitas vezes, marginalizada e discriminada, também se encontram associados à adaptação no período pós-reclusão. Ao ser limitado o acesso a domínios importantes da vida, a discriminação pode afetar diretamente o estatuto social, o bem-estar psicológico e a saúde física das pessoas estigmatizadas (Major & O'Brien, 2005).

No que respeita ao suporte social, a investigação mostra que os familiares são uma componente significativa das redes sociais dos ex-reclusos no contexto pós-reclusão, sendo que os laços familiares se encontram fortemente associados ao sucesso durante este período (Berg & Huebner, 2011). Ao mesmo tempo, aqueles que estabelecem laços de boa qualidade com membros da família apresentam maior probabilidade de estar empregados (Berg & Huebner, 2011), o que está associado a uma melhor adaptação à vida na sociedade livre. Além disso, a maioria dos ex-reclusos, após sair da prisão, detém poucas poupanças financeiras e poucas perspectivas de emprego (Petersilla, 2001), o que pode constituir um obstáculo nesta transição.

Observamos, aqui, que os ex-reclusos se deparam com vários obstáculos na transição para a liberdade, alguns dos quais consequências do encarceramento em si. A reinserção social deverá, assim, atender a vários domínios, designadamente, laboral, da cognição e da

restituição de laços familiares. Desta forma, começando o processo de reinserção dentro do EP, facilitará a adaptação dos ex-reclusos ao período pós-reclusão, diminuindo a probabilidade de reincidência.

1.2.6. A reinserção social de (ex) reclusos.

Como já referido anteriormente, a reinserção deve iniciar-se dentro da prisão, de acordo com um dos objetivos da execução da pena: a ressocialização e a reintegração da pessoa reclusa. Neste sentido, o tratamento providenciado aos ofensores dentro dos EPs parece ter como um dos principais fins minimizar os efeitos nocivos da privação da liberdade, nomeadamente, no que concerne à sua reintegração na sociedade. É possível ler no III Relatório da Provedoria da Justiça (2003) que a personalização do tratamento fornecido aos reclusos não existe só para benefício dos mesmos, mas ela mesma é “a maior esperança que, a prazo, pode ter a comunidade na não repetição de atos que vulneram a paz social” (p.42). Além disso, na reinserção social não só o recluso, como também a sociedade são os primeiros interessados (CP, 2015).

A este respeito o art. 54º do CP Português prevê a elaboração de um Plano de Reinserção Social, que contém os objetivos de ressocialização a atingir pelo indivíduo, as atividades que este deverá desenvolver, o faseamento das mesmas e as medidas de apoio e vigilância que deverão ser adotadas por parte dos serviços de reinserção social (CP, 2015).

Em Portugal é reconhecido em Diário da República (2013) que a reabilitação do comportamento criminal pela alteração da conduta delituosa, pela promoção de estilos de vida concordantes com os valores da sociedade, bem como pela promoção do exercício de uma cidadania plena e ativa, contribui decisivamente para a prevenção da reincidência criminal. O Governo compromete-se, assim, com o investimento na melhoria das condições de reinserção social (Diário da República, 2013).

Neste sentido, existe o Plano Nacional de Reabilitação e Reinserção 2013-2015 (Diário da República, 2013), que surge da necessidade de encontrar métodos comprovados de redução da reincidência criminal, e assenta em três princípios fundamentais de atuação: 1) o princípio da reabilitação do comportamento criminal; 2) o princípio da reinserção e responsabilidade social; e 3) o princípio da sustentabilidade do sistema de execução de penas e medidas. Este plano propõe-se a aumentar as oportunidades de mudança do indivíduo e de reinserção social, intervindo no seu meio envolvente, a montante da prisão, durante o cumprimento da pena e após a sua libertação. Pretende, desta forma, maximizar o envolvimento de diversas entidades públicas e privadas em áreas como o ensino e formação,

a cultura, o desporto, a juventude, a saúde e questões ligadas às explorações agrícolas e outras atividades económicas (Diário da República, 2013).

De acordo com o trabalho conduzido por Gomes, Duarte, e Almeida, em 2003, no âmbito do Observatório Permanente da Justiça Portuguesa, os autores verificaram que, à data, existia alguma discrepância entre o que era previsto teoricamente e a sua concretização prática, nomeadamente no que concerne à não elaboração do plano de reinserção social, previsto na lei. Os autores averiguaram, entre outras questões, a ausência de um plano formalizado que acompanhe a pessoa no pós-reclusão, a falta de trabalho e de ações de formação profissional e da sua desadequação face ao mercado de trabalho em meio livre (Gomes et al., 2003). Todas estas questões dificultam a reinserção da pessoa na sociedade após a sua libertação.

Além dos aspetos mencionados anteriormente, segundo Gonçalves (2007), muitas vezes, a reinserção de ex-reclusos pode falhar porque a sociedade estigmatiza e aliena estas pessoas que já anteriormente passaram por um processo de exclusão. Por sua vez, Seiter e Kadela (2003) consideram que a reinserção pode ser dificultada por várias outras razões, entre elas o aumento considerável de pessoas libertadas das prisões nas duas últimas décadas; pelo facto de as comunidades que recebem os ex-reclusos se encontrarem menos estáveis e apresentarem menos capacidade para fornecer apoio e serviços sociais; e pela disponibilidade de programas reabilitadores que vão ao encontro das necessidades dos reclusos, que pode estar reduzida.

1.2.7. Reincidência no crime.

Parece legítimo afirmar que associada à ideia de uma reinserção bem-sucedida de ex-reclusos na sociedade livre está a ideia de não reincidência no crime. No que concerne a este aspeto, existem vários estudos nesse sentido.

Por exemplo, o estudo de Bahr, Armstrong, Gibbs, Harris, e Fisher (2005) revela variáveis que se encontram associadas à não reincidência no crime, nomeadamente, o número de relações próximas dentro da rede familiar, a qualidade da relação pai-filho, estar empregado e possuir uma habitação estável. Pelo contrário, associado à reincidência e reencarceramento encontram-se associados fatores como a socialização com amigos quatro ou mais vezes por semana, o número de relações conflituosas dentro da rede familiar, ter familiares que se encontram presos ou em liberdade condicional e a dificuldade percebida em estar abstinente de drogas. Neste sentido, estes resultados apontam para a importância, particularmente, da rede de relações familiares como auxílio na transição para a comunidade (Bahr et al., 2005). Além disso, com o alargamento da rede de suporte social é expetável que

existam menos recidivas, tanto em termos de prática de crimes e detenções, como de crises e de consumos (Marques, 2008).

Especificamente, ao nível profissional, parece existir algum consenso de que o facto de estar empregado está associado a uma probabilidade mais baixa de reincidir (e.g., Bahr et al., 2005; Berg & Huebner, 2011; Nally, Lockwood, Ho, & Knutson, 2014; Skardhamar & Telle, 2012).

Os resultados de outro estudo (Cid, 2009), que teve como objetivo averiguar os efeitos de penas privativas de liberdade *versus* penas não privativas de liberdade (pena de prisão suspensa) na reincidência, numa amostra de 483 ofensores, revelou que as pessoas sentenciadas com pena suspensa apresentam um risco menor de serem recondenadas quando comparadas com aquelas que foram sujeitas a penas privativas de liberdade. Desta forma, o autor aponta para que as alternativas à pena privativa de liberdade sejam mais eficazes do que o encarceramento no que respeita a reduzir a reincidência no crime. De modo semelhante, Klement (2015) procurou comparar as taxas de recondenação em infratores dinamarqueses (N=1602) que foram sentenciados a serviço comunitário *versus* pena de prisão. Os resultados revelam que a pena de prisão se encontra associada com uma taxa mais elevada de reincidência, apesar de não ser possível generalizar os resultados, por exemplo, para diferentes tipos de serviço comunitário e de penas de prisão.

Recentemente, Thomas, Spittal, Taxman, e Kinner (2015) pretenderam identificar preditores do reencarceramento relacionados com a saúde, numa amostra de 1325 ex-reclusos adultos. Os dados da investigação sugerem que características associadas à saúde mental, à saúde física e ao uso de substâncias são preditores importantes no que respeita ao reencarceramento, aliados a fatores de risco demográficos e relacionados com a justiça penal. Salienta-se que as variáveis relacionadas com a saúde mental (e.g., histórico de automutilação, elevado sofrimento psicológico) forneceram a maior contribuição global no que respeita à predição do reencarceramento (Thomas et al., 2015).

Por outro lado, receber educação durante o encarceramento parece reduzir o risco individual de reincidência após a libertação. A meta-análise de Davis, Bozick, Steele, Saunders, e Miles (2013) permitiu concluir que, em média, reclusos que participam em programas educacionais dentro da prisão apresentam uma probabilidade 43% menor de reincidir que os reclusos que não participaram. Relativamente à associação entre a educação dentro do meio prisional e o emprego após a libertação, os dados sugerem que as probabilidades de obter emprego entre os reclusos que participaram nestes programas foram 13% mais elevadas que as probabilidades daqueles que não participaram (Davis et al., 2013).

Desta forma, a educação pode ser vista como uma fonte de esperança e aspirações para o futuro destas pessoas, além de servir de uma forma útil de utilizar a sentença a que foram sujeitas (Hawley, Murphy, & Souto-Otero, 2013). Pode, ainda, ajudar na promoção do sentido de pertença em relação à sociedade, bem como no desenvolvimento da motivação, autonomia e responsabilidade para controlar as suas próprias vidas apesar das circunstâncias em que se encontram (Hawley et al., 2013). A questão do trabalho desempenhado pelos reclusos dentro dos EPs pode ser compreendido como uma forma de desenvolver competências que constituem uma mais-valia aquando da sua saída, permitindo terem uma vida economicamente independente e facilitando, assim, o seu processo de reinserção social (Rodrigues, 2000).

Assim, perspetivamos que, além da educação, também o emprego constitui um fator que, auxiliando na redução das taxas de reincidência, consequentemente, contribui para a probabilidade de um processo de reinserção social bem-sucedido.

1.2.8. A psicologia em contexto prisional e na transição para a liberdade.

Entendemos que no contexto prisional é importante reconhecer o recluso enquanto pessoa e salvaguardar os seus direitos enquanto cidadão e a sua dignidade humana, à semelhança do que sucede com os clientes em meio livre. É possível ler, também, na II Parte do CP Português que a realização dos ideais de humanidade, bem como de reinserção social, passam indiscutivelmente pela assunção do recluso nesse sentido (CP, 2015). Além disso, é presumido que a ideia de reeducação pressupõe a salvaguarda da dignidade da pessoa humana, ao mesmo tempo que se promove o sentido de responsabilidade, numa medida ressocializadora (CP, 2015). Desta forma, ainda que dentro da prisão, está a contribuir-se para a esperada reabilitação e reinserção do recluso (Marques, 2008).

A Ordem dos Psicólogos Portugueses assume como funções dos psicólogos dentro dos EPs a elaboração de informações para o tribunal, as avaliações de perigosidade, a intervenção em crise, o acolhimento (que pressupõe a avaliação psicológica e de risco), a promoção da mudança de comportamentos e a prevenção da reincidência (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2014).

Na perspetiva de Marques (2008), o papel do psicólogo é promover a prevenção e mudança de atitudes e comportamentos ou estilos de vida que afetem a saúde física e psicológica das pessoas reclusas, bem como a sua relação com os outros e com o restante meio envolvente. A intervenção em meio prisional, embora se encontre sujeita a alguns condicionalismos inerentes ao próprio contexto, segue o mesmo desenvolvimento daquela que é realizada em meio livre (Marques, 2008). Ou seja, deverá seguir um plano sequencial e

estruturado de técnicas biopsicossociais que promovam na pessoa o desenvolvimento de competências pessoais, interpessoais e sociais, bem como o restabelecimento de relações de suporte social (familiares, amigos, instituições) que possam auxiliar na futura liberdade (Marques, 2008).

Em sentido semelhante, Gonçalves (1998) aborda a questão do tratamento penitenciário, considerando que este se prende não só com a aplicação de medidas penitenciárias, que estão relacionadas com o próprio regime legal, mas também com o aspeto mais terapêutico do tratamento. Esta segunda dimensão relaciona-se com “a ação levada a cabo junto do delinquente, com vista a tentar modelar a sua personalidade com o objetivo de o afastar da reincidência e favorecer o seu enquadramento social” (Pinatel, citado por Gonçalves, 1998, p. 612). Contudo, Gonçalves (1998) acrescenta que o tratamento penitenciário deve seguir um plano individual de acompanhamento de cada recluso, de acordo com as características da pena e o estabelecimento em que este está inserido. Neste sentido, deverá, por um lado, existir uma preocupação com a adaptação do indivíduo ao meio prisional e, por outro, com a promoção de competências psicológicas e sociais que lhe permitirão retornar com sucesso à vida em liberdade, prevenindo, desta forma, a reincidência (Gonçalves, 1998). Além disso, o autor considera a importância de uma intervenção junto do indivíduo, mas também da organização prisional e da comunidade que o irá receber, dados os efeitos da estigmatização pela qual a maioria dos ex-reclusos passa (Gonçalves, 1998).

Por outro lado, a ausência dos serviços de saúde mental dentro dos EPs traz algumas consequências como: o aumento do risco de agressões, automutilação e suicídios; o acolhimento de novas entradas sem avaliação psicológica; estabelecimentos sem programa de controlo de adições; consultas de reclusos nos hospitais públicos e mais guardas para acompanhar e, eventualmente, pernoitar; serviços mínimos que não incluem saúde mental; e o não cumprimento das recomendações da Organização Mundial de Saúde, da Amnistia Internacional e do Human Rights Watch (OPP, 2014).

Serviços de saúde mental, no âmbito da psicologia clínica, pressupõem uma abordagem individualizada, a procura de resolução de conflitos, a intervenção em perturbações de personalidade ou treino de competências pessoais e interpessoais (Gonçalves, 1993). As medidas de intervenção que visam a não reincidência no crime envolvem a aprendizagem de competências educacionais e profissionais e a aquisição de competências pro-sociais (Gonçalves, 1993).

No que respeita à avaliação psicológica, os dados recolhidos são importantes não só ao nível de decisões terapêuticas, mas também no contexto do regresso do indivíduo à vida em

liberdade (Pedrosa & Dias, 2005). Os profissionais devem avaliar questões relacionadas com a gestão do cumprimento da pena, no EP ou em liberdade condicional, de acordo com o grau de perigosidade do indivíduo, bem como a probabilidade de manifestar comportamentos violentos e de reincidir (Pedrosa & Dias, 2005). Ao nível da reabilitação, a função do psicólogo passa pela elaboração de planos e programas de intervenção segundo as necessidades de cada indivíduo (Pedrosa & Dias, 2005).

Em Portugal, atualmente, existem cerca de 14 mil reclusos (Direcção-Geral da Política de Justiça [DGPJ], 2015; OPP, 2015) distribuídos pelos 49 EPs existentes, sendo que este número aumentou desde o ano de 2010 em cerca de 20,6% (DGPJ, 2015). Contudo, existem apenas 30 psicólogos no país, com horários a partir de cinco horas semanais (OPP, 2015). A redução da taxa de reincidência só será possível através de um conjunto de medidas que passam por uma mudança efetiva dos comportamentos das pessoas reclusas, bem como do seu reequilíbrio emocional e do desenvolvimento de competências essenciais para a sua adaptação à vida na sociedade (Rodrigues, 2015). Este processo é realizado, essencialmente, por psicólogos e através de uma ação contínua, apesar da continuidade destes serviços nas prisões portuguesas não ser assegurada (OPP, 2015). Além disso, a ausência de meios para a prática dos psicólogos neste contexto é incompatível com a ética, a deontologia e a eficácia das intervenções, contribuindo para o insucesso do sistema prisional na reintegração social dos reclusos e na prevenção da reincidência (Rodrigues, 2015).

Assim, perante a realidade das nossas prisões, com um rácio de cerca de 460 reclusos por cada psicólogo e com um horário tão reduzido, é possível imaginar a precariedade em que se encontram estes profissionais, cujo trabalho de reabilitação e reinserção da pessoa reclusa fica comprometido. Consideramos que, embora exista muito trabalho a ser efetuado junto desta população, não são dadas oportunidades de emprego aos profissionais devidamente habilitados para esse efeito.

Parte II – Trabalho de Estágio

2.1. Trabalho de Estágio

Durante o período de estágio tivemos a oportunidade de realizar e fazer parte de algumas atividades na instituição. De seguida, iremos descrevê-las em particular, à exceção das atividades e intervenções do âmbito psicológico, que serão descritas no ponto seguinte.

Participámos semanalmente nas reuniões de conselho técnico, das quais participam todos os técnicos d'O Companheiro, inclusive o Diretor. São discutidos assuntos inerentes ao funcionamento da instituição, nomeadamente novas entradas e saídas de residentes, discussão

de casos e ações relevantes dos mesmos, dados relativos aos diferentes serviços da instituição, balanço das atividades realizadas, atividades a realizar e todas as outras questões que se consideravam pertinentes ser do conhecimento de todos os elementos. É nestas reuniões que os elementos dos diferentes serviços têm a oportunidade de transmitir informações relativas aos mesmos com vista a informar os restantes. Neste sentido, é criado um espaço para discussão, mas também de reflexão, com fim a otimizar o trabalho da equipa e os serviços providenciados aos clientes. Ao nível pessoal pudemos aprender a dinâmica de uma equipa multidisciplinar: ao mesmo tempo que contribuímos com informações sobre os nossos casos, ouvimos as perspetivas dos restantes técnicos, com conhecimentos diferentes dos nossos, para, assim, podermos integrar na concetualização e intervenção dos nossos casos. Neste âmbito contribuímos, assim, algumas vezes, com os nossos pontos de vista e pudemos, também, elaborar algumas atas das respetivas reuniões.

Participámos, ainda, em algumas reuniões de equipa técnica que são realizadas apenas com os elementos da equipa técnica, com fim a discutir assuntos relativos a atividades da instituição, bem como discutir casos de clientes. Aqui, podem ser expostas dúvidas acerca dos acompanhamentos que os estagiários estão a realizar.

O Diretor deu início ao Conselho de Ética e Deontologia, do qual participámos, juntamente com psicólogas e estagiárias de psicologia. Estas reuniões têm como objetivo discutir assuntos e realizar atividades relativos a este âmbito. Foram abordadas questões relativas à avaliação psicológica e inclusive foi discutido e redefinido o protocolo de avaliação aplicado. Além disso, distribuíram-se, pelos elementos deste Conselho, casos de clientes que passaram pelo O Companheiro e que foram, de alguma forma, marcantes. O objetivo foi redigir o percurso de vida e o percurso pela instituição de cada um dos clientes para serem elaborados posters e apresentados, posteriormente, nas IV Jornadas do O Companheiro.

Durante este período participámos e auxiliámos na organização de diversas atividades, como eventos desportivos para angariação de bens alimentares; ações de divulgação e de angariação de voluntários; eventos da instituição, como as III e IV Jornadas do O Companheiro; festas temáticas realizadas para os clientes; o Mercado de Benfica e o Arraial de Benfica. Estas atividades permitiram ter conhecimento de outra componente do trabalho das instituições, que se prende com o contacto com a comunidade e a sensibilização da mesma para a problemática principal da população que estas apoiam. Além disso, no âmbito do projeto das Equipas de Rua estivemos durante o mês de março e de abril de 2015 a participar em ações de rua, nomeadamente, através da informação à população e distribuição

de folhetos d'O Companheiro, com o objetivo de dar a conhecer à comunidade o trabalho do mesmo. Realizámos o registo fotográfico das ações para posterior publicação e divulgação nas redes sociais. Ao participar em todas estas atividades que envolveram a comunidade, sentimos alguma resistência e estigma, por parte das pessoas abordadas, em relação à população-alvo d'O Companheiro, principalmente quando realizámos as ações de divulgação na rua. Ficámos com a sensação que eram muitos os folhetos que distribuíamos e muitas as pessoas que abordávamos, mas poucas aquelas a quem realmente conseguíamos chegar e, portanto, o impacto pretendido era bastante reduzido. Daí, surgiu a ideia de realizar um *flash mob*, onde seria possível envolver um maior número de participantes e criar um maior impacto, não só no momento da apresentação, mas, também, posteriormente, através da divulgação do seu registo pelas redes sociais. Dessa forma, durante os meses de setembro de 2015 a fevereiro de 2016, continuámos a colaborar na instituição como voluntárias e participámos em ensaios para três *flash mob* distintos, que decorreram em Lisboa. Fizeram parte deste projeto alguns elementos da equipa técnica d'O Companheiro, bem como voluntários que se quiseram juntar a esta causa, com o intuito de divulgar a instituição. Esta atividade permitiu trabalhar em conjunto para um objetivo comum da instituição, num ambiente mais descontraído e informal, que consideramos igualmente importante no âmbito do trabalho em equipa.

No início do estágio, propusemos à instituição a realização de uma reunião de informação pública de Alcoólicos Anónimos. Visto o alcoolismo, bem como o consumo e abuso de outras substâncias, ser uma problemática comum entre a população-alvo d'O Companheiro, considerámos pertinente existir a disseminação de informação neste sentido. Estas reuniões são realizadas voluntariamente por pessoas que prestam serviço dentro da comunidade de Alcoólicos Anónimos e, por isso, uma das vantagens é que não teria custos para a instituição. Os principais objetivos que se pretendiam com a realização deste evento era informar o público sobre esta comunidade, o seu funcionamento, esclarecer questões relativas ao alcoolismo e encaminhar – caso se aplique – intervenientes para os grupos de autoajuda. Além disso, esta reunião serviria para aproximar a instituição da comunidade de Alcoólicos Anónimos, como entidades colaborantes no processo de reabilitação da pessoa. Outro aspeto que salientamos é que esta reunião, sendo aberta a todos, seria uma mais-valia não apenas para sensibilizar os clientes – com ou sem esta problemática –, mas também para informar técnicos (da instituição ou outros profissionais que se considerasse pertinente convidar) que, não escassas vezes, não têm um conhecimento aprofundado do que é o alcoolismo, bem como do funcionamento deste grupo de auto-ajuda. Contudo, esta atividade

não foi realizada, por indisponibilidade da instituição. O projeto da atividade é possível consultar no Anexo C.

Tivemos, ainda, a possibilidade de participar num *workshop* relacionado com o voluntariado europeu na área da justiça criminal e em apresentações sobre boas práticas nas prisões, do Observatório Europeu das Prisões. Desta forma, por um lado, ficámos a conhecer a realidade do voluntariado ao nível europeu através de diferentes parceiros que atuam neste âmbito; por outro lado, a conhecer a realidade praticada – bem como a que seria desejável – dentro das prisões nos vários países da Europa. Ficámos surpreendidos ao nos depararmos com as coisas que deveriam, mas ainda não estão a ser implementadas e praticadas dentro dos EPs. Percebemos que é um pouco por todo o mundo que os direitos desta população, enquanto comuns cidadãos, continuam a ser negligenciados, em função, talvez, de outros aspetos que o sistema considera mais essenciais. Por outro lado, foi gratificante ver que, ao mesmo tempo, pessoas distintas se juntam, sem fins lucrativos, para apoiar e fazer mais por esta população. Foi, assim, uma experiência importante para compreendermos o que atualmente se faz, o que pode ainda ser feito e para nos esperançarmos daquilo que um dia esta realidade se pode vir a tornar.

No âmbito do projeto “4^{as} Feiras Solidariedade Mais” – que tem como objetivo estender os serviços técnicos à comunidade –, juntamente com outra colega estagiária de psicologia, organizámos e dinamizámos o *workshop* intitulado “Treino de competências pessoais e sociais: técnicas de procura ativa de emprego I”. Esta atividade teve como objetivos gerais promover a cooperação e o trabalho em equipa; incentivar a aquisição ou aperfeiçoamento de competências pessoais e sociais; melhorar a eficácia da procura de emprego; promover a autonomia na procura ativa de emprego; e incentivar a procura ativa de emprego. Desta forma, procurou-se fomentar a inclusão psico-socio-profissional dos clientes através do treino de competências importantes neste âmbito. Para esse efeito, os objetivos específicos consistiram em informar os clientes sobre o funcionamento do GEFE e da procura de emprego; aprender a elaborar a documentação para uma candidatura a um emprego; identificar a importância da construção cuidada de um *Curriculum Vitae* e de uma carta de apresentação; e reconhecer a importância da reflexão sobre si próprio para a procura de emprego. Este *workshop* consistiu numa exposição teórica por parte das estagiárias e, por outro lado, por uma componente prática que visasse a participação ativa dos clientes e, simultaneamente, o trabalho em equipa. Consideramos que foi uma atividade, para nós, bastante proveitosa na medida em que nos permitiu colocar em prática e desenvolver competências de exposição oral – que pensamos nunca serem demais. Por outro lado, a esta

população é, por vezes, resistente a este tipo de atividades e algumas pessoas apresentam muitas dificuldades no âmbito da procura de emprego, nomeadamente na autonomização da mesma. Desta forma, esta atividade consistiu num desafio à nossa capacidade de dinamização e estimulação dos participantes para uma participação ativa, bem como de ensinar competências cruciais para a inserção no mercado laboral. O desafio prendeu-se, também, com esclarecer coisas que para nós, por vezes, parecem simples, mas que para outras pessoas não o são. Assim, foi necessário estarmos atentos, tolerantes e adequarmos a nossa linguagem ao público que tínhamos à nossa frente. Tendo em conta a avaliação que os clientes fizeram do *workshop*, que foi recolhida por meio de um questionário, bem como o *feedback* informal que nos foi dado por alguns dos participantes, podemos considerar os resultados bastante positivos. A apresentação em *powerpoint*, bem como o relatório da atividade com o balanço da mesma, encontram-se em anexo (Anexo D).

Foram, também, realizadas outras tarefas na instituição, tais como a organização e gestão da terapêutica de cada residente, por nós efetuada semanalmente, além do auxílio na toma assistida de medicamentos. Foram realizados testes de despiste de consumo de estupefacientes e vistorias à residência, que são realizadas semanalmente por diferentes técnicas, com fim a averiguar a arrumação dos quartos e armários e a presença de possíveis objetos não permitidos (e.g., armas brancas, drogas, etc.). Além disso, auxiliámos, ainda, na organização e distribuição de vestuário no Banco de Roupas.

Desde o mês de janeiro de 2015, estivemos, semanalmente, a colaborar nas atividades do GEFE. Tivemos a oportunidade de realizar entrevistas do âmbito deste gabinete, que procuram conhecer as necessidades e potencialidades da pessoa ao nível da educação, da empregabilidade e da formação. Auxiliámos os clientes na procura e envio de respostas às ofertas de emprego, bem como na elaboração de currículos, procurando, desta forma, personalizar ao máximo o atendimento a cada cliente. Além disso, fornecemos apoio em diversas tarefas, como o preenchimento de fichas de inscrição para formações, juntamente com os clientes; o envio de respostas a ofertas de emprego quando não foi possível efetuá-lo com os clientes; o apoio em atividades do âmbito do gabinete; entre outras. Embora este não seja um trabalho diretamente ligado à psicologia clínica, consideramos que foi uma experiência bastante importante, uma vez que, na procura de emprego, pudemos contribuir para a promoção da autonomia dos clientes, tendo, simultaneamente, a oportunidade de ter um contacto mais próximo com os mesmos. Além disso, pudemos ter conhecimento do trabalho efetuado por parte da técnica psicossocial – formada em psicologia – responsável

pelo gabinete, mostrando-nos outra perspetiva do papel que um psicólogo pode assumir neste contexto, igualmente importante.

Outro ponto que consideramos importante referir é o facto de O Companheiro ter proporcionado várias oportunidades de formação interna que enriqueceram bastante o período de estágio e algumas das quais relevantes para o papel do psicólogo. Primeiramente, a formação em Higiene e Segurança no Trabalho que permitiu adquirir novos conhecimentos, embora alguns pouco aplicáveis à instituição e ao trabalho do psicólogo, mas, ainda assim, úteis. A formação em Técnicas de Socorrismo, por outro lado, que consideramos essencial e que forneceu conhecimentos e competências não só proveitosas no contexto do local de estágio, mas também na vida quotidiana. A formação sobre o instrumento de avaliação SAPROF, bastante vantajosa, uma vez que tomámos conhecimento de uma nova medida igualmente útil e até então desconhecida, que passou a fazer parte do protocolo de avaliação aplicado na instituição. A formação sobre Doenças Infeciosas permitiu recordar alguns conhecimentos e adquirir outros igualmente importantes. O Companheiro proporcionou-nos, ainda, uma visita à Quinta do Cavalo Kiron, em Fontanelas, que nos permitiu ter um contacto com o trabalho realizado no âmbito da terapia assistida por equinos. Observámos uma outra forma de se trabalhar com a pessoa, nomeadamente, no contexto da inserção social de reclusos. Por fim, participámos numa formação sobre Coaching, um processo que também poderá beneficiar a pessoa, nomeadamente, ao nível de mudanças positivas no seu bem-estar e qualidade de vida, do trabalho de aspetos como o autoconhecimento, a autoconfiança, a motivação, entre outros, em qualquer área da vida da pessoa.

No âmbito das reuniões de conselho técnico realizámos uma apresentação sobre o instrumento de avaliação PCL-R com o intuito de dar a conhecer a toda a equipa, principalmente aos técnicos sem formação na área da psicologia, uma das medidas utilizadas nas avaliações psicológicas realizadas n'O Companheiro. Esta atividade permitiu-nos estudar esta medida em particular, aprofundando os nossos conhecimentos sobre a mesma.

Por fim, a pedido da direção, desenvolvemos uma nova rubrica da instituição, denominada “Ser Companheiro”, que consistiu na recolha e registo, por meio audiovisual, de testemunhos de clientes, colaboradores e voluntários. O objetivo foi divulgar, através das redes sociais, o trabalho realizado dentro da instituição e a importância e o impacto que esta tem na vida de cada pessoa. Consideramos que este trabalho foi bastante relevante e, por outro lado, gratificante, na medida em que ficámos a perceber a real importância que esta instituição pode ter na vida de um ex-recluso e dos seus familiares, dito pelos próprios. Desde o apoio nas necessidades básicas, como a alimentação, até à “família” que estas pessoas

encontram n'O Companheiro. Possibilitou-nos, também, a aproximação com os clientes e o desenvolvimento de empatia; alguns acabavam por nos contar um pouco da sua história, permitindo, assim, um contacto mais próximo com cada um.

Em suma, desenvolvemos e participámos em atividades muito distintas que fazem parte da realidade deste tipo de instituições que trabalham ao serviço da comunidade. Ainda que nem todas sejam do âmbito da psicologia, consideramos que fazem parte de um trabalho global com e para a pessoa, pelo que são igualmente importantes. Nesse sentido, foi essencial ter contacto com todas, contribuindo não só para a nossa aprendizagem ao nível mais técnico – no que respeita, por exemplo, às diferentes reuniões realizadas na instituição –, como também pessoal e humano, nomeadamente na tomada de consciência da problemática da reinserção social de (ex) reclusos e na relação com o outro.

2.2. Trabalho de Estágio – Intervenções Psicológicas

Neste ponto do relatório, iremos apresentar o trabalho desenvolvido no âmbito das intervenções psicológicas, especificamente, as avaliações psicológicas e os acompanhamentos realizados.

2.2.1 Avaliações psicológicas.

No início do estágio foi-nos possível, ainda antes de observar e realizar alguma avaliação psicológica, transcrever os dados de PCL-Rs que outras colegas realizaram, cotar dois testes e elaborar um relatório de avaliação psicológica de uma dessas avaliações, juntamente com a técnica que a realizou. Neste sentido, permitiu-nos ter um contacto prévio com as provas, ajudando-nos a compreendê-las melhor antes de as aplicar e tirar algumas dúvidas. Além disso, a discussão com as colegas possibilitou a partilha de ideias e a aquisição de conhecimentos e formas de proceder que, até então, desconhecíamos. Posteriormente, foram realizadas avaliações psicológicas de acordo com o protocolo predefinido na instituição. Depois do período de observação, que nos permitiu adquirir conhecimento sobre a aplicação dos instrumentos, as avaliações foram realizadas autonomamente, juntamente com outra técnica (psicóloga ou estagiária de psicologia).

N'O Companheiro as avaliações psicológicas são realizadas a todas as pessoas que efetuam um pedido para integrar na residência e/ou a pessoas que estejam detidas, mas que estejam a beneficiar, pela primeira vez, de uma LSJ na instituição.

Quando integramos a instituição, o protocolo de avaliação consistiu nos seguintes instrumentos: 1) MMSE; 2) PCL-R; e 3) PDQ-4+. Posteriormente, o protocolo foi redefinido, sendo que o PDQ-4+ foi substituído pelo Mini-Mult e foi adicionado o BIP, este último

apenas para as avaliações que têm como motivo um pedido de residência.

Complementarmente, é realizada uma avaliação de risco com os instrumentos HCR-20 e SAPROF. Em seguida, apresentamos cada um dos testes utilizados.

Começando pelo MMSE, este instrumento de rastreio foi desenvolvido por Folstein, Folstein, e McHugh (1975) para classificar o défice cognitivo. Concentra-se, assim, nos aspetos cognitivos das funções mentais (Folstein, Robins, & Helzer, 1983), como a orientação espacial e temporal, a atenção e o cálculo, a retenção, a evocação, a linguagem e a habilidade construtiva. O estudo de adaptação da tradução, em Portugal, foi publicado por Guerreiro et al., em 1994, sendo que os valores normativos pelos quais nos guiámos para as avaliações realizadas foram os aferidos por Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, e Martins (2009). Esta medida apresenta boa fidelidade, com um alfa de Cronbach no valor de 0.89 (Guerreiro et al., citado por Morgado et al., 2009).

A PCL-R foi desenvolvida por Hare, em 1991, e consiste numa entrevista semiestruturada que pretende avaliar o grau de psicopatia, particularmente, em populações forenses. Esta inclui questões relacionadas com a história escolar, a história profissional, os objetivos profissionais, a situação económica, a saúde, a vida familiar, o relacionamento interpessoal/sexual, o consumo de drogas, o comportamento antissocial na infância e na adolescência e o comportamento anti-social adulto. A cotação é feita através de uma escala de 20 itens, num total de 40 pontos, composta por dois fatores: 1) interpessoal/afetivo, que avalia aspetos como o mentir patológico e a superficialidade afetiva; 2) comportamental, que analisa características como a irresponsabilidade e a delinquência juvenil. A versão original da PCL-R apresenta todos os índices relevantes de consistência interna, fidelidade e validade exigíveis (Hare, citado por Gonçalves e Salém, 2002) e a versão portuguesa revela, igualmente, o mesmo espetro fatorial do instrumento original (Gonçalves, citado por Gonçalves & Salém, 2002). Um estudo mais recente com ofensores portugueses mostra, também, que este instrumento apresenta uma boa validade preditiva no que respeita à reincidência violenta, não violenta e geral (Neves, Gonçalves, & Palma-Oliveira, 2011). A tradução e adaptação para a população portuguesa foi realizada por Gonçalves, em 1999.

O PDQ-4+ foi elaborado por Hyler, em 1994, e consiste num questionário de autoavaliação para avaliar critérios para as dez perturbações de personalidade presentes no DSM-IV, mais duas presentes no apêndice B do mesmo manual: 1) Paranóide (7 itens); 2) Esquizóide (7 itens); 3) Esquizotípica (9 itens); 4) Histriónica (8 itens); 5) Narcisista (9 itens); 6) Borderline (9 itens); 7) Antissocial (8 itens); 8) Evitante (7 itens); 9) Dependente (8 itens); 10) Obsessiva-compulsiva (8 itens); 11) Negativista (7 itens); 12) Depressiva (7 itens).

Existem, ainda, duas escalas de validade denominadas “Too Good” – composta por 4 itens –, que visa detetar a omissão de dificuldades, e “Suspect Questionnaire” – composta por 2 itens –, que objetiva detetar respostas que estão associadas à seriedade e mentira (Bagby & Farvolden, 2004). Este questionário é composto por 99 itens de resposta verdadeira ou falsa. A contagem do número total de respostas verdadeiras – exceto as que dizem respeito às escalas de validade – fornece informação acerca da presença (ou não) de uma perturbação ao nível da personalidade. Este instrumento não apresenta nenhum manual (Bagby & Farvolden, 2004), não existindo, publicado ou não publicado, material relativo às propriedades psicométricas ou de validade do PDQ-4+ realizado pelo autor original (Henriques-Calado, 2014). Dada a inexistência de informação sobre a cotação do mesmo, na instituição esta é realizada através de uma folha de Excel elaborada para esse efeito.

Contudo, têm sido realizados estudos que mostram que, no geral, as propriedades psicométricas do PDQ-4+ são satisfatórias, tanto na versão original, como em versões adaptadas a outras línguas e culturas (e.g., Calvo et al., 2012; Ling, Qian, & Yang, 2010). Além disso, existem, estudos realizados em populações prisionais cujas propriedades psicométricas se revelaram, igualmente, satisfatórias (e.g., Abidin et al., 2011; Davison, Leese, & Taylor, 2001). Outro aspeto que constitui uma desvantagem é que este instrumento pode produzir um número excessivo de falsos positivos, quando comparado com resultados de entrevistas estruturadas ou clínicas (Henriques-Calado, 2014). Salienta-se que existem autores que sugerem que o PDQ-4+ pode ser um instrumento útil como rastreio para detetar a presença ou ausência de perturbações de personalidade, mais do que distinguir com precisão entre as mesmas (e.g., Calvo et al., 2012; Davison et al., 2001). Foi realizada uma tradução para português, por Baptista, em 1994, e, mais recentemente, Henriques-Calado (2014) procedeu à tradução e adaptação do mesmo para o seu estudo de investigação.

O Mini-Mult, elaborado por Kincannon, em 1968, é uma versão reduzida do Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), desenvolvido por Hathaway e McKinley, em 1943. Este instrumento pretende descrever traços de personalidade específicos, explorando diferentes aspetos da personalidade normativa e patológica (Lopes, Barreira, & Pires, 2001). Permite uma aplicação mais rápida, uma vez que é constituído por 71 itens (em vez de 566) que correspondem a escalas de validade e clínicas do MMPI, com exceção da escala da masculinidade-feminilidade, que não consta nesta versão (Felizardo, 2005). As escalas de validade designam-se escala de mentira (L), a escala de infrequência (F) e a escala de correcção (K), compostas por três, oito e oito itens, respetivamente. As escalas clínicas são: 1) Hipocondria (7 itens); 2) Depressão (16 itens); Histeria (17); Psicopatia (13 itens);

Paranóia (9 itens); Psicastenia (10 itens); Esquizofrenia (14 itens); Hipomania (8 itens) A cotação das escalas resulta na elaboração de um gráfico que aponta para a existência de patologia (notas T acima de 65) ou para valores normativos (notas T entre 50 e 65). Atualmente, não existem estudos de validação para a população portuguesa.

O BIP é um questionário de autoavaliação que visa medir aspetos relacionados com a eficácia profissional e foi desenvolvido por Hossiep e Paschen, em 1998, na Alemanha. Este instrumento é composto por 14 escalas organizadas em quatro domínios. No domínio da motivação profissional incluem-se as escalas da motivação para o sucesso, motivação para empreender e motivação para liderar. O domínio das competências centradas na tarefa é composto pelas escalas da meticulosidade, flexibilidade e orientação para a ação. Nas competências sociais incluem-se as escalas da inteligência social, desenvolvimento de relações, sociabilidade, orientação para a equipa e poder de influência. Por fim, o domínio da estrutura psicológica individual é constituído pelas escalas da estabilidade emocional, resiliência e autoconfiança. Este instrumento pode, ainda, ser complementado com um questionário de heteroavaliação. A adaptação portuguesa do BIP foi realizada por Machado, Rocha e Ferreira (2007) e as escalas apresentam, no mínimo, valores de alfa de Cronbach considerados bons, entre 0.68 e 0.87. A exceção refere-se à escala de motivação para empreender que apresenta um valor de 0.56.

No que respeita à avaliação de risco, a versão do HCR-20 utilizada na instituição é a segunda versão, que foi elaborada por Webster, Douglas, Eaves, e Hart, em 1997, e pretende avaliar o nível de risco para a violência, sendo aplicável em vários contextos. Este instrumento consiste numa escala composta por 20 itens que podem ser agrupados em três subescalas, correspondentes ao passado, presente e futuro, respetivamente: 1) Histórica (10 itens); 2) Clínica (5 itens); e 3) Gestão de risco (5 itens). Os itens são codificados numa escala de três pontos (0, 1 ou 2) de acordo com o grau de certeza sobre a presença ou ausência dos fatores de risco. Podem, ainda, ser considerados omissos se não houver informação disponível acerca dos itens em causa ou se é considerado que a informação existente não é fiável. O resultado da avaliação global pode ser baixo, moderado ou elevado. A tradução para português foi realizada por Neves e Gonçalves, em 2006. O estudo de Neves et al. (2011), que procurou replicar e estender as propriedades psicométricas do HCR-20, bem como da PCL-R, demonstra uma boa validade preditiva no que respeita à reincidência.

O SAPROF, por outro lado, é um instrumento que avalia fatores protetores para o comportamento violento e foi desenvolvido por De Vogel, Ruiters, Bouman, e De Vries Robbé, em 2009. Este foi desenvolvido para ser utilizado em combinação com outro

instrumento de avaliação de risco, neste caso o HCR-20. É composto por 17 itens divididos em itens internos (5), itens motivacionais (7) e itens externos (5). Os itens são cotados à semelhança do HCR-20 e todos, com exceção dos itens 1 e 2, são dinâmicos e deverão ser cotados tendo como referência o futuro próximo – cerca de 6 meses. Posteriormente, devem ser identificados os itens críticos, isto é, os fatores protetores que são essenciais para a prevenção do comportamento violento. Se o efeito protetor já estiver presente no momento, o item deve ser assinalado como um “item-chave”; por outro lado, deverá ser assinalado como “objetivo” quando se considera que o efeito protetor poderá existir depois da intervenção – com exceção dos dois primeiros itens, uma vez que correspondem a variáveis estáticas. Deverão ser assinalados, no máximo, três itens-chave e três objetivos. No final, deverá ser classificado o nível de proteção e, de seguida, o nível de risco final – baixo, moderado ou elevado. A tradução para a língua portuguesa foi realizada por Neves e Soeiro, em 2011. Este instrumento apresenta uma boa validade preditiva relativamente à reincidência violenta, não violenta e geral. Além disso, apresenta bons resultados de precisão interjuízes, particularmente para a pontuação total do SAPROF e para a avaliação final integrativa de risco (Neves & Soeiro, 2014).

A ordem de aplicação destas medidas de avaliação foi a seguinte: MMSE, PDQ-4+/Mini Mult, PCL-R e BIP (quando aplicável). Posteriormente à sessão de avaliação, realiza-se a avaliação de risco pelo HCR-20 e pelo SAPROF. O MMSE foi a primeira medida a ser aplicada, requerendo níveis de atenção e concentração mais estáveis e servindo, igualmente, de despiste para a aplicação dos restantes instrumentos, por exemplo, no que respeita a dificuldades na leitura. Além disso, uma vez que contém algumas perguntas que para a maioria dos clientes são simples, pode servir, na nossa perspetiva, quase como um “quebra-gelo” para o desconforto que pode causar uma situação de avaliação. Após algumas avaliações observámos que era usual os clientes ficarem mais saturados com o decorrer do tempo, o que poderia comprometer os resultados do último instrumento a ser aplicado. Nesse sentido, o PDQ-4+ e o Mini-Mult são aplicados antes da PCL-R, por exigirem uma atenção mais focada. O BIP, realizado apenas nas avaliações em que era efetuado um pedido de residência por parte do cliente, foi o último a ser aplicado. A avaliação de risco, por ser efetuada com base numa avaliação prévia com outros instrumentos (e.g., PCL-R), é a última a ser realizada, já posteriormente à sessão de avaliação. Habitualmente, o protocolo é aplicado por completo numa única sessão, uma vez que, muitas vezes, os clientes permanecem na instituição por um curto período de tempo. Quando possível, o protocolo é aplicado em duas sessões, principalmente, quando é necessário aplicar o BIP.

Com a aplicação deste protocolo pré-definido, perspetivamos a avaliação como um “rastreo”. Objetiva-se identificar aspetos do funcionamento do indivíduo, por um lado, positivos e que representem fatores protetores e, por outro, aspetos que necessitem de ser trabalhados com vista a uma integração psico-socio-profissional bem-sucedida na sociedade. Mediante os resultados da avaliação é emitido um parecer relativo à integração da pessoa na residência. Ainda que não seja realizado um pedido de residência no momento da avaliação, é sempre emitido um parecer nesse sentido, uma vez que acontece existirem clientes que o efetuam mais tarde. O mesmo se aplica à proposta de intervenção psicossocial, que é sempre realizada no âmbito do relatório de avaliação psicológica.

Ao longo dos meses de estágio, participámos em sete avaliações psicológicas, sendo que duas foram observadas. Das restantes, em duas procedemos à aplicação do protocolo por completo e as outras três foram realizadas conjuntamente com outra estagiária de psicologia, pelo que a administração dos instrumentos foi dividida com a mesma. Na Tabela 1, é possível consultar a informação sobre as avaliações realizadas.

No início das avaliações foi sempre explicado o objetivo da avaliação, bem como os termos de confidencialidade. Dado o carácter íntimo das questões realizadas na PCL-R e tendo em conta que era utilizado um gravador aquando da realização da mesma, seria de esperar que, acrescido ao facto de se tratar de uma situação de avaliação, os clientes se sentissem desconfortáveis e apreensivos. Como tal, explanou-se que a gravação cumpria exclusivamente o propósito de transcrição, visando deixar os clientes o mais à vontade possível e procurando fazer daquele espaço um espaço seguro. Por outro lado, dada a situação em que os clientes se encontram (e.g., detidos, em liberdade condicional), é suscetível que julguem que a informação recolhida possa constituir um benefício ou prejuízo para a mesma, pelo que se procurou esclarecer que nenhuma das situações se verificava.

Tabela 2

Avaliações psicológicas realizadas no âmbito do estágio

Cliente	Data	Pedido	Notas
C.	05.12.2014	Integração na residência no âmbito de LSJ	Observada
D.	20.02.2015	Integração na residência no âmbito de LSJ	Observada
E.	20.02.2015	Integração na residência no âmbito de LSJ	MMSE, PDQ-4+, PCL-R
F.	26.03.2015	Integração na residência	MMSE e PDQ-4+
G.	14.04.2015	Integração na residência no âmbito de LSJ	MMSE, Mini-Mult, HCR-20 e SAPROF
B.	24.04.2015	Integração na residência	MMSE, Mini-Mult, PCL-R, BIP, HCR-20 e SAPROF
H.	11.06.2015	Integração na residência	PCL-R, BIP, HCR-20 e SAPROF

2.2.2. Acompanhamentos psicológico e psicossocial.

No que respeita a acompanhamentos psicológicos, tivemos, inicialmente, a oportunidade de começar um acompanhamento psicológico a uma cliente (não residente, beneficiária de outras valências da instituição), a pedido da própria. Apesar de apenas ter sido possível realizar três sessões, dado que a cliente abandonou o processo, consideramos que foi muito importante, pois possibilitou o primeiro contacto direto com o trabalho clínico, permitindo colocar em prática a recolha da história clínica e, dessa forma, desenvolver competências neste âmbito, tais como a escuta activa, o desenvolvimento de empatia e de uma relação de confiança. A síntese das sessões realizadas com esta cliente, bem como a sua história clínica, pode ser consultada em anexo (Anexo E). Contudo, salientamos que não será realizada a sua discussão clínica no presente trabalho por ter sido um processo muito breve.

Posteriormente, realizou-se um acompanhamento psicossocial com um cliente residente. Este acompanhamento visa apoiar os residentes d'O Companheiro nos processos inerentes ao seu PII, tais como a integração na residência e no trabalho, as relações interpessoais e familiares, a consecução de objetivos de vida definidos no PII, entre outros, inclusive

assuntos que os clientes queiram abordar na sessão. Desta forma, o pedido de acompanhamento não é feito pelo próprio cliente, mas é um requisito aquando da integração na residência.

De seguida, na Tabela 3, constam os dois casos acima referidos, apresentando-se o período durante o qual se estabeleceram os acompanhamentos.

Tabela 3

Acompanhamentos realizados no âmbito do estágio

Cliente	Tipo de acompanhamento	Data de início	Data de término	N.º de sessões
A.	Acompanhamento psicossocial	25.11.2014	30.06.2015	18
M.	Acompanhamento psicológico	20.11.2014	19.12.2014	3

2.3. Apresentação e Discussão Clínica dos Casos

Devido ao número reduzido de sessões que foi possível realizar no acompanhamento psicológico do caso M., optamos por apresentar e discutir, de seguida, outros dois casos – um acompanhamento psicossocial e uma avaliação psicológica, respetivamente.

2.3.1. Acompanhamento psicossocial – caso A.

Dado que o cliente já tinha realizado a avaliação psicológica, aquando da sua entrada na instituição, portanto, antes de iniciar o acompanhamento psicossocial connosco, já tínhamos tido acesso a algumas informações relativas à história clínica, através da PCL-R. Contudo, durante as sessões fomos recolhendo outras que faltavam e foram abordadas com o cliente outras informações de que já tínhamos conhecimento mas que ainda não tinham sido faladas. Pretendíamos que fosse o próprio a relatar-nos as informações, no sentido de auxiliar o desenvolvimento de uma relação de confiança e empatia. Ressalvamos que alguns dados relativos à história clínica são incoerentes, verificando-se algumas discrepâncias nos factos relatados aos diferentes técnicos, tal como a nós, em diferentes momentos do processo. Além disso, algumas informações são vagas devido à dificuldade, por parte do cliente, de se recordar dos eventos e pela desorganização temporal que, por vezes, se verifica no discurso do mesmo. Este aspeto será discutido posteriormente.

A., foi condenado a uma pena de prisão de cinco anos e seis meses e saiu em liberdade condicional ao fim de quatro anos. Após a sua libertação, encontrava-se a receber apoio em

outra associação. Foi, então, encaminhado pela mesma para realizar um pedido de residência n'O Companheiro, onde já era cliente no GEFE. Segue-se a sua história clínica.

História clínica de A.

A., nascido em 1980, foi criado pelos seus pais naturais com poucas condições económicas e num bairro social, entre a prostituição. O seu pai, trabalhador da construção civil, foi para o estrangeiro cedo, tendo a sua mãe, que trabalhava como empregada de limpeza, ficado a tomar conta de si e dos seus irmãos sozinha. Na entrevista PCL-R, o cliente afirmou ter seis irmãos, porém, durante o acompanhamento referiu ter 10 irmãos. Um deles já teve, em adulto, contactos com o sistema judicial por roubo de carros. Refere que tinha um bom relacionamento com os seus irmãos, exceto com um, por incompatibilidade de formas de estar na vida, nomeadamente, porque este ainda vive dependente dos recursos dos pais. Menciona que com os seus pais se dava bem e que estes eram afetuosos consigo, apesar de o seu pai beber muito. Estes, entre si, discutiam, mas refere que não existiam ofensas físicas porque não o permitia.

No que respeita à infância, A. refere não ter muitas recordações concretas. Em avaliação psicológica refere ter entrado na escola com 10 anos e ter completado o 4º ano. Contudo, após alguns contactos por parte da instituição, verificou-se que apenas concluiu o 2º ano, numa escola para alunos com necessidades educativas especiais, não sabendo ler nem escrever. O seu percurso escolar foi pautado por fugas, três expulsões por agressão a colegas e mau comportamento, verbalizando que “fugia por causa das companhias”. A. colocava-se frequentemente em brigas com colegas, agredindo-os por se sentir excluído pelos mesmos: “riam-se de mim e eu não gostava”, considerando que não tinha amigos. Fora da escola cometia furtos. Refere que nunca reprovou, mas que deixou de frequentar a escola aos 15 anos, após uma expulsão. A. verbaliza que gostava da escola, mas que entrou no crime cedo, com 12 anos, nomeadamente por venda de droga e furtos. Após deixar a escola, refere que a sua mãe o colocou num colégio. A informação que o cliente relata a este respeito é vaga, alegando que não se recorda muito bem dessa altura. Porém, refere que não era um colégio interno, uma vez que a mãe o ia buscar.

Não tendo chegado a sair de casa dos pais, A. relata que roubava carros e assaltava pessoas na rua, não sabendo especificar a sua idade, mas referindo que era jovem; “eu arrependia-me logo a seguir, era pela revolta e pela necessidade”.

A. tinha 16 anos quando foi preso preventivamente, pela primeira vez, por sequestro e por roubos. Segundo afirma, fazia parte de um grupo que assaltou 40 bombas de gasolina numa noite, de norte a sul do país. A primeira vez que cumpriu pena efetiva foi condenado a

três anos e três meses, igualmente por roubos. Após ser libertado, devido a um assalto a uma residência, usufruiu de uma pena suspensa de três anos. O último crime consistiu em tentativa de homicídio, durante um assalto. Tendo sido condenado a cinco anos e seis meses, cumprindo, efetivamente, quatro anos e saído em liberdade condicional.

Os seus crimes, descreve, eram sempre planeados, principalmente por si que se intitulava o cabecilha, e cometidos sozinho ou em grupo. Geralmente, encontrava-se alcoolizado quando cometia os furtos de automóveis – dos quais era o condutor – e às habitações. Quando questionado sobre qual considera ser o crime mais grave que cometeu, A. menciona o sequestro de uma pessoa, referente à segunda condenação, “não lhe fiz mal, roubei-lhe o carro, meti-a no porta-malas e fomos ao multibanco levantar o dinheiro; era *carjacking*”. Entre os vários crimes que cometeu ao longo da sua vida, segundo o que relata, contam-se, sequestro, *carjacking*, roubos e furtos, condução sem habilitação legal, venda de droga, tráfico de armas e tentativa de homicídio. Após ter saído da prisão da última vez, em liberdade condicional, assume que continuou a praticar crimes e que parou antes de procurar apoio n’O Companheiro.

A. assume a responsabilidade pelos seus crimes, afirmando que muitas vezes tentou deixar a vida do crime, mas “sempre que queria deixar o crime aparecia uma pessoa a dizer vamos ali, vamos roubar aqueles carros”. Além disso, alega estar arrependido pelo facto de os crimes terem “desgraçado” a sua vida, assumindo que fez coisas erradas. Por outro lado, afirma que faria tudo por dinheiro.

No que respeita à sua vida familiar, A. juntou-se com uma mulher com quem veio a ter dois filhos – um menino e uma menina – e com quem viveu durante cinco anos. Diz que estava apaixonado e que o relacionamento era estável. Por outro lado, diz que discutiam muito e “de vez em quando” tinham disputas físicas, de ambas as partes. Por exemplo, A. conta um episódio em que estava em casa com a sua companheira e uma amiga da mesma. A companheira teve um “ataque de ciúmes” e ameaçou-o a si e à amiga com uma faca. Ao nível de outros relacionamentos íntimos, refere que a maioria das suas parceiras sexuais foram conhecimentos casuais, assim como a parceira com a qual teve a primeira relação sexual.

No que respeita ao consumo de substâncias, A. relata que consumiu haxixe e que foi dependente de álcool. Quando questionado sobre o facto de as drogas já terem interferido na sua vida, confirma, referindo, “nem vale a pena contar, mas metia-me em brigas, eu era uma pessoa muito violenta (...) era agressivo, virava-me contra as pessoas e elas fugiam de mim”.

No que respeita ao seu histórico profissional, trabalhou em construção civil “muitos anos, uns 10” e, dentro da prisão, na jardinagem. A. declara que nunca teve problemas no

emprego devido ao consumo de substâncias. Após sair da prisão, em liberdade condicional, procedia à procura de emprego no O Companheiro, referindo realizar alguns “biscates” para se sustentar. Depois de sair da prisão, recebeu apoio noutra associação, mas, devido a algum mau ambiente que lá encontrava e que não apreciava, procurou apoio ao nível da residência no O Companheiro.

A. apresenta-se, aquando da avaliação psicológica, como sendo “doente da cabeça” e sentindo “traumas na cabeça”. Refere-se ao seu “problema espiritual que ninguém pode curar” e, quando lhe é pedido para explicar o que sente, refere que não consegue dormir devido a uma bruxaria que a sua sogra ou ex-mulher fizeram contra si. À data da avaliação psicológica, em setembro de 2014, os sintomas traduziam-se em alucinações auditivas “há muito tempo”, desde que os seus avós morreram, quando era criança. As vozes que ouvia a falarem consigo diziam-lhe para “matar a cabeça”, o que fez com que cometesse duas tentativas de suicídio. Por outro lado, durante as sessões de acompanhamento, o cliente referiu que estes sintomas tiveram início após ter saído do EP. Para além das referidas alucinações, relatava, também, alucinações cinestésicas, especificando que sentia os “espíritos” ou o diabo a entrarem e percorrerem o seu corpo; estas eram as mais predominantes. Em outro momento do processo referiu nunca ter tido alucinações auditivas.

Ao nível da medicação, enquanto detido, refere que tomava medicação para dormir, receitada pelo médico dentro da prisão, o que lhe causava alguma revolta. Depois de integrar a residência, foi articulado com o médico de família o encaminhamento para consulta de urgência de psiquiatria, na qual foi imediatamente medicado. Posteriormente, teve a primeira consulta de psiquiatria, sendo-lhe ajustada a terapêutica para Ciamemazina 100 mg (um comprimido ao jantar), Flurazepam 15 mg (um comprimido ao jantar), Olanzapina 5 mg (um comprimido ao pequeno-almoço, ao jantar e ao deitar) e Diazepam 5 mg (um comprimido ao pequeno-almoço e ao jantar).

Quando saiu do EP foi para casa dos seus pais, da qual acabou por sair, alegando que a polícia o começou a perseguir, pensando que continuava a cometer crimes. Não querendo preocupar os pais, mudou-se para uma associação. Nessa transição ainda permaneceu na rua alguns dias.

Atualmente, encontra-se separado da mãe dos seus dois filhos. O relacionamento que mantém com o filho mais velho é mais próximo do que aquele que mantém com a filha. Refere que, pelo facto de ter estado detido, não teve a oportunidade de se relacionar muitas vezes com a filha, uma vez que esta era ainda muito pequena. Com os seus pais mantinha, também, à data da avaliação e no início do acompanhamento, uma relação distante, embora

refira que estes eram preocupados consigo enquanto estava detido. A. verbaliza que tem algum receio de se reaproximar dos pais sem ter a sua situação bem definida, sendo que o seu objetivo é orientar a sua vida para poder ajudar a sua mãe ao nível financeiro. Ainda no que respeita à sua rede de suporte, refere não ter amigos íntimos, apenas conhecidos.

À data da avaliação, descreve-se como uma pessoa agressiva, sendo esta a sua forma de lidar com algo que o deixa zangado. Em relação a si próprio, nessa altura, apresenta-se como uma pessoa com uma autoestima bastante elevada.

Avaliação psicológica de A.

Como referido, antes de iniciarmos o acompanhamento, já tinha sido realizada a avaliação psicológica por uma técnica. Foi aplicado o MMSE, a PCL-R e o PDQ-4+. No primeiro instrumento, o cliente obteve um total de 17 valores, num máximo possível de 30, pontuando zero nos domínios da atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. Esta pontuação, de acordo com a sua escolaridade – que dada a incoerência da informação sobre a mesma, considerámos entre 0 e 2 anos, pois o cliente não sabe ler e escrever –, aponta para a existência de um défice cognitivo. Na PCL-R o cliente obteve 11 valores, nomeadamente 6 no fator 2, pontuando, assim, mais alto no fator comportamental. Estes resultados não indicam a presença de psicopatia, mas sugerem a existência de alguns traços de personalidade antissocial, o que é coerente com os resultados obtidos no PDQ-4+. No PDQ-4+, o cliente pontuou 67 valores – sendo o ponto de corte 50 –, sugerindo a existência de uma perturbação da personalidade. A. pontuou na maioria dos traços, sobretudo no esquizotípico, antissocial e narcisista.

Posteriormente, com a redefinição do protocolo na instituição, procedemos à avaliação de risco com o HCR-20 e o SAPROF (Anexo F). Os resultados sugerem um risco moderado para a violência – tendo em conta, particularmente, os itens históricos – e um nível moderado de proteção para o risco de violência. No que respeita aos fatores de risco salientamos a existência de episódios de violência no passado, a idade de A. no primeiro incidente violento, a instabilidade nos relacionamentos amorosos, o desajuste precoce e os sintomas ativos de doença mental grave. Em relação aos fatores de proteção sugerimos como itens-chave, isto é, aspetos que têm um efeito protetor para a pessoa no que respeita à violência e que já se encontram presentes no momento, o trabalho e o acompanhamento profissional. Como itens-objetivo, isto é, aspetos que podem ter um efeito protetor depois de uma intervenção, assinalamos o autocontrolo e o *coping*.

Síntese do acompanhamento psicossocial de A.

Neste ponto será realizada uma síntese das sessões de acompanhamento psicossocial com A. Dada a impossibilidade de gravar as sessões não foi possível transcrevê-las, mas é possível consultar os apontamentos sobre as mesmas em anexo (Anexo G).

A primeira sessão foi iniciada com outra técnica, que já acompanhava de forma próxima o cliente no GEFE. Sendo assim, a técnica apresentou-nos, fazendo a ponte para que o acompanhamento prosseguisse connosco. Quando ficámos a sós, foram explicados ao cliente os objetivos do acompanhamento e foi realizado o contrato psicológico, nomeadamente no que respeita à duração das sessões, a periodicidade – que seria semanal – e que o termo das mesmas seria no mês de junho. Ficou, ainda, acordado que o cliente avisaria com a antecedência possível quando necessitasse de faltar. Relativamente aos termos de privacidade e confidencialidade, bem como os seus limites éticos e legais, foi explicado a A. que aquele seria um espaço seu e para si, estando salvaguardada a confidencialidade dos assuntos discutidos no mesmo. Contudo, informou-se o cliente que a não manutenção da mesma pode existir em situações que representem um comprometimento à segurança do cliente ou de terceiros. Além disso, e como já era sabido pelo mesmo, o trabalho n' O Companheiro é realizado numa equipa multidisciplinar, pelo que, em algumas circunstâncias, são discutidos assuntos sobre os clientes. Referiu-se que, dessa forma, são comunicadas informações à equipa, mas apenas as estritamente necessárias, tendo em vista otimizar os serviços e intervenção prestados ao cliente. O cliente demonstrou-se bastante compreensivo, referindo que se encontrava na instituição para ser ajudado.

Começámos por abordar os objetivos de vida a que A. se propõe, sendo que este se demonstrou bastante motivado para a mudança, encarando O Companheiro como uma situação provisória. O cliente delineou como um dos seus objetivos autonomizar-se ao nível habitacional e profissional, necessitando primeiro de se estabilizar financeiramente e encontrar um emprego. Além disso, referiu que pretendia reorganizar a sua vida para poder ajudar monetariamente a sua família, especificamente, os seus filhos. De seguida, relatou um pouco da situação que o levou a ter estado detido, contando os episódios de alguns dos seus crimes, nomeadamente, os assaltos às bombas de gasolina. A. abordou, ainda, a relação com a sua ex-mulher, que explicou ser pautada pelo ciúme. No momento, não se encontrava numa relação com ela, apesar de esta demonstrar essa vontade. Contudo, o cliente preferia manter-se afastado dela.

Na segunda sessão, A. trouxe para a sessão a questão do rendimento social de inserção, nomeadamente, o facto de não o poder receber enquanto se encontra integrado na residência

com um protocolo, algo que o deixa revoltado. “A – A outra senhora (...) não tinha nada que ir dizer (...) que eu estava a receber o rendimento mínimo. (...) se eu tenho direito porque é que não posso receber? O (...) também trabalha e recebe mais o rendimento”. Considerando, também, a sua linguagem não-verbal, respondemos “E – Parece que o A. se sente injustiçado porque vê que algumas pessoas podem receber e o A. não”, “A – Exatamente. Ou é para todos ou não é, não podem uns receber e outros não”. Foi, assim, explicado ao cliente que é uma medida da instituição não poder acumular subsídios, para que, também, outras pessoas que não recebem qualquer rendimento possam ter essa oportunidade. Foi abordada a questão familiar e A. mostrou-se preocupado por não ter dinheiro suficiente para ajudar a sua mãe. A. continuou a mostrar-se motivado para a mudança que implica estar n’O Companheiro.

Na terceira sessão, A. abordou, pela primeira vez, o assunto dos seus “problemas espirituais”, que, segundo o mesmo, provêm de um feitiço que a ex-mulher e ex-sogra lhe fizeram. “E – Quer me falar sobre esse assunto?”. “A – Elas têm coisas minhas, fotos, e fizeram-me um feitiço e agora eles estão dentro de mim... e se vou para ali estou errado, se vou para ali também estou errado”, “E – Quando diz eles, o que quer dizer? Os espíritos?”, “A – Sim, os espíritos”, “E – E os espíritos fazem-no sentir que as coisas que faz estão sempre mal”, “A – Tudo o que faço está mal”. Procurámos perceber melhor este aspeto, sendo que o cliente referiu frequentar a igreja, alturas essas em que os espíritos se “escondem”, pela possibilidade de A. fazer o “sacrifício”. O “sacrifício”, na sua igreja, consiste em dar os seus pertences e dinheiro à igreja, sendo que em troca lhe é oferecido “tratamento para o seu problema”. Além disso, é-lhe garantido que, de alguma forma, retornará para si mais dinheiro, como obra do divino, e também trabalho.

Por fim, foi por nós proposto abordar o tema do álcool, uma vez que era sabido que A. tinha bebido álcool nessa semana. “E – Soube que bebeu durante esta semana e fiquei preocupada, uma vez que na sessão anterior tínhamos falado sobre a medicação e do facto de não poder beber álcool enquanto está medicado.”. Procurámos, ainda, reforçar as regras da instituição no que respeita ao consumo de bebidas alcoólicas. O cliente demonstrou compreensão, contudo, por outro lado, responsabilizou, em parte, os “espíritos” que se aproveitaram da situação de não poder beber para o levar a consumir álcool. “E – Parece que, por um lado, A. acha que a culpa é dos espíritos, e não sua, por ter recaído”, “A – Alguma culpa é deles porque sabem que estou a tomar a medicação e aproveitam-se por não poder beber. Mas eu não vou beber mais, até porque já não bebia há muito tempo e eles não se vão aproveitar mais, porque aqui [aponta para a cabeça] eu sou mais forte que eles”. O cliente

mostrou ainda interesse na toma da medicação para o abuso do álcool, sendo que a situação ficou de ser encaminhada para os serviços competentes.

O tema da quarta sessão foi sobretudo sobre o “sacrifício”. Explicámos a A. que gostaríamos de fazer algumas perguntas sobre essa questão, uma vez que não conhecíamos aprofundadamente a sua igreja e que pretendíamos perceber melhor aquilo pelo qual estava a passar. O facto de termos abordado o tema desta forma, mostrando que gostaríamos de aprender um pouco mais sobre o assunto, consideramos que tenha deixado o cliente mais à vontade para falar, uma vez que sente que muita gente não acredita em si e não compreende aquilo que diz. O cliente referiu que no “sacrifício” vai deixar, além do dinheiro e outros pertences, a medicação, alegando que depois de os espíritos saírem de dentro de si já não precisará. Apelámos para a importância da toma da medicação e que não poderia deixar de a tomar sem o consentimento do médico, ao que o cliente mostrou compreensão. A. voltou a referir novamente o facto de se sentir injustiçado por não poder receber o rendimento social de inserção. Contudo, ressaltou o agrado em estar na instituição por se sentir ajudado, ainda que o dinheiro não chegue para tudo. Além disso, A. falou do seu trabalho e do facto de existirem colegas que falam mal nas suas costas e que se querem prejudicar uns aos outros. “E – Ouve os seus colegas falarem mal nas suas costas e isso deixa-o incomodado”, “A – Eu não oiço, mas sei”, “E – Sente que, como tínhamos falado noutras vezes, não pode confiar nas pessoas a 100% porque nunca as vai conhecer totalmente”, “A – Sim, é isso. Há sempre quem tenha inveja e fale mal dos outros nas costas, mas eu não ligo, não gosto de andar a falar mal das pessoas”. Aqui, A. mostra, novamente, a falta de confiança generalizada que tem nas pessoas.

Na quinta sessão A. referiu não ter feito o “sacrifício”, que pretendia ter feito na altura do Natal, uma vez que não se sentia preparado. Contou ter visto os espíritos dos seus avós durante a noite, tendo estes lhe passado a mensagem de que algo iria acontecer a um dos seus irmãos que o levaria a ser preso e que o seu pai traía a sua mãe. Procurou averiguar-se se as alucinações visuais e auditivas já tinham ocorrido antes, sendo que o cliente negou. Contudo, verifica-se alguma incoerência, uma vez que na avaliação psicológica referiu já ter ouvido vozes anteriormente. Como A. não tinha tomado alguns comprimidos durante a semana anterior, procurou saber-se se as alucinações ocorreram durante esse período, ao que o cliente afirmou que sim e reconhecendo, por si, a importância da toma da medicação. O cliente referiu sentir-se mal com esta situação e que quer ver-se livre dos espíritos rapidamente, pois “ninguém consegue viver assim”. “E – Parece que apesar dos espíritos dos seus avós o quererem proteger e ajudar é cansativo e desgastante para si”, “A – Sim, é cansativo. Às

vezes vou na rua e não sei para onde ir”, “E – Sente-se um pouco desorientado, sem saber o que fazer, é isso?”, “A – Sim, não sei para onde ir, o que fazer, se vou para um lado ou para o outro, porque eles estão sempre dentro de mim. Também quero deixar de fumar e eles aproveitam-se”.

Dada a dificuldade que o cliente revela na gestão do dinheiro, falou-se na possibilidade de ajuda nesse sentido e das opções que podem existir, nomeadamente ao nível do fundo de poupança que pode realizar na instituição. Verificou-se alguma desorganização temporal, especificamente, no que respeita à idade do filho. Por fim, mostrou novamente a vontade em sair d’O Companheiro, por encarar a sua situação como temporária.

Na sexta sessão, A. referiu estar em contactos com a SCML, uma vez que vai pedir a participação dos seus medicamentos. A. voltou, ainda, a mostrar-se preocupado por considerar que o dinheiro que recebe não chega para cobrir todas as despesas do mês. Realizámos, então, junto com o cliente, um esquema com o subsídio que o cliente recebe e os seus gastos, a fim de o auxiliar a tomar consciência das suas despesas reais e mais importantes. O cliente não conseguiu identificar gastos além da alimentação e da residência, pelo que se sugeriu o gasto com o café e com a alimentação fora da instituição, despesas sobre as quais já nos tinha falado. Ainda assim, sobrava-lhe algum dinheiro, ao que o cliente diz “A – Eu já percebi o que está a fazer. Está a ajudar-me a poupar o meu dinheiro”. Como o cliente não identificou mais nenhuns gastos, foi-lhe perguntado se com aquele dinheiro que sobrava achava que conseguia comprar a sua medicação, ao que respondeu que sim. Foi sensibilizado no sentido de não acumular apoios sociais, pois uma vez que recebe um subsídio poderá comprar os seus medicamentos se fizer uma boa gestão do seu dinheiro, ao contrário de outras pessoas que precisam de beneficiar do apoio da SCML pois não têm qualquer rendimento. O cliente tentou contornar o assunto, começando a falar de outro tema. “E – Parece-me que este é um assunto que não quer falar por ser algo que não tinha pensado fazer”, ao que o cliente respondeu apenas que não. Foi, então, sugerido que primeiro terminássemos o assunto da medicação. O cliente concordou, contudo, entretanto suspirou. “E – Parece-me que, apesar de me dizer que concorda, este é um assunto que o deixa realmente aborrecido e não quer falar mais comigo sobre ele”, ao que o cliente respondeu que não e que não iria à SCML “porque até parece mal, eles saberem que estou a receber um subsídio e vou lá pedir-lhes ajuda”, “E – Parece-me que, por um lado, queria receber o apoio da SCML porque é o que acha justo, mas agora, refletindo mais um pouco, apercebe-se que o mais correto será pagar os seus medicamentos. É isso?”. O cliente mostrou concordância e referiu que, além disso, para se deslocar à SCML também gasta dinheiro na compra do

bilhete, pelo que, dessa forma, conseguiria poupar mais. Foi abordada novamente – tinha sido abordada anteriormente fora dos atendimentos – a questão dos exames a realizar para a Unidade de Alcoologia, para que A. começasse o tratamento que, inicialmente, mostrou vontade de efetuar. O cliente disse não querer ir nem voltar a falar do assunto pois tinha sido uma escolha sua. Dessa forma, foi relevada, novamente, a questão do cumprimento das regras da instituição a respeito do consumo de álcool.

A sessão seguinte foi realizada conjuntamente com outra técnica, que o acompanhava inicialmente, devido à resistência que o cliente apresentava em dar seguimento aos exames prescritos na Unidade de Alcoologia. Além disso, encontrava-se num período mais instável. Procurou fazer-se um ponto da situação do cliente e uma retrospectiva do seu percurso pela instituição. Foram abordadas as questões que se julgaram mais pertinentes, nomeadamente, a realização do “sacrifício” e da gestão financeira.

O cliente abandonou a instituição pelo que a sessão seguinte foi realizada após retornar, cerca de dois meses depois. Foi realizado um balanço da sua saída e procurou-se saber o que sucedeu, uma vez que não tínhamos tido oportunidade de falar de forma mais formal após o seu regresso. A. referiu que o trabalho que arranjou não era o que esperava e que após o tempo de experiência teve de sair, pelo que não tinha rendimentos para pagar o quarto onde se encontrava. Procurou-se que o cliente refletisse sobre o que poderia ter feito de forma diferente, sendo que este referiu que poderia ter poupado mais dinheiro antes de sair e ter a certeza que o seu trabalho era estável. Por outro lado, referiu ver-se como um exemplo para os outros quando saiu da instituição e até como sendo melhor que os outros, no sentido da poupança, porque andam sempre a pedir-lhe dinheiro emprestado, e porque teve a coragem de tentar sair da residência, enquanto outros se encostam e ficam ali “para sempre”. A. contou que tem uma namorada, mas que ainda está tudo no início, pelo que tem de a conhecer melhor. Contudo, está a correr bem e tem-no ajudado.

Na nona sessão o cliente começou por referir que esteve mal disposto, atribuindo a razão à comida da cantina. Nomeadamente, alegou que tal se poderia dever ao facto de a cozinheira ter colocado algo na sua comida propositadamente. A. referiu que a cozinheira fala mal consigo frequentemente, pelo que o mesmo acaba por lhe responder da mesma forma. Procurou-se que o cliente adotasse outra estratégia para lidar com a situação, conversando com a pessoa em causa e tentando perceber o que se passa, de modo a não criar conflitos na instituição. A. tinha sido visto a arrumar carros por uma colaboradora da instituição, pelo que essa questão teve de ser por nós abordada. O cliente negou e referiu que, dado que outros residentes têm inveja de si, alguém deveria ter inventado tal situação para o prejudicar. O

cliente demonstrou resistência em admitir, referindo que, por outro lado, o que faz fora da instituição apenas a ele lhe diz respeito. Procurámos transmitir a ideia de que se A. nos estava a dizer que não tinha ido arrumar carros, acreditávamos nisso. Contudo, lembrado o facto de estar integrado numa atividade protocolar, pelo que, pelas normas da instituição, tal não era permitido. Além disso, alertámos para a ilegalidade desse ato e salientámos o facto de se encontrar em liberdade condicional. Nesta sessão o cliente teve um discurso muito lentificado, evidenciando um olhar, muitas vezes, fixo e vago, podendo dever-se aos efeitos iniciais da medicação.

Na décima sessão, com o objetivo de compreender o início das alucinações do cliente, bem como a contribuição da religião para a precipitação e perpetuação das mesmas, foi abordada esta questão. Verificou-se que a sua mãe possui crenças religiosas semelhantes às suas, tendo o cliente tido contacto desde cedo com a sua religião. No que respeita ao problema apresentado por A. no relacionamento com o seu colega de trabalho e residência, este mostrou que se encontrava resolvido, tendo o colega compreendido a situação. Abordou-se a questão da medicação e forneceu-se informação ao cliente a respeito da mesma.

Na décima primeira sessão foi novamente abordada a temática da religião, tendo o cliente contado que se tinha deslocado à igreja. Procurámos, ainda, sensibilizar A. para a sua alfabetização, aproveitando o início do programa de literacia ou de continuar os estudos numa escola, em horário pós-laboral. No entanto, A. mostrou-se bastante resistente não tendo aderido à ideia.

Na décima segunda sessão, o cliente mostrou-se determinado a realizar o “sacrifício”, que decorrerá em junho. Ao atribuir a “culpa” de alguns dos seus atos ao “diabo”, procurou-se questionar o cliente no sentido de o levar a refletir sobre o que estava a dizer. A. referiu que a culpa também poderia ser sua, mas que, por vezes, o diabo leva as pessoas a fazer coisas que não querem. No seguimento, procurou-se averiguar os laços familiares, nomeadamente, com a sua mãe. Como recorrente, afirmou que pretende restabelecer contacto com a família apenas quando se sentir totalmente bem e estabilizado. Contudo, após esta conversa, A. referiu que iria telefonar à sua mãe para que esta pudesse ter notícias suas e não ficar preocupada. Aparentou estar decidido a fazê-lo no decorrer da presente semana e satisfeito com a sua decisão. Uma vez que referiu que iria ter o seu ordenado aumentado, abordou-se a possibilidade de aumentar o seu fundo de poupança, sendo que o cliente se mostrou disponível e motivado para o fazer.

Na décima terceira sessão, A. contou que telefonou à sua mãe e que pretendia ir visitá-la, bem como ao seu filho, durante aquele mês. Referiu, ainda, que solicitou o aumento do seu

fundo de poupança. Neste sentido, é possível verificar que o cliente refletiu sobre os assuntos abordados na sessão anterior, procurando colocar em prática o que foi falado. Foram, por fim, explorados aspetos da sua vida familiar durante a sua infância, nomeadamente, sobre o seu comportamento na escola. O cliente falou sobre o facto de ter começado a cometer crimes ainda muito novo. Além disso, questões acerca da medicação foram, também, faladas, uma vez que o cliente sente alguma revolta por lhe terem dito que a toma vai ser permanente.

Na décima quarta e quinta sessões, foram abordados os assuntos familiares, verificando-se que o cliente restabeleceu contacto com a sua mãe, demonstrando, porém, alguma tendência para adiar o contacto presencial. A. justifica esse adiamento, muitas vezes, com a questão financeira. Referindo-se à situação em que se encontra, menciona – já o tendo feito por diversas vezes –, que só sairá da residência quando tiver um trabalho estável que lhe dê garantias. A. mostra, assim, que aprendeu com a anterior experiência de ter saído repentinamente da instituição, aspeto que foi por nós validado.

Na décima sexta sessão, informámos o cliente que o término das sessões connosco seria dali a duas semanas e da continuação com outra técnica. O cliente demonstrou-se insatisfeito, referindo que era um direito seu participar na decisão da atribuição de outra técnica. Procurámos compreender os motivos da sua insatisfação e esclarecer o cliente. A. abordou, ainda, a questão da religião e das relações familiares e foi fornecida informação sobre a sua medicação.

Na décima sétima sessão, o cliente pediu auxílio para escrever algumas coisas que deseja para si e que gostaria de entregar à igreja no âmbito do “sacrifício”, uma vez que as sessões connosco iriam terminar e que gostaria que fossemos nós a ajudá-lo. Procurámos dar respostas de compreensão empática ao mesmo tempo que o cliente iria mencionando as frases, verificando-se que os seus desejos relativos a estar próximo da família, bem como o seu bem-estar, eram referidos repetidamente. Como habitualmente, A. falou da medicação, mostrando-se preocupado em saber até quando duravam os medicamentos que tinha comprado, pelo que se procurou esclarecer o cliente a este respeito. Falámos sobre a entrevista de emprego a que foi e a formação que iria realizar, verificando-se que o cliente estava bastante motivado para a integração na função. Procurámos validar o facto de ter sido selecionado, apesar de verificarmos que, em parte, atribuía esse aspeto à ação do diabo.

Na última sessão, realizámos uma síntese do percurso de A. n’O Companheiro, de acordo com o observado nas sessões e na instituição. O cliente verbalizou algumas melhorias, referindo que a medicação também o ajudou nesse processo. Foi, mais uma vez, reforçada a importância da toma regular da mesma. A. falou, ainda, das questões familiares, uma vez que

voltou a reencontrar a mãe, algo que, segundo o mesmo, teve de ter coragem para o fazer, e que lhe trouxe algum bem-estar.

Discussão clínica do caso A.

A literatura mostra que o envolvimento no crime está associado à carência socioeconómica e que fatores considerados adversos ao nível familiar, individual, escolar e relacionados com os pares contribuem para a suscetibilidade ao crime (Fergusson, Swain, & Horwood, 2004). De facto, A. é proveniente de uma família numerosa com poucas condições económicas. Ao nível escolar, verifica-se um percurso pobre, praticamente escasso, tendo começado a cometer crimes nessa altura. Por outro lado, ao nível dos pares, por exemplo, relata que era frequente meter-se em brigas com os seus colegas de escola. Iniciou, assim, a vida no crime precocemente, tendo cumprido três penas e verificando-se, segundo o que relata, alguma versatilidade criminal. Era frequente A. encontrar-se sob o efeito de álcool, referindo que esta substância interferiu na sua vida ao ponto de o tornar uma pessoa muito violenta e agressiva. As evidências científicas mostram que o consumo de álcool está associado a crimes impulsivos – nomeadamente assaltos (Boden, Fergusson, & Horwood, 2012), além de constituir um forte gatilho no que respeita à violência criminal (Haggard-Grann, Hallqvist, Langström, & Möller, 2006). De facto, A. apresenta comportamentos violentos desde cedo, inclusive nos seus crimes, que, segundo diz, praticou, frequentemente, sob o efeito de álcool.

Ao nível dos relacionamentos, apesar de A., inicialmente, não estabelecer contacto com os seus familiares, foi demonstrando, ao longo das sessões, preocupação para com os mesmos, nomeadamente, ao nível da ajuda financeira. Contudo, pretendia retomar o contacto apenas quando se encontrasse numa situação mais estabilizada. A problemática da perda das relações familiares e sociais é uma das problemáticas centrais dos reclusos, com impacto ao nível psicológico e com consequências no momento da reinserção. Frequentemente, o encarceramento modifica e traz alguns problemas nas relações familiares (Arditti, 2012; Crawley & Sparks, 2006). Por sua vez, tal coloca dificuldades após a libertação e ao nível da reabilitação (Crawley & Sparks, 2006). Assim, os laços familiares estão associados ao sucesso durante o período pós-reclusão (Berg & Huebner, 2011), pelo que consideramos que reatar estes relacionamentos poderia ser benéfico para o processo de reinserção de A. No final do período de acompanhamento, o cliente restabeleceu contacto com a sua mãe e com os seus filhos, verbalizando o seu contentamento em fazê-lo e como se sentiu bem posteriormente.

Por outro lado, A. revela um padrão de insegurança e desconfiança generalizada no contacto com os outros, referindo várias vezes o cuidado que tem de ter e considerando que nunca se conhece as pessoas a 100%. De acordo com Haney (2003), a hipervigilância, a desconfiança e a suspeita são características que os reclusos desenvolvem dentro do EP, como adaptações psicológicas para lidar com potenciais riscos e ameaças pessoais. Desta forma, o período de reclusão pode ter sido um fator que contribuiu para que A. desenvolvesse estes traços. No entanto, no caso de A., estes sintomas provavelmente estão presentes desde mais cedo, uma vez que refere sintomas psicóticos desde que os avós morreram, na infância.

Ao longo do tempo, o cliente foi evidenciando algumas ideias persecutórias, na medida em que afirmava, recorrentemente, que os outros pretendiam prejudicá-lo. Aliadas aos seus sentimentos de desconfiança, acabam por traduzir-se numa dificuldade em relacionar-se com os outros, constatando-se em diferentes contextos, como na vida pessoal, no trabalho e na instituição. Neste sentido, Haney (2003) defende que a assimilação das normas informais que fazem parte da cultura prisional pode criar grandes obstáculos ao contacto interpessoal significativo na sociedade livre.

Além disso, essa assimilação pode levar a reações exageradas e impulsivas com os outros (Haney, 2003). De facto, os resultados da PCL-R evidenciam um deficiente controlo comportamental, no sentido em que A., ao longo do seu percurso de vida, mostra tendência a responder à frustração com agressões e comportamentos violentos. Salienta-se que este fraco controlo comportamental existente tende a desvanecer-se por completo sob influência do álcool. Durante a entrevista, o cliente, ainda que não especifique, confessa a ocorrência de episódios violentos em que se encontrava sob o efeito desta substância. Durante o acompanhamento, apercebemo-nos, também, que, por vezes, A. utiliza estratégias pouco eficazes para gerir conflitos com outras pessoas, verificando-se alguma impulsividade e agressividade ao nível do discurso. Contudo, ao longo do tempo, foi evidente uma melhoria desses aspetos, pelo que colocamos em hipótese a contribuição da dissociação gradual da cultura prisional durante o período de liberdade e, por outro lado, a integração das normas da instituição e da sociedade livre. Ressalvamos, ainda, que o cliente não apresentou comportamentos violentos desde que integrou a residência, demonstrando, na maioria das vezes, uma postura respeitadora, sobretudo, relativamente a hierarquias – na instituição e no trabalho.

Segundo o DSM-5, os delírios são crenças fixas, não passíveis de mudança à luz de evidências contraditórias, podendo incluir vários temas (APA, 2013). Especificamente, os delírios com temática persecutória, os mais comuns e os que foram manifestados por A.,

dizem respeito à crença do indivíduo de que irá, por exemplo, ser prejudicado por outra pessoa, organização ou grupo (APA, 2013). Este sintoma pode ser classificado como bizarro ou não bizarro, sendo que consideramos que os delírios do cliente são não bizarros, tendo em conta, por exemplo, que na sua cultura estes são plausíveis ou compreensíveis por outras pessoas (este aspeto será discutido posteriormente). Contudo, o limiar entre um delírio e uma ideia que é defendida firmemente pode ser difícil de identificar, dependendo, em certo modo, do grau de convicção com que a crença é defendida, apesar da existência de evidências contraditórias claras ou razoáveis acerca da sua veracidade (APA, 2013). No caso de A., estas ideias surgiam no contexto das suas relações interpessoais – com colegas de trabalho e de residência, com a ex-mulher, com a ex-sogra e com a empregada da cozinha – sendo, por vezes, difícil averiguar a existência de evidências contraditórias concretas. Consideramos que, principalmente, a ideia acerca do feitiço realizado pela ex-mulher e ex-sogra possa conceber-se como um delírio, sendo uma crença defendida pelo cliente com um grau de convicção elevado. Contudo, ressaltamos a importância de considerar, neste caso, outros fatores, como a cultura, que discutiremos posteriormente.

Verifica-se, também, que A. apresenta alucinações – experiências semelhantes à percepção que ocorrem sem um estímulo externo, vívidas, claras e involuntárias (APA, 2013). No caso de A., pelos seus relatos, este apresenta alucinações auditivas, quando ouve vozes; visuais, quando vê os “espíritos” ou outras entidades; e cinestésicas, quando sente os “espíritos” ou o diabo a entrarem e a percorrerem o seu corpo. Observa-se, ainda, uma desorganização do pensamento inferida a partir do discurso do cliente. Frequentemente, A. muda de um assunto para outro, evidenciando um descarrilamento de associações. Além disso, verificam-se várias incoerências ao nível temporal, nomeadamente, no que respeita, por exemplo, ao início das alucinações, de datas de aniversários e o número de irmãos. Contudo, julga-se, perante os relatos do cliente, que o início das alucinações se deu, pelo menos, desde que saiu do EP. Esta incoerência que se foi verificando é convergente com os resultados obtidos no MMSE, que sugerem um declínio cognitivo ao nível das funções mentais, das quais destacamos a atenção, a evocação e a linguagem.

Tendo em conta os sintomas descritos, consideramos que estes possam apontar para uma perturbação do espectro psicótico, especificamente, a esquizofrenia. O cliente cumpre o critério A, apresentando delírios com temática dominante persecutória, alucinações e um discurso desorganizado, numa quantidade significativa de tempo durante um mês. De facto, A. refere estes sintomas em quase todas as sessões. O critério C é, também, preenchido, uma vez que se verificam sinais contínuos de perturbação durante, pelo menos, seis meses. Os

seus sintomas começaram, pelo menos, após a sua saída do EP e verificámo-los até ao final do acompanhamento que realizámos – um período de, aproximadamente, um ano. Esse período incluiu, no mínimo, um mês de sintomas que satisfazem o critério A. A perturbação esquizoafetiva, a perturbação depressiva e a perturbação bipolar com características psicóticas são descartadas, pelo que o critério D é preenchido. Além disso, esta perturbação não pode ser atribuída aos efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica, confirmando-se o critério E. O cliente cumpre, também, o critério F, não se verificando história de perturbação do espectro autista ou de uma perturbação de comunicação iniciada na infância. Contudo, relativamente ao critério B., consideramos não ter informação suficiente para afirmar que o nível de funcionamento em uma ou mais áreas importantes se encontra acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início da perturbação. Não existem dados efetivos sobre o funcionamento de A. antes do início dos sintomas, considerando que este se deu após a sua saída do EP (informação esta que, relembramos, não é certa). Contudo, consideramos que a informação que detemos sobre o caso aponta para que o facto de os sintomas se revelarem menos acentuados, se deva à medicação antipsicótica.

Além destes critérios, sabemos que é comum que pessoas com esquizofrenia manifestem défices cognitivos (APA, 2013; Goldstein et al., 2007). Estes défices traduzem-se em prejuízos nas funções executivas, como a memória de trabalho e a memória declarativa (APA, 2013). De facto, A. apresenta indícios de declínio nestes domínios, evidente no seu desempenho no MMSE, bem como ao longo do acompanhamento que realizámos.

Consideramos que o *insight* é relativamente mantido por A, por exemplo, quando se refere como sendo “doente da cabeça” e sentindo “traumas na cabeça”. Por um lado, apresenta, algumas vezes, *insight* sobre os sintomas psicóticos e os benefícios da toma da medicação; por outro, atribui as suas causas ao “feitiço” que a ex-mulher e ex-sogra lhe causaram e a entidades espirituais, o que o leva a pensar que, realizando o “sacrifício”, irá libertar-se destes sintomas e, portanto, poderá deixar a toma da medicação. Esta posição, por parte de A., foi recorrente, mencionando várias vezes que quando realizasse esse ato na igreja iria deixar a toma da medicação. Além disso, consideramos que as ideias e valores proclamados pela sua igreja – Igreja Universal do Reino de Deus (IURD) – podem promover o desenvolvimento e manutenção destes sintomas. Do que conhecemos desta religião, e como é possível ler no *site* da IURD, a igreja oferece cura para problemas de vários tipos: financeiros, amorosos e de saúde, defendendo que “a origem de qualquer que seja o problema (...) são os espíritos malignos”. Muitas vezes, são problemas para os quais as pessoas não encontraram soluções, como o caso de doenças, pelo que são oferecidas curas milagrosas,

frequentemente, em troca de dízimos e do denominado “sacrifício”. Consideramos, assim, que, embora, por um lado, as suas crenças, bem com a sua religião/espiritualidade, possam constituir um recurso em termos de suporte e *coping* para lidar com estes sintomas; por outro, podem ser preditores de não adesão ao tratamento, à semelhança do que concluíram Mohr e Huguelet (2004). No mesmo sentido, consideramos que estes são fatores perpetuadores da sua problemática.

É necessário ponderar, além dos fatores religiosos, os fatores culturais. Algumas ideias que aparentam ser delirantes numa cultura, nomeadamente, a bruxaria, podem ser comuns noutra (APA, 2013). No caso de A., sabemos que na cultura do país dos seus pais, em Cabo Verde, são comuns estes feitiços e as bruxarias. Assim, consideramos que também a cultura deve ser tida em conta, na medida em que é passível de moldar as alucinações, particularmente, no conteúdo e significado das mesmas (Laroi et al., 2014).

Considerando o que referimos anteriormente, verificamos que A. apresenta um locus de controlo predominantemente externo, tendo a perceção de que são determinados fatores exteriores a si que exercem controlo sobre a sua própria vida. No seu caso, é evidente que associa os “espíritos” a influências negativas externas, apresentando dificuldade em responsabilizar-se pelas suas atitudes e comportamentos; por exemplo, ao nível do consumo de álcool e tabaco, referiu que os responsáveis eram os “espíritos” que se aproveitaram de si e o levaram a consumir. Por outro lado, afirma, também, que foi a igreja e deus que o salvou nos momentos difíceis, atribuindo as mudanças positivas que ocorrem na sua vida a este fator; por exemplo, quando considera que a sua vida corre bem ou quando foi escolhido para ocupar um cargo durante uma entrevista. De facto, alguns estudos sugerem que pessoas com perturbações mentais graves, como a esquizofrenia, têm tendência para apresentar um locus de controlo externo (e.g. Buhagiar, Parsonage, & Osborn, 2011; Thakral, Bhatia, Gettig, Nimgaonkar, & Deshapnde, 2014). Além disso, um locus de controlo externo pode encontrar-se associado a menor frequência de períodos de recuperação (Harrow, Hansford, & Astrachan-Fletcher, 2009), a uma recuperação mais pobre ou mais tardia (Thakral et al., 2014).

Ao longo das sessões de acompanhamento pretendemos, sobretudo, providenciar a A. um espaço onde se sentisse confortável para falar sobre o que lhe causava sofrimento que, frequentemente, era a sua questão espiritual. Assim, procurámos adotar, sobretudo, uma postura não-diretiva – por estarmos mais confortáveis com esta abordagem que nos foi ensinada – e empática para que o cliente não se sentisse julgado, mas compreendido. Principalmente, acompanhar o cliente no seu sofrimento e nas questões que trazia para as

sessões através de respostas de compreensão empática. Tendo em conta que se tratava de um acompanhamento psicossocial e que o cliente se encontrava integrado na residência, cujas regras tinham de ser cumpridas, fomos pontualmente diretivos. Por exemplo, quando fornecemos informação e alertámos o cliente para o cumprimento de normas, para cuidados de saúde e de gestão de dinheiro. Ao nível de estratégias para lidar com conflitos que surgiam na relação com os outros, procurámos que o cliente pensasse sobre as estratégias que estava a adotar, bem como outras alternativas que pudessem revelar-se mais eficazes. Além disso, as atividades desenvolvidas na instituição, como os *workshops* de treinos de competências, procuram trabalhar algumas competências sociais nesse sentido.

Consideramos que, no geral, o percurso de A. na instituição decorreu num sentido positivo, sendo que a sua motivação para realizar um projeto de vida e a sua proatividade contribuíram para esse facto. Ao nível dos relacionamentos interpessoais, A. foi-se demonstrando menos hostil e restabeleceu os laços com os seus familiares. Recordamos que este último foi um dos objetivos que o cliente delineou no início do acompanhamento, sendo, também, um dos aspetos focados pela literatura como importante para a não reincidência e sucesso na reinserção social (e.g., Berg & Huebner, 2011). O cliente demonstrou ter aprendido com a experiência de ter deixado a instituição sem a sua situação estabilizada ao nível laboral, tendo revelado, ao longo do tempo, motivação para encontrar um emprego estável, apesar de se encontrar inserido num dos protocolos da instituição; este foi outro dos objetivos que delineou. Também perto do término do acompanhamento, A. foi a uma entrevista de emprego, na qual foi selecionado para integrar a função. Consideramos que este foi um resultado da sua perseverança e proatividade na procura de emprego, aliadas à sua motivação para a mudança. Nesse sentido, verifica-se que adotou uma postura colaborante e aberta a ouvir o que lhe era sugerido ao nível do seu acompanhamento psicossocial na instituição, tanto por nós, como por outras técnicas.

Reflexão pessoal sobre o caso A.

O acompanhamento de A. foi, para nós, um grande desafio. Primeiro, por ser o primeiro caso que pudemos acompanhar e, por isso, tivemos de saber gerir os nossos receios devido à falta de experiência. Depois, a particularidade deste caso – a questão dos sintomas psicóticos aliados à religião. Por um lado, tínhamos de adotar uma postura compreensiva, mas, por outro, não podíamos permitir que essa mesma postura fosse percecionada como um incentivo, um reforço ou uma validação na questão da religião, pois, como vimos, esta poderia ter um efeito tanto protetor, como perpetuador dos sintomas. Esta foi, na realidade, uma das maiores dificuldades sentidas.

Ficamos com o sentimento que, pessoalmente, não tínhamos, em parte, todas as competências técnicas necessárias para ajudar, efetivamente, esta pessoa durante o acompanhamento psicossocial que realizámos, nomeadamente, ao nível das questões psíquicas. Dessa forma, procurámos colmatar esta lacuna que sentimos que tínhamos, privilegiando o ouvir com respeito, sem desafiar, criticar ou desvalorizar; mantendo-nos curiosos e com uma mente aberta. Sobretudo, procurar que o cliente se sentisse acompanhado na angústia que essa questão lhe trazia, por meio de respostas de compreensão empática. Observámos que não foi preciso passar muito tempo para que A. começasse a falar dessa questão, até porque, naturalmente, é uma pessoa que fala com muito à-vontade com todas as pessoas, no geral. Procurámos adotar uma postura compreensiva e não-crítica, ainda mais dada a peculiaridade do assunto que, como fomos constatando, era, muitas vezes, desvalorizado e julgado por outras pessoas. Queríamos, assim, fazer das sessões um espaço onde A. sentisse que podia falar sobre isso, bem como de outras questões, sem receio que lhe chamássemos “maluco”, como nos chegou a confessar que outras pessoas fizeram.

Quisemos, assim, aproximar-nos de A. e das suas crenças, pretendendo compreender melhor aquilo pelo qual estava a passar. Para isso, precisávamos de saber mais sobre a sua religião, julgando que a melhor forma, para além de pesquisarmos sobre a mesma, era pedir que fosse o próprio a explicar-nos. Além disso, decidimos participar numa sessão na IURD para experienciarmos por nós mesmos. Desse ponto de vista, ao nível pessoal foi bastante enriquecedor; permitiu-nos aprofundar aspetos de que nos consideramos distantes, especificamente a religião, pois não nos consideramos crentes, nem tampouco praticantes. Pensamos que, neste ponto, conseguimos cumprir aquilo que objetivámos para este processo de acompanhamento, nomeadamente, no que respeita a A. falar livremente sobre os seus sentimentos e vulnerabilidades, sem se sentir julgado.

No caso deste cliente, não existiu a elaboração do PII por parte do GIS. Consideramos que a existência deste plano poderia ter auxiliado o cliente numa estruturação mais concreta do seu projeto de vida, bem como na tomada de consciência da sua evolução ao longo do tempo. Por outro lado, ao nível da condução dos acompanhamentos, para nós, poderia, também, ter sido um instrumento facilitador da sua organização.

O caso de A. foi não só complexo do ponto de vista dos seus sintomas psíquicos e da questão da religião, mas também pela sua história de vida, marcada por um histórico criminal precoce. O facto de observarmos um percurso positivo de A. na instituição é, para nós, motivo de satisfação, evidenciando-se o trabalho de instituições como O Companheiro na vida destas pessoas.

No geral, o acompanhamento deste caso permitiu desenvolver competências inerentes à função do psicólogo, como a escuta ativa, a empatia, a recolha e análise da história clínica, a realização do contrato terapêutico e a delineação de objetivos de vida específicos com o cliente. Estes últimos procuraram atingir-se em articulação com os vários gabinetes e atividades desenvolvidas na instituição. Além disso, consideramos ter estabelecido uma relação terapêutica de confiança, atendendo à vinculação que o cliente demonstrou quando foi informado sobre o término do processo. Manifestou relutância a ser acompanhado por outra técnica, pelo que procurámos tranquilizá-lo e transmitir-lhe segurança nesse sentido. Da nossa parte, sentimos alguma nostalgia por ter de abandonar este processo e dar por terminada a relação terapêutica com A., uma vez que se tratou da primeira pessoa que acompanhámos e pela relação que foi estabelecida.

Além desta componente prática, este acompanhamento proporcionou-nos o aprofundamento de conhecimentos teóricos específicos deste caso, bem como outros do contexto criminal e da reinserção social. Veio, ainda, lembrar-nos o quanto temos ainda para aprender em psicologia e o quanto precisamos de aprofundar e estudar mais, para construirmos um caminho sólido, através do qual possamos ajudar com eficácia estas pessoas.

2.3.2. Avaliação psicológica – caso B.

História clínica de B.

B. foi encaminhado pela associação na qual se encontrava a receber apoio, com fim a ser integrado na resposta social residência, n'O Companheiro. Nesse sentido, como procedimento habitual, foi necessário realizar a avaliação psicológica do mesmo.

B., nascido em 1980, foi criado pela sua mãe e padrasto – que considera pai –, relatando que a sua vida em casa era agradável e que os mesmos eram afetuosos consigo. Porém, quando pedido para os descrever, B. diz não conseguir, “eram pais, não estou a ver maneira de os descrever”. Nunca chegou a sair definitivamente de casa, uma vez que viveu, também, muito tempo com os seus avós, pelo que ia estando em ambas as casas. A sua mãe foi telefonista, depois médica e, hoje, tem um restaurante. O padrasto fazia parte da direção de uma universidade. Tem, ainda, uma irmã, fruto deste relacionamento, que é assistente social. Além disso, tem um filho e uma filha – com 6 e 13 anos, cujas datas de aniversário precisas não se recorda – de relacionamentos diferentes, que vivem com a sua mãe que detém a tutela de ambos. Atualmente, não mantém contacto com nenhum dos familiares por estes não aprovarem o percurso de vida que levou.

Concluiu o 9º ano e descreve-se como geralmente calmo, contudo, despassarado nas aulas, tendo reprovado na segunda e terceira classe porque “a professora era amiga da família e achava que eu ainda não estava [preparado para passar] e como tinha autorização da minha mãe e o à-vontade, pronto, reprovou-me”. Deixou os estudos para continuar a trabalhar, que já o fazia desde os seus 14 anos, diz, sempre quis ser independente. Entretanto, tirou formações complementares de eletricista de construção e mecânico de automóveis. O seu primeiro trabalho foi como empregado de balcão numa loja. Foi, também, ajudante de cozinha, motorista de táxi, motorista particular e distribuidor de jornais. Ser motorista é o que gosta realmente de fazer, não sabendo precisar os anos que trabalhou como tal, mas afirmando que foi a maior parte do tempo a partir dos seus 18 anos. Entretanto, interrompeu para ficar um ano a distribuir jornais e, posteriormente, retomou à profissão antiga, terminando em dezembro de 2008 porque foi detido.

No que respeita à sua vida íntima, teve três relacionamentos de vida em comum, sendo que o primeiro foi quando se casou com cerca de 18, 19 anos. Posteriormente, juntou-se com a mãe do seu filho, de 1999 a 2005, tendo este acabado porque a parceira conheceu outra pessoa. De 2005 a 2009 juntou-se com a mãe da sua filha, sendo que a relação acabou por B. se encontrar detido. O relacionamento mais recente, à data da avaliação, foi com a irmã da mãe do seu filho, que durou cerca de seis meses. Refere ter sido infiel algumas vezes, contudo, descrevendo todos os relacionamentos como estáveis e afirmando que é calmo e não gosta de discussões. Além disso, aponta sempre para a componente física e confessando que nunca se sentiu profundamente apaixonado na sua vida. Relativamente a outros relacionamentos interpessoais, B. diz nunca considerar um amigo como íntimo, referindo que os amigos que tinha era só “porque quase sempre tive, não se pode dizer tudo (...), era só por proveito dos bens, das coisas que eu tive”.

B. menciona que tem depressão e que desde os seus 12 anos que toma medicação, “a doença é genética, portanto... infelizmente, não tive como fugir dela”. A terapêutica, diz, é para a depressão, ataques de pânico e ansiedade. Um dos medicamentos que toma é o Xanax, que considera fraco, mas que serve apenas para não andar ansioso. Para a depressão não se recorda dos nomes dos medicamentos. A mãe e a tia apresentam a mesma perturbação e encontram-se, também, medicadas. A sua avó – que já faleceu – era, igualmente, medicada.

Relativamente ao seu histórico criminal, B. começou, aos 18 anos, a cometer furtos a “autorrádios e coisas assim”. Geralmente, descia às garagens dos prédios para furtar os bens que existiam dentro das mesmas e dos carros. B. alega que começou por cometer crimes por “maluquice”, para ter mais do que o que tinha “não agora, mas na altura”. Posteriormente,

fazia-o apenas por necessidade. Em parte, estes eram planeados e, ultimamente, fazia-o acompanhado pela sua parceira. Alega que tentou deixar o crime por duas vezes; das duas vezes que tentou, foi detido. Na primeira, conta, foi pagar uma multa ao banco, mas, não se recordando que os documentos da pessoa que tinha furtado já poderiam ter sido cancelados, foi, nessa altura, detido. Na segunda vez, foi detido porque o carro que levou consigo para cometer os furtos foi identificado e chegaram até si, sendo que refere que “nem tinha vendido as coisas, iam ficar para mim”. Em relação às vítimas, pensa que não ficaram afetadas psicologicamente, pois ouviu os seus depoimentos e, sendo que eram sempre pessoas com posses, estavam mais importadas com os danos materiais que tinha causado. Além disso, já em 1996, B. usufruiu de duas penas suspensas, quando ainda não possuía carta de condução, por furto e uso de veículo. À data da avaliação, usufruía de liberdade condicional. B. refere, ainda, que “desde sempre” realizou apostas e corridas com carros, “sentidos contrários, essas coisas que se veem na televisão”.

B. verbalizou que se sentia “bastante mal” relativamente a si próprio, com uma autoestima muito baixa, atribuindo 1,5 pontos numa escala de 10, devido à situação em que se encontra, nomeadamente de desemprego e sem habitação. Em liberdade, sustenta-se de “alguma ajuda, onde vou dormir, onde vou almoçar...”, sendo que após a libertação da primeira vez que esteve a cumprir pena, se sustentava com dinheiro dado pela família e através de furtos. À data, pretendia trabalhar como taxista, mas precisava de 200 euros para renovar a licença, não conseguindo que ninguém lhe empreste, pois tem procurado trabalho noutra área, contudo, sem sucesso.

Avaliação psicológica de B.

No início da sessão foram explicados os objetivos da avaliação e esclarecida a questão da confidencialidade, nomeadamente, que os resultados da avaliação são privados da instituição e que serviam única e exclusivamente para fins de admissão à residência. O cliente revelou uma atitude colaborante na aplicação das medidas de avaliação, com um comportamento adequado ao contexto. Além disso, mostrou-se disponível para esclarecer quaisquer questões adicionais, a qualquer momento. O seu discurso foi fluente e organizado, expressando-se de forma clara e objetiva. No que respeita à linguagem não verbal, manteve contacto ocular durante a entrevista. Por outro lado, não se observaram expressões emocionais quando, por exemplo, mencionava os seus filhos ou o quão importantes são para si.

Os testes aplicados foram os que constam do protocolo, tendo começado por se aplicar o MMSE, de seguida o Mini-Mult, a PCL-R e o BIP. Posteriormente, realizou-se a avaliação de

risco pelo SAPROF e o HCR-20. É possível consultar os instrumentos no Anexo H e o respetivo relatório de avaliação psicológica no Anexo I.

Resultados da avaliação psicológica de B.

Neste ponto, iremos, primeiramente, apresentar e interpretar os resultados do MMSE, de seguida do Mini-Mult, da PCL-R, do BIP e, por fim, do HCR-20 e do SAPROF.

MMSE.

No instrumento de avaliação do funcionamento cognitivo, o MMSE, o cliente pontuou 28 valores – num máximo possível de 30. Nomeadamente, obteve uma pontuação máxima nas subescalas orientação, retenção, evocação, linguagem e habilidade construtiva. Apenas não pontuou dois pontos – num total de cinco – na subescala atenção e cálculo. De acordo com os valores normativos considerados para o seu nível de literacia (M=27), o seu desempenho nesta prova sugere, assim, que B. não apresenta nenhum declínio cognitivo.

Mini-Mult.

Os resultados da prova Mini-Mult indicam um perfil válido, sendo que os valores mais elevados, acima de uma nota T de 70 (indicador patológico), foram obtidos nas seguintes escalas: Psicopatia (Pd)=82; Depressão (D)=76; Histeria (Hy)=76; Hipocondria (Hs)=74; e Esquizofrenia (Sc)=74.

Os valores obtidos na escala de mentira (escala L) do Mini-Mult – que se refere a situações socialmente desejáveis, mas que raramente são verdadeiras – apontam para uma pessoa que procura transmitir uma imagem favorecida de si mesma, com alguma rigidez psicológica ou pode indicar uma simulação consciente. Estes valores podem sugerir uma limitação intelectual ou educacional ou serem encontrados em pessoas extremamente religiosas ou moralistas, refletindo um convencionalismo ou conformismo com valores e normas socioculturais. Na entrevista foi possível constatar que o cliente ponderava antes de responder às questões colocadas, o que não indica, necessariamente, que estivesse a mentir, mas, por outro lado, demonstrava pouca espontaneidade ao responder. Os resultados da escala de infrequência (escala F), que pretende detetar formas atípicas de responder aos itens, podem refletir circunstâncias especiais numa área circunscrita da vida, resultante de um tipo de rebeldia contra padrões, normas e valores ou de alguma forma de comportamento socialmente desviante – o que é possível verificar no percurso do cliente. Pode, ainda, sugerir algum grau de inquietação, instabilidade, alteração do humor e insatisfação. Estes últimos aspetos constatarem-se durante a entrevista, quando B. verbalizou a sua angústia e insatisfação consigo mesmo e com a sua vida, no geral. Os resultados da escala de correção (escala K) apontam para um sistema de defesas adequado, com aceitação de si mesmo. Existe

uma certa exposição de problemas, mas também uma determinada preservação de alguns conflitos, verificando-se ajustamento, equilíbrio e competência para lidar com problemas

A pontuação mais elevada do Mini-Mult do perfil de B. verifica-se na escala de Psicopatia, indicando uma personalidade psicopática, porém, não indicando obrigatoriamente uma conduta patológica, mas sim a suscetibilidade de a manifestar. Esta personalidade é assinalada pelo egocentrismo, desprezo pelas normas sociais e pela ausência de respostas emocionais profundas. Outras características que B. pode evidenciar são a agressividade, hostilidade, irresponsabilidade e impulsividade. Embora não se tenham verificado hostilidade nem impulsividade durante a entrevista, é necessário considerar que pessoas que apresentam resultados elevados nesta escala tendem a causar uma boa impressão inicial, sendo que as suas características negativas surgem posteriormente, habitualmente, em períodos de stresse.

Relativamente à pontuação elevada verificada na escala da Depressão, que avalia a sintomatologia depressiva, sugere a insatisfação do sujeito relativamente a si próprio e ao seu meio. Estes resultados são, ainda, indicadores de um sentimento de inutilidade, desânimo, melancolia, lentificação, introversão, preocupação, pessimismo, entre outros.

Na escala de Histeria, a pontuação sugere uma pessoa imatura, autocentrada, exigente, egoísta, sugestionável e amigável, sendo que as relações interpessoais podem revelar-se superficiais, imaturas e narcisistas. B. pode apresentar uma grande dificuldade em lidar com a agressão e o stresse, embora na entrevista se tenha descrito como uma pessoa calma que não aprecia discussões e conflitos. Por outro lado, pode carecer de falta de *insight* sobre o seu comportamento e sobre a natureza dos seus conflitos.

A elevação na escala de Hipocondria sinaliza a preocupação do cliente com o seu funcionamento sintomático e um interesse exagerado pela sua saúde, na ausência de perturbações reais. Pode indicar uma pessoa imatura, autocentrada, queixosa, exigente, pessimista, teimosa, entre outras características.

Por fim, a pontuação elevada na escala da Esquizofrenia não aparenta estar relacionada com patologia psicótica. Por outro lado, parece estar associada a uma pessoa com dificuldade nas interações sociais e afastamento das mesmas e que não se sente compreendida, podendo enfrentar questões importantes relacionadas com o valor pessoal e a sua identidade.

B. revela um perfil neurótico ligeiro, uma vez que apresenta uma elevação da tríade neurótica (escalas D, Hy e Hs), com pontuações T entre 70 e 80. Estes resultados apontam para um perfil neurótico ligeiro, sugerindo alguma angústia. Além disso, a interligação das duas escalas com pontuações mais elevadas (Psicopatia e Depressão) sugere que B. pode apresentar tendências antissociais e instabilidade emocional. A dificuldade de B. em prever as

consequências das suas ações pode levá-lo a novas atuações, podendo estas serem resistentes à mudança.

PCL-R.

Na entrevista que mede a psicopatia, a PCL-R, o cliente obteve um total de 13 pontos, nomeadamente, 7 no fator 1 e 4 no fator 2, não se verificando, assim, a presença de psicopatia. Salientam-se, contudo, alguns itens que apresentam pontuação máxima, como a necessidade de estimulação, a ausência de remorsos ou sentimentos de culpa e a superficialidade afetiva.

A pontuação relativa à necessidade de estimulação aponta para uma pessoa que apresenta uma necessidade crónica e excessiva para novas e excitantes estimulações. Como exemplo, em relação a fazer coisas loucas ou perigosas só por divertimento, B. assumiu fazer “corridas com carros, apostas... sentidos contrários, essas coisas que se veem na televisão (...) desde sempre”. No que respeita à ausência de remorsos, a pontuação máxima deve-se ao facto de B. demonstrar uma ausência geral de preocupação pelas consequências negativas das suas ações em terceiros. Este aspeto esteve patente no seu discurso a respeito dos seus crimes e das consequências que tiveram nas vítimas. A pontuação obtida no item da superficialidade afetiva deve-se à incapacidade manifestada por B. de experienciar emoções e afetos a um certo nível de profundidade. Por um lado, B. relata que nunca esteve apaixonado profundamente por ninguém. Por outro, foi visível, ao nível da linguagem não verbal, a inexistência de expressões emocionais quando, por exemplo, mencionava os seus filhos ou o quão importantes eram para si.

BIP.

Relativamente ao instrumento que mede aspetos relacionados com a eficácia profissional, BIP, as pontuações obtidas nos vários domínios avaliados – motivação profissional, competências centradas na tarefa, competências sociais e estrutura psicológica – correspondem, a maior parte, a percentis muito baixos (entre 1 e 4) ou a percentis baixos (15 e 20), indicando pontuações significativamente abaixo da norma.

Ao nível da motivação profissional, os resultados apontam para que B. seja uma pessoa com pouco interesse em atingir objetivos muito ambiciosos, apresentando pouca motivação para realizar tarefas exigentes e desafiantes. A pouca motivação para empreender sugere uma pessoa que prefere não se implicar na mudança. Por outro lado, é capaz de se sentir satisfeito e ser bem-sucedido ao cumprir funções que exigem conformidade com as estruturas já existentes.

No que respeita às competências centradas na tarefa, B. aparenta ser uma pessoa um tanto relutante relativamente a trabalhar com elevada precisão, podendo perder o interesse rapidamente em atividades com um elevado grau de detalhe e que exijam paciência. Por outro lado, valoriza a espontaneidade e o pragmatismo, considerando que o importante é terminar as tarefas, mais do que realizá-las com perfeição, e preferindo atividades que possam ser efetuadas sem necessidade de uma grande preparação. O cliente apresenta-se como pouco orientado para a ação, podendo sentir-se, frequentemente, inseguro quanto à melhor forma de efetuar as tarefas. Apesar disso, os seus resultados não são, necessariamente, inferiores aos de outros indivíduos que pontuam alto nesta escala, indicando, simplesmente, que não valoriza atividades que requerem uma ação rápida num contexto de incerteza.

Relativamente às competências sociais, os resultados apontam para uma pessoa retraída e insegura em diferentes situações sociais, apresentando dificuldade em desenvolver laços próximos com os outros. O facto de pontuar baixo na escala de sociabilidade pode indicar que, sendo uma pessoa que não intenta esconder as suas verdadeiras ideias e que não procura obter aprovação dos outros, é capaz de implementar medidas que os outros podem ter dificuldade em transmitir ou colocar em prática. Para algumas funções esta característica pode constituir uma vantagem, uma vez que a independência face à necessidade de relações interpessoais harmoniosas conduz estas pessoas a agir adequadamente em conflitos caracterizados por uma elevada tensão. Por outro lado, pode constituir uma dificuldade quando é necessária uma integração pacífica numa equipa, pois valoriza muito a autonomia, preferindo não depender do apoio dos outros nas suas tarefas. Outro aspeto que pode constituir um ponto positivo para algumas funções é o facto de não procurar impor as suas ideias aos outros, preferindo atingir os seus objetivos por meio do compromisso e não com base na autoridade.

Por fim, relativamente à escala do BIP que mede a estrutura psicológica, os baixos resultados na subescala da estabilidade emocional apontam para uma pessoa que quando está deprimida ou preocupada apresenta muita dificuldade em realizar o seu trabalho. Tal tende a acontecer, principalmente, em períodos difíceis da sua vida ou em situações stressantes, o que não condiciona, necessariamente, o desempenho em todas as situações profissionais. Estes resultados deverão ser assumidos como um aviso que requer que se preste uma maior atenção à resiliência psicológica de B. Além disso, o cliente aparenta ser uma pessoa que atinge rapidamente os limites da sua eficácia quando sobrecarregado. Os resultados mostram, ainda, uma baixa autoconfiança que pode constituir, por um lado, uma vantagem, no sentido em que a antecipação do julgamento por outros é, frequentemente, um incentivo importante para se

empenhar mais. Contudo, para ser integrado numa função que requeira muitas apresentações, boas competências comunicacionais e independência emocional, estes aspetos devem ser tidos em conta, uma vez que são áreas em que o indivíduo apresenta menos à-vontade.

HCR-20 e SAPROF.

No que respeita à avaliação de risco, os resultados apontam para um risco moderado para a violência e um baixo nível de proteção para o risco de violência. Nos fatores de risco salientamos a idade precoce do primeiro incidente violento, nomeadamente, a condução imprudente; os problemas no emprego; a elevada probabilidade de fracasso dos planos de tratamento; a elevada probabilidade de falta de apoio pessoal; e a elevada probabilidade de exposição a situações de stresse, nomeadamente, ao nível familiar e financeiro. Por outro lado, fatores de risco que consideramos ausentes são, por exemplo, os problemas com o uso de substâncias, o desajuste precoce e a impulsividade. No que concerne aos fatores de proteção para o risco de violência, salientamos o facto de em nenhum se verificar uma pontuação máxima. Como item-chave foi considerado o controlo externo – o facto de B. se encontrar em liberdade condicional, o que implica um contacto obrigatório com os serviços de reinserção social. Como itens-objetivo foram assinalados o autocontrolo, o trabalho e a gestão financeira, por serem considerados relevantes para este indivíduo tanto ao nível da violência, como da reincidência.

Salientamos que os itens omissos relativos à medicação, tratamentos e doenças devem-se ao facto de, através do contacto com a associação em que B. se encontra, não ter sido possível obter essa informação. Nesse sentido, a avaliação foi realizada com os dados disponíveis.

Discussão da avaliação psicológica de B.

Neste ponto apresentamos a discussão da avaliação psicológica, começando por relacionar os resultados do Mini-Mult com os dados da PCL-R. De seguida, discutimos os resultados do BIP com a PCL-R e, por fim, os da avaliação de risco.

Na entrevista PCL-R, apesar de B. não apresentar psicopatia, salienta-se o facto de apresentar traços de personalidade nesse sentido, verificando-se itens da escala com a máxima pontuação. Este aspeto pode explicar o resultado do Mini-Mult no que concerne à elevação na escala de psicopatia. Além disso, os resultados desta escala não indicam, necessariamente, uma conduta patológica, mas sim a suscetibilidade de a manifestar. A ausência de respostas emocionais profundas sugerida por estes resultados pôde ser observada durante a entrevista, nomeadamente, pela incapacidade de B. descrever as suas emoções e a superficialidade com que fala de alguns dos seus familiares mais próximos. Apresenta, também, um tom emocional frio, mostrando-se desvinculado nas relações e sem necessidade

das mesmas, o que é consistente com a pontuação elevada na escala de psicopatia do Mini-Mult. Além disso, esta elevação aponta para alguma dificuldade em aprender com a experiência, o que é visível na celeridade com que voltou a reincidir após o cumprimento da primeira pena.

A elevação na escala de Depressão do Mini-Mult é coerente com o que foi verbalizado pelo cliente durante a entrevista. Por um lado, B. alega a existência de uma “depressão genética”, para a qual é medicado desde os 12 anos, o que encara como algo a que não pode fugir. Por outro lado, refere que, antigamente, era uma pessoa muito alegre (“[...] eu sou... agora não, mas eu sou uma pessoa bastante alegre e estou sempre na brincadeira”). Além disso, durante a entrevista, B. demonstra ter uma autoestima baixa e os resultados do BIP sugerem uma baixa autoconfiança.

A interligação das duas escalas com pontuações mais elevadas do Mini-Mult – Psicopatia e Depressão –, que sugere que B. pode apresentar tendências antissociais e instabilidade emocional. Estas características puderam ser verificadas no decorrer da entrevista, segundo o relatado pelo cliente sobre o seu percurso.

Por outro lado, os resultados obtidos no BIP, especificamente na escala das competências sociais, ao nível da sociabilidade, sugerem uma pessoa reservada e com dificuldade em estabelecer laços próximos com os outros. Estas características vão ao encontro do verbalizado por B. na entrevista quando afirma ser uma pessoa reservada e sem amigos íntimos, apenas conhecidos.

A avaliação de risco aponta para um moderado risco de violência, evidenciando a presença de muito poucos fatores de proteção. Desta forma, tendo em conta o percurso de B. e as informações recolhidas durante o processo de avaliação, consideramos que a probabilidade de reincidência pode ser elevada.

Em suma, destacam-se os traços psicopáticos e os sintomas depressivos do cliente, que se refletem nos testes e na entrevista. Estes traduzem-se na suscetibilidade de manifestar tendências antissociais e alguma instabilidade emocional. Aliados ao risco de violência e aos reduzidos fatores de proteção, estes traços poderão dificultar a sua reinserção, sobretudo no que respeita à reincidência criminal.

Discussão clínica do caso B.

Segundo alguns dados que foram possíveis recolher sobre a sua história de vida, B. é oriundo de uma família, pelo menos, de classe média, sendo que a profissão da sua mãe era médica e do seu padrasto – que o criou e quem considera pai – diretor de uma universidade.

Apesar de ter vivido relacionamentos conjugais, em união de facto, verifica-se a ausência de relacionamentos íntimos profundos, segundo o próprio B., tendo estes sido baseados na atração física. B. confessa, até, nunca se ter sentido, efetivamente, apaixonado ao longo da sua vida.

O seu percurso profissional, apesar de ter começado cedo, por volta dos 14 anos, revela-se pouco diversificado, querendo focar-se na sua área laboral de preferência – motorista de táxi. Verifica-se que B. trabalhou desde cedo, apesar de não apresentar necessidades económicas para tal. Por outro lado, apresenta-se muito defensivo, fornecendo poucos dados sobre o período da infância.

Com 18 anos começa a praticar os primeiros crimes, nomeadamente furtos, altura em que se casa. Considera que nunca lhe faltou nada, tendo começado na vida do crime por “maluquice”, para ter mais do que o que já possuía. Usufruiu de duas penas suspensas e esteve detido duas vezes, evidenciado um histórico de reincidência que, por um lado, o foi afastando da família até não manter contacto efetivo com nenhum familiar.

No que respeita a relações de amizade, refere que não possui, também, nenhum amigo, apenas tem conhecidos. Contudo, tanto as relações próximas dentro da rede familiar (e.g., Bahr et al., 2005; Berg & Huebner, 2011), como o alargamento da rede de suporte social no geral (e.g., Marques, 2008) têm um papel importante no processo de reinserção social, nomeadamente, como auxílio na transição para a comunidade e na não reincidência. Neste sentido, constata-se que B. não apresenta estes fatores que são considerados protetores e que o poderiam beneficiar na sua reinserção.

Podemos verificar, por algumas verbalizações durante a entrevista, que B. apresenta um locus de controlo predominantemente externo, apresentando a perceção de alguma falta de controlo pessoal sobre determinadas situações e atribuindo-o a fatores externos a si. Por exemplo, B. afirma que reprovou por duas vezes, na primeira e segunda classe, somente por culpa da sua professora. Além disso, quando se refere à depressão que alega ter, afirma que “não há nada a fazer, é genética”. Segundo Beekman et al. (2001) o locus de controlo externo é preditor da persistência da depressão. Por outro lado, parece estar, igualmente, relacionado com uma baixa autoestima que, por sua vez, também está relacionada com a depressão (Yu & Fan, 2014). Foi possível verificar que B. apresenta uma autoestima bastante baixa, dada a insatisfação relativa ao seu percurso de vida e à situação em que se encontra. Desta forma, colocamos a hipótese de que estas três variáveis estejam relacionadas entre si.

Sobre a perturbação ao nível da depressão que alega ter, diz estar medicado desde os 12 anos. Os resultados do Mini-Mult evidenciam traços depressivos e na entrevista B. referiu

sintomas depressivos ao longo da vida. Atendendo a este facto, consideramos a importância da exploração deste aspeto, bem como um acompanhamento psicológico próximo. Pelos dados recolhidos na avaliação psicológica destacamos algumas características que consideramos importantes trabalhar durante o processo de reinserção, são elas: a propensão para a mudança; as competências emocionais e relacionais; a motivação no contexto laboral e relativa ao projeto de vida; a responsabilidade; a compreensão e o cumprimento de regras; o autoconceito e a autoestima; a gestão financeira; e o autocontrolo.

A sua autoestima e autoconfiança deverão ser alvos de intervenção, dado serem aspetos que se destacaram na avaliação e que podem contribuir para o estabelecimento e melhoria da qualidade das relações com os outros. De facto, parece que pessoas com baixa autoestima reportam mais interações sociais negativas, mais eventos de vida stressantes e menos suporte social que as pessoas com uma autoestima alta (Baumeister, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003). Além disso, uma autoestima alta encontra-se fortemente relacionada com a felicidade (Baumeister et al., 2003), pelo que a intervenção nesta área poderá também estar associada à melhoria ao nível dos sintomas depressivos.

O facto de ser uma pessoa reservada e apresentar dificuldade no estabelecimento de relações, aliado aos traços de psicopatia verificados, pode ser uma limitação ao nível da integração profissional numa equipa. Nesse sentido, um trabalho em que as interações interpessoais sejam reduzidas poderá ser mais produtivo para B.

Especificamente ao nível profissional, sabemos que as perspetivas de emprego constituem um obstáculo no período pós-reclusão (Petersilla, 2011). Nesse sentido, ponderamos que as expectativas e a motivação de B., para a integração em outras áreas profissionais que não a que prefere exercer (motorista de táxi), deverão ser ajustadas e trabalhadas no sentido em que B. poderá não conseguir obter trabalho nessa área. Dado ser uma pessoa que valoriza a autonomia e a independência em contexto profissional, será importante, também, trabalhar no sentido de desenvolver comportamentos de cooperação e trabalho em equipa que poderão ser benéficos para o desempenho das suas funções. Estar empregado é um fator de extrema importância, nomeadamente no que respeita à não reincidência (e.g., Bahr et al., 2005) e, por conseguinte, para uma reinserção bem-sucedida.

Reflexão pessoal sobre o caso B.

Consideramos que conseguimos realizar de uma forma bastante satisfatória esta avaliação, dado, também, o feedback fornecido pela técnica que presenciou a mesma. Ao mesmo tempo, B. mostrou-se sempre cooperante, o que facilitou a condução da avaliação.

Por um lado, o cliente apresentou uma atitude colaborante e uma postura calma, de certa forma amistosa. Por outro lado, tomámos consciência – neste caso e ao longo das restantes avaliações que observámos e realizámos – que tentamos, frequentemente, procurar justificações para os comportamentos das outras pessoas, tornando-se, assim, mais fácil compreendermos o porquê de terem agido de determinada forma, em determinado momento e circunstância. Contudo, apercebemo-nos que, por vezes, essa postura pode traduzir-se em algum comprometimento da nossa imparcialidade, deixando-nos “levar” por um lado mais emocional e menos assertivo. Pensamos que o objetivo é, sim, compreender e aceitar o outro, mas, não podemos deixar que isso nos leve, de certa forma, a desvalorizar ou diminuir os seus atos, estando passíveis de cair no erro de o desresponsabilizar dos mesmos. Assim, este aspeto, bem como a postura apresentada pelo cliente fizeram com que, talvez, não tivéssemos conseguido perceber de imediato além do que era o evidente. Em posterior discussão com a técnica que nos acompanhou pudemos, então, ter outra perspetiva diferente da nossa, o que foi bastante produtivo.

Ao nível dos instrumentos de avaliação, o facto de o Mini-Mult não se encontrar aferido para a população portuguesa constitui uma limitação. Como já referido anteriormente, pelo facto de o protocolo ter sido redefinido recentemente e pelo tempo restrito disponível para as avaliações, a avaliação foi realizada com o protocolo estabelecido na instituição. Contudo, apontamos alguns instrumentos que consideramos poderem ter sido úteis no caso de B. e que procurariam colmatar as limitações que se verificaram. Uma alternativa ao Mini-Mult poderia ser o Questionário de Análise Clínica (CAQ), validado para a população portuguesa, que possibilita a medição de traços normativos e patológicos e a obtenção de um perfil completo e multidimensional do indivíduo. Este questionário apresenta 12 escalas, correspondentes a variáveis da personalidade, algumas coincidentes com as do Mini-Mult (e.g., hipocondria, esquizofrenia). Por outro lado, o Inventário de Personalidade NEO-Revisto (NEO PI-R), que avalia os cinco principais domínios da personalidade – neuroticismo, extroversão, abertura à experiência, amabilidade e conscienciosidade –, ou a sua versão reduzida NEO-FFI (NEO-Five Factor Inventory), poderiam ser interessantes no sentido de realizar uma análise em linha com a perspetiva dimensional do DSM-5.

Em suma, com este caso pudemos refletir sobre aspetos e características pessoais que são suscetíveis de interferir numa análise clínica objetiva, servindo como aprendizagem para casos futuros. Por outro lado, permitiu-nos desenvolver competências no âmbito da aplicação de instrumentos de avaliação psicológica e da elaboração do respetivo relatório de avaliação

psicológica. Aprofundámos conhecimentos sobre a estruturação do mesmo e a importância da observação clínica para integração com os resultados dos instrumentos de avaliação.

III Parte – Discussão

3.1. Discussão do Trabalho de Estágio

O presente relatório pretendeu expor o trabalho desenvolvido durante o estágio efetuado na associação O Companheiro, pelo que procurámos descrever as atividades realizadas, bem como apresentar e discutir dois casos clínicos. As atividades em que participámos possibilitaram o contacto não só com a prática da psicologia, mas também com outras vertentes do trabalho realizado em prol da reinserção social de (ex) reclusos, todas elas fundamentais na intervenção do psicólogo.

Atualmente, a pena de prisão tem como um dos objetivos a ressocialização e reintegração das pessoas condenadas, visando a prevenção da prática de novos crimes (CP, 2015). Neste sentido, além de ter uma vertente punitiva, é reconhecida a importância de começar a preparar estas pessoas para a liberdade ao longo do período de reclusão. Contudo, pudemos observar que, efetivamente, o trabalho de reinserção realizado dentro dos EPs é insuficiente, levantando dificuldades e obstáculos para os ex-reclusos quando saem em liberdade. Além disso, toda a parte psicológica não pode estar senão comprometida, dada a precariedade do trabalho do psicólogo dentro dos EPs. Sabemos que a falta de acompanhamento na saúde mental traz consequências graves, como o aumento do risco de agressões e de suicídios, a ausência de programas de controlo de adições, entre outras (OPP, 2014). Por outro lado, a redução da taxa de reincidência só se torna possível através de medidas que passam por uma mudança efetiva de comportamentos, do equilíbrio emocional das pessoas reclusas e do desenvolvimento de competências imprescindíveis para a sua adaptação ao meio livre (Rodrigues, 2015). De facto, considerando que, atualmente, em Portugal, existem apenas 30 psicólogos para 14 mil reclusos e que esse processo é realizado, sobretudo, por estes profissionais, a reinserção destas pessoas fica, desde logo, também ela, comprometida. Através do que experienciámos durante o período de estágio, pudemos verificar precisamente estes aspetos. Muitos ex-reclusos que são encaminhados para a associação não apresentam documentação, apresentam problemáticas de consumos, sintomas psicopatológicos, poucos ou nenhuns laços familiares e competências pessoais e sociais pouco desenvolvidas. Como vimos, a prisão deveria providenciar programas de competências nesse sentido, com vista a alterar cognições, atitudes e estilos de vida (Gonçalves, 2007).

Sabemos que o período de reclusão acarreta várias transformações para as pessoas reclusas, nomeadamente, porque são forçadas a ajustar-se à cultura prisional, o que implica várias adaptações psicológicas (Haney, 2003). Por sua vez, essas adaptações e experiências vividas dentro da prisão têm implicações no processo de transição para a sociedade livre. Os obstáculos com que os ex-reclusos se deparam são vários e, muitos deles, podem durar anos após a libertação (Schnittker, 2014).

Nesse sentido, os acompanhamentos psicológicos e psicossociais realizados na instituição procuram promover o bem-estar e qualidade de vida em liberdade dos ex-reclusos. Tanto o cliente que acompanhámos, como o cliente a quem realizámos a avaliação psicológica revelaram questões importantes a serem trabalhadas em acompanhamento psicológico, designadamente, aos níveis da saúde mental e da rede de suporte. O trabalho destes aspetos propõe-se a promover a reinserção social dos clientes, auxiliando-os, assim, na sua vida em liberdade. Como verificámos, o papel do psicólogo neste contexto passa por ajudar a pessoa a desenvolver competências pessoais e sociais e a restabelecer as relações de suporte social (Marques, 2008), pelo que, no caso do cliente A., procurámos trabalhar nesse sentido. Além disso, ambos os clientes manifestaram sintomas psicopatológicos, o que é frequente verificar-se em reclusos e ex-reclusos (e.g., Schönfeld et al., 2006; Sepehrmanesh, Ahmadvand, Akasheh, & Saei, 2014). O acompanhamento que realizámos ao cliente A. visou, assim, apoiá-lo no sofrimento que a sua perturbação lhe trazia, articulando com outros serviços, como a psiquiatria. Neste caso, o trabalho multidisciplinar pretende alcançar um conjunto mais amplo de competências no que respeita à reabilitação ao nível da saúde mental (Lieberman, Hilty, Drake, & Tsang, 2001). A combinação de fármacos antipsicóticos ou antidepressivos com o treino de competências sociais, o apoio no emprego e a psicoeducação ao nível familiar, por exemplo, pode originar resultados positivos (Lieberman et al., 2001).

Ao longo do estágio verificámos que, além da ausência de suprimento de necessidades básicas, como a habitação, é recorrente, como já referimos, a ausência de suporte social. A literatura mostra-nos como as redes de suporte social são importantes para o sucesso da reinserção social (Berg & Huebner, 2011), designadamente, ao nível da não reincidência (Bahr et al., 2005; Marques, 2008).

Observámos, também, que, não escassas vezes, os ex-reclusos apresentam dificuldade na relação com os outros. Assim, n'O Companheiro são realizadas atividades que procuram desenvolver competências pessoais e sociais importantes para facilitar o processo de integração em diferentes contextos – relacional, profissional e na comunidade –, como o trabalho em equipa, a cooperação e a gestão de conflitos. Especificamente, o treino de

competências que dinamizámos, bem como a nossa colaboração semanal nas atividades do GEFE, procuraram promover a autonomização dos clientes na procura de emprego. A literatura mostra que o facto de estar empregado está relacionado com uma probabilidade mais baixa de reincidir (e.g., Nally et al., 2014; Skardhamar & Telle, 2012). Além disso, as medidas de intervenção com vista à não reincidência devem implicar a aprendizagem de competências educacionais e profissionais e a aquisição de competências pro-sociais (Gonçalves, 1993). Assim, o desenvolvimento de competências nesse sentido é de extrema importância para ajudar estas pessoas a viver autonomamente e a fazer face aos desafios que se interpõem em meio livre. Além disso, uma melhoria da articulação entre os programas dentro da prisão e os programas fora da prisão que foquem o desenvolvimento de competências, bem como o desenvolvimento de serviços de apoio e programas de emprego, poderia melhorar a capacidade dos ex-reclusos para encontrar e manter emprego (Shinkfiel & Graffam, 2009).

Considerando o que experienciámos durante o período do estágio, julgamos essencial para o processo de reinserção social trabalhar no sentido de desmistificar os pré-conceitos e os rótulos existentes sobre esta população. Nesse sentido, Gonçalves (1998) defende a importância de intervir junto dos indivíduos reclusos, mas também junto da comunidade que os recebe após a sua libertação, considerando a estigmatização pela qual grande parte dos ex-reclusos passa. As atividades nas quais participámos, como as Jornadas d'O Companheiro e as ações de rua, por exemplo, contribuíram para a disseminação de informação sobre o trabalho desta associação e sobre a área da reinserção social de (ex) reclusos. Pensamos, assim, que as várias atividades desenvolvidas pel'O Companheiro que procuram envolver a comunidade contribuem para um caminho no sentido da desmistificação destas ideias preconcebidas.

3.2. Reflexão Global

Ao fim de três anos de licenciatura em psicologia deparámo-nos com mais uma escolha a fazer ao longo do nosso percurso estudantil. Se, por um lado, sempre preferimos a área clínica, por outro, sempre nos fascinou a área forense e criminal. Tivemos de optar e assim foi, escolhemos realizar o mestrado em psicologia clínica, não perdendo de vista, contudo, a outra área. Quando tivemos, novamente, de optar pela via profissionalizante ou de investigação no último ano, escolhemos a primeira por considerarmos que, para além de nunca termos realmente colocado “as mãos na massa”, pessoalmente, é para nós mais enriquecedor aprender fazendo, após quatro anos teóricos. Com a oportunidade de escolher o

local de estágio, decidimos aproximar-nos daquele que sempre foi o nosso fascínio, escolhendo a associação O Companheiro.

Podemos dizer que as expectativas iniciais eram tão elevadas como o nervosismo de dar o primeiro passo na prática da psicologia. As dúvidas e os receios que pensámos que apenas nós tínhamos, mas que chegámos à conclusão que todos, naquele lugar, passam pelo mesmo. Uma das principais dificuldades sentidas foi ao nível do acompanhamento psicossocial. Por um lado, apreciamos a confiança depositada para acompanhar um cliente com tão pouco tempo de estágio, bem como a autonomia e liberdade que nos foi dada nesse sentido. Por outro lado, consideramos que a existência de reuniões periódicas de supervisão/intervisão com psicólogas e estagiárias de psicologia teriam beneficiado o nosso trabalho, ao nível pessoal de desenvolvimento de competências. Consideramos, assim, que a inexistência destas reuniões periódicas foi um aspeto limitador e referimos como sugestão a instituição das mesmas. Ainda assim, o apoio e orientação por parte de diferentes técnicas de psicologia da instituição, bem como as aulas de seminário de estágio na universidade auxiliaram-nos, oferecendo diferentes perspetivas das situações com as quais nos fomos defrontando, tanto ao nível dos casos em concreto, como ao nível pessoal.

Ao nível das avaliações psicológicas, o facto de passarmos pela observação antes de as realizarmos autonomamente permitiu-nos compreender as diferentes fases a abordar e a forma de as conduzir. Por outro lado, sendo a PCL-R uma entrevista bastante extensa e invasiva, com perguntas do foro íntimo e outras que despoletam emoções menos positivas, e tendo, igualmente, em conta que algumas pessoas apresentam alguma necessidade de falar e serem escutadas, procurou-se, o mais possível, adotar uma atitude de compreensão empática. Dada a estrutura da entrevista, é fácil deixarmo-nos levar por uma atitude mais “inspetora”, como se a realizar um inquérito mas tivemos o cuidado de evitar essa postura. Na verdade, estas pessoas já foram outrora condenadas e a sua vida “inspecionada”, sendo o nosso papel, nesta altura do seu percurso, compreendê-las e ajudá-las no seu processo de reintegração na sociedade. Como tal, consideramos que a adoção de uma postura nestes moldes, apenas beneficiará esse processo. Contudo, este foi um grande desafio, primeiramente, porque nunca tínhamos tido contacto com este instrumento, pelo que esta atitude só era possível desenvolver com a prática da aplicação do mesmo, sendo que tivemos a oportunidade de realizar três entrevistas usando a PCL-R. Segundamente, o tempo para as avaliações era igualmente limitado, tanto porque o protocolo de avaliação requeria algum tempo para ser aplicado, como também o tempo do próprio cliente na instituição era, muitas vezes, reduzido. Nesse sentido, procurou-se ao máximo equilibrar todos estes aspetos.

Refletimos que, dada a extensão do protocolo e de modo a tornar os resultados dos instrumentos o mais fidedignos possíveis, o ideal talvez fosse realizar a avaliação em mais do que uma sessão. Além disso, se numa primeira sessão fosse realizada a PCL-R, com recolha de dados suficientes para a elaboração da história clínica do cliente, seria possível seleccionar outros instrumentos, a aplicar posteriormente, adequados especificamente ao mesmo, não recorrendo a um protocolo pré-definido, igual para todos. Contudo, julgamos que a avaliação neste contexto é realizada de acordo com as melhores condições que existem, sendo que, quando possível, a avaliação é repartida por mais do que uma sessão.

Ao nível técnico, consideramos, assim, uma mais-valia a oportunidade de termos desenvolvido competências inerentes ao acompanhamento psicológico, como a escuta ativa, o desenvolvimento de uma relação terapêutica, a recolha e a análise de histórias clínicas. Além disso, adquirimos e aprofundámos conhecimentos teóricos e práticos sobre diferentes instrumentos de avaliação psicológica, bem como outros conhecimentos no acompanhamento psicossocial acerca da problemática da reinserção social de (ex) reclusos.

Ao nível humano, consideramos que esta foi uma experiência extremamente enriquecedora, arriscamo-nos a dizer, até mais do que ao nível de competências técnicas. O facto de lidarmos diariamente com estas pessoas e de, não diria despende, mas partilhar, tempo com elas, para as escutar, ainda que informalmente; ouvir a sua história de vida; ouvir os seus dilemas do quotidiano; sermos recebidos com um “bom dia” e um sorriso ou sermos acarinhados com um doce; sermos os primeiros a quem recorrem, não só para contar as suas dores, mas também os momentos felizes; é, na realidade, algo que não se aprende nos livros, mas apenas na vivência com o outro.

Durante o estágio, pudemos desenvolver competências no que respeita à interação com estas pessoas, que se encontram marginalizadas pela sociedade. Consideramos que, também temos de nos adaptar a estas no sentido de compreendermos a sua história de vida e as suas problemáticas, encontrando a melhor forma de lidar com as mesmas. No fundo, trata-se nada mais do que aquilo que julgamos serem os aspetos básicos para convivermos e nos relacionarmos com os outros: compreender e aceitá-los, de acordo com o seu quadro de referência. Desta forma, trouxemos connosco o reforço desta ideia, para a nossa vida pessoal.

Se nos considerávamos compreensivos e tolerantes, através desta experiência conseguimos, realmente, aprofundar estas características. Acreditamos que, sem dúvida, recebemos muito para além daquilo que damos e pudemos, também nós, aprender com estas pessoas. Com isto, concluímos que somos muitas vezes transformados no processo de gerar a transformação nos outros; e isto vale sempre a pena. Este estágio aguçou, assim, a nossa

curiosidade, bem como a motivação para trabalhar com esta população em específico, pelo que, futuramente, gostaríamos de fazer o nosso caminho na psicologia nesta área.

Tanto o período de estágio como o de redação deste relatório proporcionaram-nos momentos de reflexão à medida que nos fomos confrontando com a realidade desta problemática, ao nível teórico, mas também prático. Ao longo do nosso breve percurso na psicologia e, sobretudo, mais recentemente, em que temos estado mais inseridos no contexto criminal e da exclusão social, apercebemo-nos que, à nossa volta, ainda são muitas as pessoas que veem as pessoas (ex) reclusas não como suas semelhantes, mas como pessoas que não são merecedoras de segundas oportunidades e, algumas delas, nem são até merecedoras da própria vida. Por um lado, tivemos que trabalhar o desenvolvimento da nossa tolerância às opiniões dos outros, diferentes das nossas. Por outro lado, ficamos sempre com a sensação que não podemos ficar calados e que, tendo o conhecimento, é nosso dever, pelo menos, transmiti-lo aos outros; aos outros caberá fazer com essas informações o que desejarem.

A nosso ver, parece-nos que, muitas vezes, enquanto cidadãos da sociedade civil, nos demitimos do papel que, como já vimos anteriormente, todos deveremos ter na reinserção social de ex-reclusos. De facto, parece mais fácil colocar aqueles que cometeram crimes entre grades, do que “gastar” tempo a perceber o porquê. Esquecemo-nos que estas pessoas têm um percurso e uma história de vida e que outrora foram crianças que, quase certamente, não tiveram as oportunidades que muitos de nós tivemos, sendo estas um produto do meio em que cresceram. No fundo, esquecemo-nos que esses “outros” poderíamos ser nós mesmos também. Ponderamos que se pudéssemos dar a escolher a uma pessoa desta população entre a nossa vida e a vida que tiveram, muitas escolheriam ter a nossa. Então, por que não reconhecê-las enquanto pessoas que são e ajudá-las a recompor a sua? Ainda que, assim, muitos continuem a julgar que estas pessoas não são merecedoras desse “esforço”, apontamos para o facto de que as pessoas reclusas, seja de nossa vontade ou não, irão um dia regressar à sociedade livre. Pensamos que seja consensual que preferimos viver numa sociedade livre de crime, pelo que é urgente ajudar e reabilitar estas pessoas, por mais que não seja, pelo nosso próprio bem.

Perante a realidade portuguesa, consideramos que, muitas vezes, não são disponibilizados os recursos humanos necessários para o trabalho desta problemática junto da população (ex) reclusa; talvez porque o pensamento dos decisores políticos é concebido a curto e não a longo prazo, os psicólogos são vistos como um custo, mas, na realidade, julgamos que é o seu trabalho que previne custos maiores. Apercebemo-nos, por vários testemunhos que pudemos presenciar de profissionais desta área, que, muitas vezes, no que

respeita ao trabalho desenvolvido dentro das prisões, se fica pelas teorias, pelos planos, pelos programas, que são elaborados mas que nunca chegam a ser colocados, efetivamente, em prática ou já o são tardiamente.

Posto isto, surge a necessidade do trabalho de associações como O Companheiro que apoiem e acompanhem estas pessoas, promovam a sua inserção e o desenvolvimento de competências que lhes permitam fazer face aos desafios, obstáculos e oportunidades que as esperam cá fora. Também este trabalho, por parte dos profissionais, constitui um grande desafio, devido às características próprias desta população, mas que julgamos que poderia ser facilitado, em muito, se fosse cumprido um dos objetivos a que a execução da pena se propõe: ressocializar e reintegrar o indivíduo – sendo que esta só termina no final da liberdade condicional.

Neste sentido, gostaríamos de reconhecer e congratular o trabalho que O Companheiro concretiza há 29 anos que, por todas as razões, se torna imprescindível e fundamental para muitas pessoas no nosso país, sendo a única associação em Portugal com os moldes que esta apresenta. É n'O Companheiro que muitos indivíduos encontram uma casa e uma família e onde são olhados como aquilo que, acima de tudo, são: pessoas.

Referências

- Abdin, E., Koh, K., Subramaniam, M., Guo, M., Leo, T., Teo, C., ... Chong, S. (2011). Validity of the Personality Questionnaire-4 (PDQ-4+) among mentally ill prison inmates in Singapore. *Journal of Personality Disorders*, 25, 834-841. doi: 10.1521/pedi.2011.25.6.834
- American Psychiatric Association [APA] (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Arditti, J. (2012). *Parental incarceration and the family: psychological and social effects of imprisonment on children, parents, and caregivers*. New York, NY: New York University Press.
- Bahr, S., Armstrong, A., Gibbs, B., Harris, P., & Fisher, J. (2005). The reentry process: how parolees adjust to release from prison. *Fathering*, 3, 243-265.
- Baumeister, R., Campbell, J., Krueger, J., & Vohs, K. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 1-44. doi: 10.1111/1529-1006.01431
- Berg, M., & Huebner, B. (2011). Reentry and the ties that bind: an examination of social ties, employment, and recidivism. *Justice Quarterly*, 28, 382-410. doi:10.1080/07418825.2010.498383
- Barreto, M. (2006). Depois das grades: um reflexo da cultura prisional em indivíduos libertos. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 26, 582-593.
- Boden, J., Fergusson, D., & Horwood, L. (2012). Alcohol misuse and criminal offending: findings from a 30-year longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 128, 30-36. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2012.07.014
- Boxer, P., Middlemass, K., & Delorenzo, T. (2009). Exposure to violent crime during incarceration: effects on psychological adjustment following release. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 793-807. doi: 10.1177/0093854809336453
- Buhagiar, K., Parsonage, L., & Osborn, D. (2011). Physical health behaviours and health locus of control in people with schizophrenia-spectrum disorder and bipolar disorder: a cross-sectional comparative study with people with non-psychotic mental illness. *BioMed Central*, 11,104. doi: 10.1186/1471-244X-11-104
- Calvo, N., Gutiérrez, F., Andi6n, 6., Caseras, X., Torrubia, R., & Casas, M. (2012). Psychometric properties of the spanish version of the self-report: Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+) in psychiatric outpatients. *Psicothema*, 24, 156-160.

- Carreira, L., & Gonçalves, R. (2010). Psicopatologia e adaptação à prisão. *Saúde Mental*, 4, 14-30.
- Crawley, E., & Sparks, R. (2006). Is there life after imprisonment? How elderly men talk about imprisonment and release. *Criminology & Criminal Justice*, 6, 63-82. doi: 10.1177/1748895806060667
- Cid, J. (2009). Is imprisonment criminogenic? A comparative study of recidivism rates between prison and suspended prison sanctions. *European Journal of Criminology*, 6, 459-480. doi: 10.1177/1477370809341128
- Clemmer, D. (1940). *The prison community*. New Braunfels, Texas: Christopher Publishing House.
- Código Penal Português [CP]. (2015). *Aprovado pelo Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de Março*. Coimbra, Portugal: Almedina.
- Davis, L., Bozick, R., Steele, J., Saunders, J., & Miles, J. (2013). Evaluating the effectiveness of correctional education: a meta-analysis of programs that provide education to incarcerated adults. Santa Monica, California: RAND Corporation. Retirado de http://www.rand.org/pubs/research_reports/RR266.html
- Davison, S., Leese, M., & Taylor, P. (2001). Examination of the screening properties of the personality diagnostic questionnaire 4+ (PDQ-4+) in a prison population. *Journal of Personality Disorders*, 15, 180-194. doi: 10.1521/pedi.15.2.180.19212
- Dhami, M., Ayton, P., & Lowewinstein, G. (2007). Adaptation to imprisonment: indigenous or imported? *Criminal Justice and Behavior*, 34, 1085-1100. doi: 10.1177/0093854807302002
- Diário da República (2013). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/2013*. Diário da República, 1.ª série – N.º 140 – 23 de Julho de 2013. Retirado de www.igfse.pt
- Diniz, A., Almeida, L., & Pais, L. (2007). Contextos profissionais e práticas da avaliação psicológica: inquérito aos psicólogos portugueses. *Psico-USF*, 12, 1-12.
- Direcção-Geral da Política de Justiça [DGPJ] (2015). *Estatísticas sobre reclusos nos estabelecimentos prisionais e jovens internados em centros educativos (2010-2014)*. Maio de 2015, n.º 37. Retirado de www.dgpj.mj.pt
- Fazel, S., & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200, 364-373. doi: 10.1192/bjp.bp.111.096370

- Felizardo, S. (2005). Avaliação da personalidade no CAT de Castelo Branco – perfil obtido a partir do Mini-Mult questionário aplicado aos utentes em programa de metadona. *Toxicodependências*, 11, 25-36.
- Fergusson, D., Swain, N., & Horwood, J. (2004). How does economic disadvantage lead to crime? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 956-966. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.t01-1-00288.x
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Folstein, M., Robins, L., & Helzer, J. (1983). The Mini-Mental State Examination. *Archives of General Psychiatry*, 40, 812.
- Fujii, D., & Ahmed, I. (2007). Introduction: is psychosis a neurobiological syndrome?. In D. Fujii, & I. Ahmed (Eds.), *The spectrum of psychotic disorders: neurobiology, etiology, and pathogenesis* (pp.15-38). Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Gearing, R., Alonzo, D., Smolak, A., McHugh, K., Harmon, S., & Baldwin, S. (2010). Association of religion with delusions and hallucinations in the context of schizophrenia: implications for engagement and adherence. *Schizophrenia Research*, 126, 150-163. doi: 10.1016/j.schres.2010.11.005
- Goldstein, G., Allen, D., & Haas, G. (2007). Schizophrenia. In D. Fujii, & I. Ahmed (Eds.), *The spectrum of psychotic disorders: neurobiology, etiology, and pathogenesis* (pp.15-38). Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Gomes, C., Duarte, M., & Almeida, J. (2003, maio). Crimes, penas e reinserção social: um olhar sobre o caso português. *Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia*. Retirado de <http://www.aps.pt/?area=102&mid=005&idpub=PUB460d42061fd7a>
- Gonçalves, L. C. (2014). *Inmate adjustment to prison and correctional practices: explaining institutional infractions, health care utilization, and coping strategies*. Manuscrito não publicado, Universidade do Minho, Braga.
- Gonçalves, R. (1993). *A adaptação à prisão: um processo vivido e observado*. Lisboa, Portugal: Direcção-Geral dos Serviços Prisionais.
- Gonçalves, R. (2007). Promover a mudança em personalidades anti-sociais: punir, tratar e controlar. *Análise Psicológica*, 4, 571-583.
- Gonçalves, L., & Gonçalves, R. (2012). Agressividade, estilo de vida criminal e adaptação à prisão. *Psicologia USP*, 23, 559-584. doi: 10.1590/S0103-65642012005000013

- Gonçalves, R., & Salém, C. (2002). Droga, comportamento criminoso e psicopatia: resultados de um estudo comparativo. *Toxicodependências*, 8, 27-36.
- Grover, S., Davuluri, T., & Chakrabarti, S. (2014). Religion, spirituality, and schizophrenia: a review. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 36, 119-124. doi: 10.4103/0253-7176.130962
- Haggard-Grann, U., Hallqvist, J., Langström, N., & Möller, J. (2006). The role of alcohol and drugs in triggering criminal violence: a case-crossover study. *Addiction*, 101, 100-108. doi: 10.1111/j.1360-0443.2005.01293.x
- Haney, C. (2003). The psychological impact of incarceration: implications for post-prison adjustment. In J. Travis, & M. Waul (Eds.). *Prisoners once removed: the impact of incarceration and reentry on children, families, and communities* (pp. 33-65). Washington, DC: The Urban Institute.
- Harreveld, F., Pligt, J., Claassen, L., & Dijk, W. (2007). Inmate emotion coping and psychological and physical well-being: the use of crying over spilled milk. *Criminal Justice and Behavior*, 34, 697-708. doi: 10.1177/0093854806298468
- Harrow, M., Hansford, B., & Astrachan-Fletcher, E. (2009). Locus of control: relation to schizophrenia, to recovery, and to depression and psychosis – a 15-year longitudinal study. *Psychiatry Research*, 168, 186-192. doi: 10.1016/j.psychres.2008.06.002
- Hawley, J., Murphu, I., Souto-Otero, M. (2013). *Prison education and training in europe: current state-of-play and challengers*. Retirado de www.ec.europa.eu
- Hochstetler, A, Murphy, D., & Simons, R. (2004). Damaged goods: exploring predictors of distress in prison inmates. *Crime and Delinquency*, 50, 436- 457. doi: 10.1177/0011128703257198
- Huebner, B. (2007). The effect of incarceration on marriage and work over the life course. *Justice Quarterly*, 22, 281-303. doi:10.1080/07418820500089141
- Ireland, J., Brown, S., & Ballarini, S. (2006). Maladaptative personality traits, coping styles and psychological distress: a study of adult male prisoners. *Personality and Individual Differences*, 41, 561-573. doi:10.1016/j.paid.2006.03.002
- Klement, C. (2015). Comparing the effects of community service and imprisonment on reconviction: results from a quasi-experimental Danish study. *Journal of Experimental Criminology*, 11, 237-261. doi: 10.1007/s11292-015-9231-1
- Laroi, F., Luhrmann, T., Bell, V., Christian Jr., W., Deshpande, S., Fernyhough, C., ... Woods, A. (2014). Culture and hallucinations: overview and future directions. *Schizophrenia Bulletin*, 40, 213-220. doi: 10.1093/schbul/sbu012

- Liberman, R., Hilty, D., Drake, R., & Tsang, H. (2001). Requirements for multidisciplinary teamwork in psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Services*, 52, 1331-1342.
- Ling, H., Qian, M., & Yang, B. (2010). Reliability and validity of the chinese version of the Personality Diagnostic Questionnaire-4+: a study with chinese college students. *Social Behavior and Personality*, 38, 311-320. doi: 10.2224/sbp.2010.38.3.311
- Listwan, S., Colvin, M., Hanley, D., & Flannery, D. (2010). Victimization, social support, and psychological well-being: a study of recently released prisoners. *Criminal Justice and Behavior*, 37, 1140-1159. doi: 10.1177/0093854810376338
- Lopes, P., Barreira, D., & Pires, A. (2001). Tentativa de suicídio na adolescência: avaliação do efeito de gênero na depressão e personalidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, 47-57.
- Loue, S., & Sajatovic, M. (2008). Auditory and visual hallucinations in a sample of severely mentally ill Puerto Rican women: an examination of the cultural context. *Mental Health, Religion and Culture*, 11, 597-608. doi:10.1080/13674670701795971
- Machado, M., Rocha, A., & Ferreira, C. (2007). *BIP, Inventário de personalidade e competências para as organizações*. Lisboa, Portugal: CEGOC-TEA.
- Major, B., & O'Brien, L. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, 56, 393-421. doi: 10.1146/annurev.psych.56.091103.070137
- Marques, E. (2008). Tratamento em meio prisional: desafios e problemas na prática clínica do psicólogo – Internamento de inimputáveis/intervenção em toxicodependentes. *Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Psicologia da Justiça*, 2, 55-71.
- Meade, B., & Steiner, B. (2013). The effects of exposure to violence on inmate maladjustment. *Criminal Justice and Behavior*, 40, 1228-1249. doi: 10.1177/0093854813495392
- Menezes, A., Jr., & Moreira-Almeida, A. (2010). Religion, spirituality, and psychosis. *Current Psychiatry Reports*, 12, 174-179. doi: 10.1007/s11920-010-0117-7
- Moreira, N., Gonçalves, R. (2010). Perturbação mental e ideação suicida entre reclusos preventivos. *Análise Psicológica*, 1, 133-148. doi: 10.14417/ap.259
- Morgado, J., Rocha, C., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examinations. *Sinapse*, 9, 10-16.
- Mohr, S., & Huguelet, P. (2004). The relationship between schizophrenia and religion and its implications for care. *Swiss Medical Weekly*, 134, 369-376.

- Murray, J. (2005). The effects of imprisonment on families and children of prisoners. In A. Liebling & S. Maruna (Eds.), *The effects of imprisonment* (pp. 442-492). Cullompton, United Kingdom: Willan Publishing.
- Murray, J., & Farrington, S. (2005). Parental imprisonment: effects on boys' antisocial behaviour and delinquency through the life-course. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 1269-1278. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01433.x
- Nally, J., Lockwood, S., Ho, T., & Knutson, K. (2014). Post-release recidivism and employment among different types of released offenders: a 5-year follow-up study in the United States. *International Journal of Criminal Justice Sciences*, 9, 16-34.
- Neves, A., Gonçalves, R., & Palma-Oliveira, J. (2011). Assessing risk for violent and general recidivism: a study of the HCR-20 and the PCL-R with a non-clinical sample of Portuguese offenders. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10, 137-149. doi: 10.1080/14999013.2011.577290
- Neves, A., & Soeiro, C. (2014). Avaliação dos fatores de proteção para o risco de violência: contributo do SAPROF. In M. Paulino, & F. Almeida (Coord.), *Psicologia, justiça e ciências forenses: perspetivas atuais* (pp. 299-315). Lisboa, Portugal: Pactor.
- Ng, F. (2007). The interface between religion and psychosis. *Australian Psychiatry*, 15, 62-66. doi: 10.1080/10398560601083118
- Novais, F., Ferreira, J., & Santos, E. (2010). Transição e ajustamento de reclusos ao estabelecimento prisional. *Psychologica*, 52, 209-242.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP] (2014). Estabelecimentos prisionais sem serviços de saúde mental. *PSIS21*, 8, 12.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP] (2015). Apoio psicológico nos estabelecimentos prisionais: o poder sem querer. *PSIS21*, 9, 27-28.
- Pacheco, F., & Pacheco, M. (2002). As reacções criminais do Direito Penal Português na perspectiva de reintegração social. *Análise Psicológica*, 3, 331-335.
- Pedrosa, C. J., & Dias, I. S. T. (2005). Intervenção psicológica em meio prisional. *Temas Penitenciários*, 1, 79-87.
- Petersilia, J. (2001). Prisoner reentry: public safety and reintegration challenges. *The Prison Journal*, 81, 360-375. doi: 10.1177/0032885501081003004
- Pezzotti, P., Scalmana, S., Mastromattei, A., Di Lallo, D., & the “Progetto Alzheimer” Working Group. (2008). The accuracy of the MMSE in detecting cognitive impairment when administered by general practitioners: a prospective observational study. *BioMed Central Family Practice*, 9. doi: 10.1186/1471-2296-9-29

- Picken, J. (2012). The coping strategies, adjustment and well being of male inmates in the prison environment. *Internet Journal of Criminology*. Retirado de http://www.internetjournalofcriminology.com/picken_the_coping_strategies_adjustment_and_well_being_of_male_inmates_ijc_july_2012.pdf
- Rocheleau, A. (2013). An empirical exploration of the “pains of imprisonment” and the level of prison misconduct and violence. *Criminal Justice Review*, 38, 354-374. doi: 10.1177/0734016813494764
- Rodrigues, A. (2000). *Novo olhar sobre a questão penitenciária*. Coimbra, Portugal: Coimbra Editora.
- Rodrigues, F. (2015, 30 abril). Psicólogos e prisões: mais uma (sem) vergonha consciente e assumida. *Público*. Retirado de www.ordemdospsicologos.pt
- Schönfeld, C., Schneider, F., Schröder, T., Widmann, B., Botthof, U., & Driessen, M. (2006). Prevalence of psychiatric disorders, psychopathology, and the need for treatment in female and male prisoners. *Der Nervenarzt*, 77, 830-841. doi: 10.1007/s00115-005-1946-1
- Sepehrmanesh, Z., Ahmadvand, A., Akasheh, G., & Saei, R. (2014). Prevalence of psychiatric disorders and related factors in male prisoners. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16. doi: 10.5812/ircmj.15205
- Shinkfield, A., & Graffam, J. (2009). Community reintegration of ex-prisoners: type and degree of change in variables influencing successful reintegration. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 53, 29-42. doi: 10.1177/0306624X07309757
- Schnittker, J. (2014). The psychological dimensions and the social consequences of incarceration. *The Annals of the American Academy*, 651, 122-138. doi: 10.1177/0002716213502922
- Schnittker, J., Massoglia, M., & Uggen, C. (2011). Incarceration and the health of the african american community. *Du Bois Review*, 8, 1-9. doi: 10.1017/S1742058X11000026
- Seiter, R., & Kadela, K. (2003). Prisoner reentry: what works, what does not, and what is promising. *Crime Delinquency*, 49, 360-388. doi: 10.1177/0011128703049003002
- Skardhamar, T., & Telle, K. (2012). Post-release employment and recidivism in Norway. *Journal of Quantitative Criminology*, 28, 629-649. doi: 10.1007/s10940-012-9166-x
- Suhail, K., & Ghauri, S. (2010). Phenomenology of delusions and hallucinations in schizophrenia by religious convictions. *Mental Health, Religion and Culture*, 13, 245-259. doi: 10.1080/13674670903313722

- Thakral, S., Bhatia, T., Gettig, E., Nimgaonkar, V., & Deshpande, S. (2014). A comparative study of health locus of control in patients with schizophrenia and their first degree relatives. *Asian Journal of Psychiatry*, 7, 34-37. doi: 10.1016/j.ajp.2013.10.004
- Thomas, E., Spittal, M., Taxman, F., & Kinner, S. (2015). Health-related factors predict return to custody in a large cohort of ex-prisoners: new approaches to predicting re-incarceration. *Health and Justice*, 3, 1-13. doi: 10.1186/s40352-015-0022-6
- Thompson, A. (2002). *A questão penitenciária*. Rio de Janeiro, Brasil: Editora Forense.
- Weiten, W., Dunn, D., & Hammer, E. (2015). *Psychology applied to modern life: adjustment in the 21st century (10th ed.)*. Belmont, California: Wadsworth, Cengage Learning.
- Yu, X., & Fan, G. (2014). Direct and indirect relationship between locus of control and depression. *Journal of Health Psychology*. doi: 10.1177/1359105314551624