

Bárbara Assis Ferreira

Projeto de Graduação

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Licenciatura em Criminologia

Porto, 2021

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

Bárbara Assis Ferreira

Projeto de Graduação

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Licenciatura em Criminologia

Porto, 2021

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

A aluna

(Bárbara Assis Ferreira)

Projeto de Graduação apresentado à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, da Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Grau de Licenciado do Curso de Criminologia, sob orientação da Professora Doutora Glória Jóluskin.

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, mas, principalmente, a minha licenciatura, a todos os que me amam e que se orgulham de mim, em especial, aos meus pais e avós.

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Doutora Glória Jólluskin, pela orientação, amabilidade, disponibilidade e paciência.

Aos meus pais, por me proporcionarem este momento.

Às minhas melhores amigas e companheiras de profissão, Eduarda Patrício, Margarida Varela, Nádia Queirós, Mariana Vilela, Isabel Brás e Ana Cunha. Sem vocês, não seria possível.

À minha supervisora de estágio, Dr^a. Olga Marques, pelos ensinamentos, acompanhamento e disponibilidade, e a todos os guardas prisionais e técnicos do Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo – Masculino, que tão bem me receberam, em especial, ao Sr. João Moreira, pelo gosto em ajudar, pela dedicação, e por se colocar sempre à disposição.

Por último, a todos os reclusos que, durante os meses de estágio, se cruzaram comigo, e contribuíram para o enriquecimento dos meus conhecimentos na área.

A todos, um muito obrigada.

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

RESUMO

O suicídio carece de uma profunda reflexão sobre os grandes princípios da existência humana.

Em todo o mundo, o suicídio constitui uma das principais causas de morte violenta nas prisões. Estudos demonstram que o número de suicídios consumados nas prisões é superior aos suicídios consumados na população geral.

É proposta a realização de um estudo, através da implementação de uma entrevista semi-diretiva, ao *staff* prisional: guardas prisionais, técnicos superiores de reeducação e corpo clínico com pelo menos um ano de experiência. O objetivo será identificar os principais fatores de risco do suicídio em contexto prisional, reconhecer os meios mais utilizados para o efeito, caracterizar um recluso com perfil suicida e, por fim, identificar as principais medidas de prevenção do suicídio.

Palavras-chave: prisões; suicídio prisional; prevenção do suicídio nas prisões.

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

ABSTRACT

The suicide requires a deep reflection on the human existence.

All around the world, suicide is one of the most different causes of violent death in prisons. Several studies have demonstrated that the number of suicides in prisons are superior when compared to the suicides in the general population.

It is proposed to carry out a study through the implementation of a semi-directive interview to the prison staff: prison guards, reeducative technicians and clinical staff. The goal is identifying the main risk factors of suicide in prisons, recognize the most used means of that, characterize the inmates with suicidal profile and, finally, identify the main suicide prevention measures in prisons.

Key-words: prison; prison suicide; suicide prevention in prisons.

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	12
Parte I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	14
Capítulo 1. O Suicídio	14
1.1. Conceitos e Epidemiologia	14
1.2. Fatores de Risco.....	15
1.3. Teorias.....	17
1.3.1. Sociológicas	17
1.3.2. Biológicas	21
1.3.3. Psicológicas.....	23
Capítulo 2. <i>Stress</i> e Comportamentos Suicidários nas Prisões.....	26
2.1. <i>Stress</i> Prisional.....	26
2.2. Fatores de Risco do Suicídio em Contexto Prisional.....	27
2.2.1. Perfil do Recluso Suicida.....	31
2.2.2. Normatividade Prisional e a Vulnerabilidade ao Suicídio.....	32
2.2.3. Sobrelotação	33
2.2.4. Prisão Preventiva e o Suicídio Prisional.....	34
2.2.5. Violência e Vitimização	35
2.2.6. Castigo Disciplinar	37
2.2.7. Vulnerabilidade Psicopatológica.....	39
Capítulo 3. Prevenção dos Comportamentos Suicidários nas Prisões.....	42
3.1. Prevenção Geral do Suicídio	44
3.2. Prevenção Específica do Suicídio.....	45
3.2.1. O Treino do <i>Staff</i>	45
3.2.2. Avaliação no Momento de Admissão	46
3.2.3. Prevenção do Suicídio durante o Isolamento Disciplinar	47

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

3.2.4. Alteração Arquitetônicas para Precauções Suicidas	48
3.2.5. Prevenção dos Comportamentos Suicidários com Fins Manipulativos	48
Parte II – CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA	52
4.1. Objetivos de Estudo.....	52
4.4.1. Objetivo Geral	52
4.4.2. Objetivos Específicos	52
4.2. Metodologia.....	53
4.3. Definição da Amostra.....	53
4.3. Material e Procedimento.....	54
4.4. Resultados Esperados	56
REFLEXÕES FINAIS.....	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	62

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A – Consentimento Informado

Anexo B – Guião de Entrevista aos Guardas Prisionais

Anexo C – Guião de Entrevista aos Técnicos Superiores de Reeducação

Anexo D – Guião de Entrevista ao Corpo Clínico

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

INTRODUÇÃO

O presente Projeto de Graduação intitulado de “Suicídio em Estabelecimentos Prisionais”, consiste um dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Licenciatura em Criminologia pela Universidade Fernando Pessoa.

Num ano tão atípico, a decisão pela abordagem desta temática surge durante o momento da quarentena. Depois de elaborada uma lista com inúmeras outras possibilidades de temáticas, em primeiro lugar, debati-me com o tema do suicídio, por este ser um momento em que muito se fala de saúde mental e em segundo lugar, nos estabelecimentos prisionais, uma vez que, o meu estágio curricular se realizaria no Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo – Masculino.

Este tema surge da necessidade para a sensibilização da sociedade quanto à saúde mental dos reclusos, em concreto, para o suicídio em contexto prisional.

Este projeto encontra-se dividido em duas partes: o enquadramento teórico e a contribuição empírica, ao longo de três capítulos. No primeiro capítulo, sobre o fenómeno do suicídio, faz-se o enquadramento teórico do suicídio através da definição de conceitos como o suicídio, a ideação suicida e os comportamentos suicidários, identificam-se os fatores de risco do suicídio e enumeram-se algumas das teorias sociológicas, biológicas e psicológicas do suicídio. De seguida, no segundo capítulo, identificam-se os fatores de risco do suicídio, desta vez, em contexto prisional. São estes a vitimização prisional, a aproximação de datas festivas como, por exemplo, as festas de aniversário, o Natal ou a Páscoa e a aproximação da data de sentença. No terceiro, a prevenção do suicídio nas prisões, onde constam medidas de prevenção geral e específica, com o principal objetivo de reduzir os fatores de risco do suicídio neste contexto. Por fim, na segunda parte, pretende-se explicar o método, a amostra e o material a utilizar, além de, qual o procedimento a ser adotado e os resultados que se esperam obter da proposta do estudo.

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

Parte I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

Parte I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Na presente parte procede-se às considerações teóricas e conceptuais consideradas relevantes para o presente Projeto de Graduação, tais como: no primeiro capítulo, a definição de conceitos como o suicídio, a ideação suicida e os comportamentos suicidários, a identificação dos fatores de risco do suicídio e enumeração de algumas teorias sociológicas, biológicas e psicológicas do suicídio. No segundo capítulo, voltado para o suicídio em contexto prisional, identificam-se os fatores de risco do suicídio nas prisões. Por fim, no terceiro, sobre a prevenção do suicídio nas prisões, constam medidas de prevenção geral e específica, com o principal objetivo de reduzir os fatores de risco do suicídio neste contexto.

Capítulo 1. O Suicídio

1.1. Conceitos e Epidemiologia

Os comportamentos suicidários englobam uma diversidade de atos e gestos difíceis de definir (Moreira, 2010).

No entanto, Moreira (2008) define o suicídio como “morte por lesão, envenenamento ou sufocação, onde existe evidência (implícita ou explícita) que a lesão foi autoinfligida e que o falecido tinha intenção de se matar” (p. 31).

A ideação suicida caracteriza-se por pensamentos passivos ou ativos, acerca da morte e do desejo de morrer, podendo variar no seu grau de intencionalidade e nas características dos seus planos (Jacobs, Baldessarini, Conwell et al., 2010) e, portanto, na gravidade. Na *ideação passiva* estão presentes pensamentos ligeiros sobre a morte, esporádicos e sem risco aparente, enquanto que, na *ideação ativa* estes pensamentos são persistentes e recorrentes, em que a pessoa deseja, de facto, morrer.

Os comportamentos suicidas incluem o *suicídio consumado*, a *tentativa de suicídio* e os *atos preparatórios*. No suicídio consumado os atos autolesivos culminam na morte do indivíduo. A tentativa de suicídio corresponde a um comportamento autolesivo com alguma intenção de morte. E, por fim, os atos preparatórios em que o indivíduo é interrompido, por outro ou mesmo por si próprio, apesar de preparado para o

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

ato. Comportamentos autolesivos não são praticados com o objetivo da morte e, portanto, não são considerados comportamentos suicidas (Jacobs et al., 2010).

Em 2019, estima-se que se tenham suicidado 703 000 pessoas. 77% destas mortes ocorrem em países de baixo ou médio rendimento per capita. O suicídio representa a quarta causa de morte em jovens dos 15 os 29 anos, de ambos os sexos, depois dos acidentes de viação, da tuberculose e da violência entre pares (WHO, 2019).

A ingestão de pesticida que ocorre, principalmente, em zonas rurais, é a causa de 20% dos suicídios a nível mundial. No entanto, o uso de armas de fogo e o enforcamento encontram-se entre os métodos mais utilizados (WHO, 2019).

O grupo de maior risco é constituído por homens com mais de 85 anos, apesar de existirem outros grupos de risco que incluem os indivíduos acima de 65 anos, por apresentarem doenças físicas ou psiquiátricas associadas. Além disso, existe uma maior tendência para o suicídio, se este for perpetuado dentro da família, como se virá a confirmar nas teorias genéticas do suicídio, no próximo capítulo. Por fim, verifica-se uma incidência sazonal, isto é, o suicídio ocorre em maior número, durante a primavera (WHO, 2016).

O perfil do suicida português manteve-se constante ao longo dos anos. É caracterizado por ser, um indivíduo do sexo masculino, acima dos 50 anos, reformado ou desemprego, de escassos rendimentos económicos e com baixo nível de instrução. Isolado, vive no sul (grande Lisboa, Alentejo e Algarve), sem práticas ou convicções religiosas, com historial psiquiátrico, é deprimido, e apresenta em comorbilidade alcoolismo e uma perturbação da personalidade. Por vezes, apresenta também problemas psicopatológicos, associados a doenças incapacitantes, crónicas ou dolorosas, tentativas de suicídio e ideação prévia de suicídio, e assim, de forma violenta, põem termo à sua vida (Saraiva, 2011).

1.2.Fatores de Risco

Os comportamentos suicidários são multideterminados, por isso, existem fatores de risco que promovem estes comportamentos, mas também fatores protetores que atuam, tal como o nome indica, como proteção, minimizando estes comportamentos.

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

Jacobs et al. (2010), considera ser importante reconhecer que estes fatores de risco, variam conforme a sua intensidade, mais do que simplesmente estarem presentes ou não no indivíduo. Desta forma, é possível aumentar ou diminuir o risco dos comportamentos autolesivos ou das tentativas de suicídio, nomeadamente, se existir doença e/ou sintomas de doença psiquiátrica, ideação e um plano suicida, além de uma situação psicossocial precária.

São fatores de risco a considerar, as variáveis sociodemográficas como: a idade, sendo os indivíduos mais velhos de maior risco (Borges, Angst, Nock et al., 2006; Lau, Morse & Macfarlane, 2010; Shah, 2012); o género, sendo os homens os que apresentam maior risco de suicídio (Mergl, Koburger, Heinrichs et al., 2015), no entanto, as mulheres são as mais propensas às tentativas (Farberow, 1997; Moscicki, 2001; Nock, Borges, Bromet et al., 2008); o estado civil, já que, os indivíduos que moram sozinhos apresentam maior risco (Kposowa, 2002; Luoma, & Pearson, 2002); além do baixo nível económico e do desemprego (Beautrais, Joyce & Mulder, 1998; Koskinen, Pukkila, Kakko et al., 2002). Quanto à raça/etnia, os caucasianos são os de maior risco (Tseng, 2006); a falta de suporte social, a existência de problemas de ordem familiar e problemas relacionais, associados à condição de viver sozinho (Beautrais, Collings, Ehrhardt et al., 2005; Smith, Mercy, & Conn, 1988); e fatores associados a uma doença física (Conwell, Henderson & Caine, 1995), nomeadamente, a dor crónica (Fisher, Haythornthwaite, Heinberg et al., 2001). Além disso, o consumo de álcool ou drogas (Miller, Mahler, & Gold, 1991; Pompili, Serafini, Innamorati et al., 2010); e acontecimentos stressantes na vida do indivíduo (Fawcett, 2012; Overholser, Braden, & Dieter, 2012; Sobrinho & Campos, 2016; Williams & Pollock, 2001), representam riscos acrescidos aos pensamentos e comportamentos suicidários.

Ao nível dos fatores de risco biológicos, vários estudos mencionam: as alterações nos níveis de norepinefrina e serotonina (Park, Lee, Um et al., 2014), e da proteína Kinase-A (Dwivedi, & Pandey, 2011), uma dieta alimentar escassa, com carência de vitamina C e baixos níveis de colesterol, aliada à escassez de atividade física (Mann, 1998; 2003; Pandey, 2011; Samaan, Bawor, Dennis et al., 2015), e a presença de variáveis genéticas, potenciam a predisposição para o suicídio.

Todavia, apesar destas variáveis sociodemográficas e biológicas serem importantes indicadores de risco, identificar as variáveis psicológicas é, igualmente,

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

crucial na prevenção do suicídio (Brown, Beck, Steer et al., 2000). Dentro das variáveis psicológicas, destacam-se: a desesperança (Brown et al., 2000); em particular, a dor psicológica (Troister & Holden, 2012; DeLisle, & Holden, 2009; Shneidman, 1993, 1996); e o *distress* (Joiner, Conwell, Fitzpatrick et al., 2005; Rihmer, 2007; Lester, 2000; Thomson, 2012). Além destas, a história psiquiátrica, as prévias tentativas de suicídio (Anupama, & Babool 2014; Hawton, & Van Heeringen, 2009; Moscicki, 1997, 2001); determinados tipos de personalidade, em especial, as mais dependentes e autocríticas (Campos, Besser, Abreu et al., 2014), a incapacidade do indivíduo em lidar com situações adversas (Alexander, Haugland & Ashenden, 2009), a falta de suporte psicossocial e, por fim, um ambiente familiar disfuncional (Garber, Little, Lilsman, Weaver, 1998).

1.3. Teorias

Existem várias tipologias de comportamentos suicidários. Por isso, sendo o suicídio um fenómeno multifatorial não existe uma teoria única que combine todos os seus fatores preditores, sejam eles culturais, psicológicos ou sociológicos, que permitam compor um modelo único e que descrevam estes comportamentos na sua totalidade. De seguida, serão abordadas teorias sociológicas, biológicas e psicológicas, visto que, são as que mais têm contribuído para a evolução teórica deste tema. No entanto, torna-se inevitável a referência a outros ramos teóricos, para a melhor compreensão dos comportamentos suicidários.

1.3.1. Sociológicas

Emile Durkheim, foi um sociólogo francês, considerado o pai da Sociologia Moderna, e autor da primeira grande obra sobre o suicídio – *Le Suicide*, em 1897. Durante a sua pesquisa, procurou perceber qual seria o interesse do suicídio para o sociólogo, visto que, Durkheim (1897/1996) sustenta a hipótese de o suicídio ter uma causa social e não uma causa individual. Ou seja, deixa de fora a análise do indivíduo enquanto pessoa, dona dos seus pensamentos e motivações, em prol do estudo dos mais variados contextos sociais, em que o suicídio pode variar em função da religião, da sociedade, da família, do grupo partidário, dos grupos profissionais..., em que o indivíduo se insere.

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

Neste seguimento, Durkheim (1897/1996) encontrou discrepâncias nas taxas de suicídio entre solteiros e casados, entre meios urbanos e meios rurais, e entre protestantes e católicos. Ou seja, neste último exemplo, a religião associada à tradição, conservadorismo e integração, traduz-se num fator de proteção do suicídio (Saraiva, 2011)

O suicídio resulta de forma direta (ex. enforcamento) ou indireta (ex. greve de fome) de um ato, negativo ou positivo, praticado pela própria vítima. Além disso, é necessário que a vítima saiba que este seria o resultado (Durkheim, 2000).

Durkheim (1897/1996) trouxe para a sociologia o conceito de anomia, que significa a perda de normas, de segurança, de amparo e de estabilidade. O indivíduo é excluído e marginalizado numa sociedade que muito lhe exige e pouco tem para lhe oferecer. Quase como uma árvore que não faz parte da floresta. Por isso, a anomia pode ser interpretada como o maior e principal inimigo da sociedade.

Há mais de um século, depois de analisar as condições sociais que influenciam as taxas de suicídio nos diferentes países e grupos sociais, propôs que o suicídio seria um indicador da excessiva ou insuficiente integração social do indivíduo dentro de uma determinada sociedade. E, apontando as suas causas sociais específicas, identificou quatro tipologias de suicídio: o egoísta, o altruísta, o anómico e o fatalista (Durkheim, 1897/1996).

O *suicídio egoísta*, o *Eu* individual sobrepõem-se ao *Eu* social. Ou seja, resulta de uma individualização ou isolamento excessivo do indivíduo da sociedade. Para exemplificar casos de suicídio egoísta, Durkheim cita a o estado civil do indivíduo. Para o autor, a família serve como mecanismo de controlo do suicídio por criar responsabilidades ao indivíduo ao assumir funções no seu seio familiar. Desta forma, solteiros, divorciados e viúvos, afastam-se destas responsabilidades familiares, quer por terem muitas tarefas fora de casa ou por terem enviuvado perdendo, desta forma, o sentido de vida, ao não encontrar a função auxiliar e protetora na instituição familiar (Durkheim, 2000). Por isso, o suicídio de um indivíduo deprimido, constitui um dos exemplos de um suicídio egoísta.

O *suicídio altruísta* ocorre de maneira inversa ao suicídio egoísta. Neste caso, ocorre uma individualização insuficiente. O *Eu* deixa de fazer parte do indivíduo porque

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

depende do seu grupo de pertença. A sociedade exerce demasiada pressão sobre o indivíduo através da sua integração em demasia no grupo, o que o conduz à sua própria destruição. Ou seja, comete o suicídio em prol do bem-estar da sociedade ou do seu grupo social. Por isso, é necessária a concretização das necessidades, objetivos e prioridades individuais, que não podem ser impostos pela moral social nem pela consciência coletiva (Durkheim, 2000). O suicídio altruísta é bem retratado, no século XX, através dos pilotos kamikaze.

O *suicídio anómico*, segundo o autor, é o que está mais presente na sociedade moderna. O indivíduo age sem que lhes sejam impostas normas e regras sociais. Desta forma, a sociedade deixa de exercer a sua função reguladora, ou seja, existe uma baixa regulação da sociedade, principalmente, em climas de guerra e revolução, por se tornar impossível a moralização do indivíduo (Durkheim, 2000). O indivíduo torna-se incapaz de autoimpor limites e exige mais do que a sociedade lhe consegue oferecer, o que provoca em si uma sensação de absoluto descontentamento e insatisfação (Durkheim, 1897/1996). O suicídio de divorciados e desempregados pode ser considerado um suicídio anómico.

O quarto e último, é o *suicídio fatalista*. Ocorre de maneira inversa ao suicídio anómico tal como o suicídio altruísta ocorre de maneira inversa ao suicídio egoísta. Esta tipologia é utilizada, por Durkheim, para descrever um suicídio motivado pelo excesso de regras e normas sociais exercidas no indivíduo. Ou seja, este perde o controlo da sua própria vida devido ao excesso de regulamentação existente (Durkheim, 1897/1996). Por exemplo, o suicídio praticado por reclusos.

A obra de Durkheim mantém-se ainda muito atual e pode ser aplicada, nos nossos dias, tal como o era há 100 anos atrás, apesar da dificuldade em testá-la empiricamente. Desta forma, surgiram outros autores com o intuito de aperfeiçoar ou modificar a sua teoria. No entanto, estes foram apenas alguns desses autores.

Maurice Halbwachs (1930) referiu que as taxas de suicídio resultam, não só de correntes coletivas, como também, de circunstâncias individuais (Saraiva, 2011). Além disso, procurou compreender os padrões do suicídio através da análise dos níveis de urbanização de uma determinada sociedade. Os seus estudos comprovaram que a taxa de suicídio é menor no meio rural, ou seja, em comunidades afastadas das grandes cidades. Sendo a vida urbana transitória e impessoal, é natural que as pessoas se sintam isoladas

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

por estarem restringidas de relações interpessoais e, por isso, se tornarem mais vulneráveis ao suicídio (Moreira, 2010).

Para Power (1958), o *suicídio anômico* está relacionado a um status social que é aspirado e idealizado pelo indivíduo. Desta forma, se as aspirações forem frustradas, este sente-se desorientado, apático e o seu estado de anomia aumenta. Tanto a subida como a descida de status social enfraquecem as redes sociais e suporte social do indivíduo. Verificou-se ainda que, a subida de status social provoca sentimentos de ansiedade, enquanto que, a descida de status sociais promove sentimentos de fracasso e frustração (Porterfield & Gibbs, 1960).

Wechsler e Pugh (1967), constataram que as minorias inseridas em culturas diferentes, por exemplo, os emigrantes, se sentem isolados e, por isso, apresentam maiores taxas de doença psiquiátrica e internamento hospital. A privação de contacto social, a insegurança, a discriminação, e o sentimento de alienação, podem ser consideradas algumas das causas para a elevada taxa de suicídio nas minorias étnicas (Lester, 1987).

Conhecido como autor da obra *Das Kommunistische Manifest* onde teceu duras críticas ao capitalismo, para Karl Marx (1846/2006), o problema do suicídio está na sociedade capitalista e nas suas relações sociais como um todo. Este ponto de vista é diferente do de Durkheim, que apenas via necessidade de uma reforma das instituições, de forma a manter ordem social e controlar a elevada taxa de suicídios, enquanto que, Marx defendia uma transformação radical, envolvendo o modo de produção capitalista, as suas instituições e relações sociais. Portanto, do ponto de vista deste autor, só assim será possível acabar com este e outros males da nossa sociedade (Marx, 2006).

No entanto, as constatações de Durkheim sobre o status social e os períodos de instabilidade económica foram responsáveis pelas inúmeras teorias que vieram focar nas relações entre suicídio-desemprego, suicídio-pobreza, e suicídio-classe social (Durkheim, 1897/1996).

Neste seguimento, e para finalizar as teorias sociológicas do suicídio, Henry e Short (1971) propuseram que o aumento das taxas de suicídio está diretamente relacionado com os períodos de crise económica. E, por isso, as classes sociais de maior

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

status social são as mais afetadas. Além da conseqüente perda de bens, torna-se impossível manter o estilo de vida a que estavam habituados.

1.3.2. Biológicas

Nos últimos anos, surgiram diversos estudos genéticoepidemiológicos que concluíram existir uma componente genética associada aos comportamentos e pensamentos suicidários. Apesar de ainda pouco conhecidos (Turecki, 1999) diversos estudos confirmam a influência da genética no suicídio. No entanto, sendo o suicídio um fenómeno multifatorial, os comportamentos e pensamentos suicidários são influenciados tanto por fatores genéticos como por fatores ambientais.

Desta forma, Burvill (1998) e Sainsbury e Barraclough (1968) compararam as taxas de suicídio de emigrantes às taxas de suicídio do seu país de origem, concluindo que estas são muito parecidas às taxas de suicídio do seu país de origem, o que parece comprovar a influência da componente genética, já que, se o suicídio estivesse estritamente relacionado a fatores ambientais as taxas de suicídio destes indivíduos seriam semelhantes às do país que os acolheu e não às do país de origem.

Estima-se que a contribuição genética para o suicídio se situe entre os 30% e 50%, o que comprova, mais uma vez, a multifatorialidade do fenómeno suicidário. O risco de suicídio em parentes é seis vezes maior do que o risco na população geral (Brent, Bridge, Johnson et al., 1996). Brent e colaboradores (1996) investigaram tentativas de suicídio em parentes de primeiro e segundo grau, de adolescentes que cometeram suicídio. Através das entrevistas realizadas aos familiares destes jovens, foi possível analisar histórias de tentativas de suicídio, ideação suicida, suicídio consumado, bem como, de traços agressivos e impulsivos, além de perturbações relacionadas com o eixo I (transtornos clínicos, por exemplo, distúrbio bipolar, depressão e esquizofrenia) e II (transtornos de personalidade, por exemplo, transtornos de personalidade borderline, personalidade antissocial e personalidade narcisista) do DSM. Os resultados desta investigação indicam a eventualidade das tentativas de suicídio e, conseqüentemente, o suicídio se agregar nas famílias destes adolescentes independentemente das perturbações relacionadas ao eixo I e II.

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

Além disso, os estudos com gêmeos foram fundamentais para perceber se os comportamentos e pensamentos suicidários são ou não hereditários, já que, estes partilham o mesmo ambiente e a mesma herança genética. De facto, estes confirmaram a elevada concordância de comportamentos suicidários entre gêmeos monozigóticos, ou seja, gêmeos idênticos, quando comparados com gêmeos dizigóticos, o que representa um forte argumento a favor da vulnerabilidade genética. No entanto, estes resultados não são propriamente uma surpresa, porque, como sabemos, os gêmeos monozigóticos partilham o mesmo tipo de influências genéticas e ambientais. Statham, Heath, Madden et al. (1998) estimam que, caso um gêmeo monozigótico cometa suicídio o outro encontra-se 17,5 vezes mais em risco de cometê-lo também.

Vários genes candidatos têm sido identificados. São genes candidatos aqueles que, se pensa contribuir para o aumento da suscetibilidade de comportamentos e pensamentos suicidários. Entre eles, o gene do transporte da serotonina (5-HTT), responsável pela agressividade e mau humor (Jansen, Heiming, Kloke et al., 2001), o gene da catecol-o-metiltransferase, (COMT), associado a diversas doenças, tais como: esquizofrenia e a doença de parkinson (Bonifácio, Almeida, Soares-da-Silva, 2007) e o gene da enzima triptofano hidroxilase (TPH), todos estes, demonstrando a sua relação entre pensamentos e comportamentos suicidários (Joiner, Brown, Wingate, 2005).

Quer exista ou não uma perturbação psiquiátrica, a resposta a situações de stress agudo pode ativar o gatilho para atos suicidas. Associados a comportamentos e pensamentos suicidários, encontramos três sistemas neurobiológicos: a hiperatividade do eixo hipotálamo hipófise supra-renais (HPA), a diminuição da atividade do sistema serotoninérgico e, por fim, a atividade excessiva do sistema noradrenérgico (Van Heeringen, 2003).

Ao nível do córtex pré-frontal alguns estudos apontam que a desregulação serotoninérgica nesta área cerebral pode levar o indivíduo a aturar de forma agressiva e impulsiva e, por isso, aumenta a probabilidade de agir de maneira agressiva e impulsiva contra si mesmo (Mann, 2003; Turecki, 1999).

Por fim, algumas investigações atribuíram classificações às tentativas de suicídio de acordo com o seu grau de letalidade. Ou seja, demonstraram que o nível de ácido 5-hidroxi-indol-acético (5-HIAA) é mais baixo em indivíduos que, nas suas tentativas de

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

suicídio, utilizam técnicas altamente letais, quando comparadas aos que utilizam técnicas menos letais (Mann & Malone, 1997; Placidi, Oquendo, Malone et al., 2001).

Para concluir esta breve introdução às teorias biológicas do suicídio, é fundamental reter que estas teorias genéticas e neurobiológicas ajudaram à melhor interpretação do fenômeno e permitiram comprovar a importância da influência genética e do funcionamento neurobiológico no desenvolvimento dos pensamentos e comportamentos suicidários, já que, foi possível relacionar estes pensamentos e comportamentos à agressividade e impulsividade, empregues quando expostos a níveis elevados de *stress*, independentemente, da existência ou não de perturbações psiquiátricas. Além disso, foi possível associar as tentativas de suicídio e o seu grau de letalidade ao funcionamento neurobiológico (Moreira, 2010).

1.3.3. Psicológicas

Henry Murray, em 1938, através do seu livro *Explorations in Personality*, expôs uma nova teoria. A teoria *personológica* continha um modelo teórico de diminuição da tensão. Para este autor, os pensamentos e comportamentos suicidários têm como principal objetivo a redução da dor psicológica, associada a sentimentos de insatisfação e frustração. Por isso, o suicídio serve de mecanismo para reduzir a tensão do organismo quando ativadas determinadas necessidades psicológicas (por exemplo, necessidade de realização, autonomia, afiliação, etc.), proporcionando alívio a um sofrimento intolerável (Kropf, 1991)

Edwin Shneidman, psicólogo e suicidologista, criou a teoria *personológica modelo cúbico* representada por um *cuvo suicida*, à luz das teorizações de Murray. À semelhança de Murray, este autor, considera que o suicídio tem como objetivo acabar com uma das maiores formas de sofrimento mental, sofrimento esse, derivado de estados de isolamento, humilhação, medo, culpa, solidão e angústia. O autor, por achar que os suicídios, de forma geral, partilham características idênticas considera importante determinar quais são as características mais frequentes (“*common*”). Por isso, elaborou as 10 “*commonalities*” (Shneidman, 1985), apesar de considerar que não existem verdades absolutas ou totais e que, cada suicídio é um evento idiossincrático.

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

Leenaars (1988) resumiu esta teoria em dez afirmações: “a) a pessoa foca-se na sua dor insuportável e como lhe escapar; b) a pessoa experimentou algum trauma em adulto, tal como saúde deficitária, rejeição por parte do cônjuge; c) a cessação da vida providencia à pessoa a solução, permitindo-lhe resolver o seu estado de desordem ou isolamento; d) a pessoa deseja o fim de todas as experiências conscientes e tenta atingir esse objetivo; e) a pessoa está bastante perturbada (*psychache* para usar o termo de Shneidman), sentindo-se rejeitada, infeliz, desesperada, inútil; f) a pessoa encontra-se num estado de ambivalência, com sentimentos, desejos e atitudes contraditórias; g) a pessoa encontra-se intoxicada ou drogada pelas emoções intensas e constricta a nível lógico e percetual; h) a pessoa pretende uma saída, isto é, sair de cena, partir, desaparecer, não existir; i) a pessoa demonstra padrões comportamentais que diminuem a sua vida, que a encurtam, ou que reduzem a sua extensão; e j) a maneira da pessoa comunicar parece ter implicações psicodinâmicas inconscientes” (Moreira, 2010, pp. 32 e 33).

O modelo cúbico de Shneidman (1988) foi desenvolvido a partir das características comuns mais frequentes do suicídio. Este cubo é composto por 125 cubos mais pequenos (25 em cada face e 5 em cada linha e coluna), e os três fatores, que funcionam como planos invariáveis, são: *pressão*, *dor* e *perturbação*.

Pressão refere-se ao mundo interno e externo, que choca, toca ou afeta o indivíduo. Inclui eventos imaginários ou atuais. Pode ser positiva ou negativa, no entanto, no caso do suicídio, a pressão é negativa e bastante relevante.

A *dor*, refere-se à dor psicológica resultante das necessidades psicológicas frustradas, e é especialmente relevante para o suicídio.

Por fim, a *perturbação* refere-se ao estado de transtorno ou de estar perturbado. Inclui a tendência para a autolesão e constrição percetual, isto é, reduz a capacidade de alcance cognitivo e percetual.

De acordo com Shneidman (1987), a dor é a componente central do suicídio, mas apesar de necessária não é suficiente. Constituem aspetos periféricos as tentativas prévias de suicídio, variáveis demográficas e história familiar. Estes três aspetos – *dor*, *pressão* e *perturbação* – encontram-se intercorrelacionados e para o suicídio ocorrer precisam de coexistir em simultâneo. Aliás, de certa forma são sinónimos, porque “a dor cresce da

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

perturbação, perturbação produz dor, não existe dor nem perturbação sem pressão negativa e alguma da pressão negativa cresce da perturbação” (Moreira, 2010, p.34).

A teoria do modo suicida nasce com o objetivo de explicar os comportamentos e pensamentos suicidários. Para Rudd (2000), um indivíduo com pensamentos e comportamentos suicidários ativa o modo disfuncional, ou seja, o modo suicida, composto pelo sistema comportamental, afetivo e cognitivo.

O *sistema comportamental (motivacional)* indica a clara intenção suicida, já que, é responsável pelo impulso comportamental para os atos suicida. Desta forma, conseguimos diferenciar os atos suicidas, como a tentativa de suicídio e o suicídio consumado, onde existe uma intenção suicida real, dos comportamentos autolesivos, como o uso de drogas e os comportamentos automutilatórios, como os cortes e as queimaduras. Ou seja, distinguir modos suicidas caracterizados pela motivação, verdadeira e clara de morrer, de modos facilitadores, como a automutilação, onde a motivação é diferente por ter como principal objetivo a vingança, punição de pessoas significativas para si ou a regulamentação emocional, através da libertação de tensão. No entanto, estes modos facilitadores aumentam a probabilidade de ativação do modo suicida e, por isso, maior probabilidade de cometer suicídio.

O *sistema afetivo* caracteriza-se pela angústia emocional, além de um aglomerado de outras emoções negativas, tais como: culpa, ansiedade, tristeza, raiva, vergonha e humilhação.

O *sistema cognitivo* caracterizado pelo sistema de crenças suicidas, é composto pelo elevado grau de desesperança, isto é, o grande responsável pela ativação do modo suicida. Além de ser responsável pela interiorização e construção de significações mal adaptativas alusivas ao próprio, aos outros e ao futuro. Mas também, responsável pela injunção de regras condicionadas e pela implementação excessiva de estratégias compensatórias como, por exemplo, o perfeccionismo e sobrecompensação.

Rudd (2000) considera ainda que, a vulnerabilidade está diretamente relacionada com a história individual da pessoa, isto é, aos abusos e negligência, traumas desenvolvimentais, psicopatologia da personalidade e de modelação parental que se demonstra mal adaptativo.

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

Para concluir as teorias psicológicas, Schotte & Clum (1982) sugerem que indivíduos com rigidez cognitiva desenvolvem desesperança se confrontados com acontecimentos de vida stressantes, o que pode levá-los a enveredar por pensamentos e comportamentos suicidários devido à sua incapacidade de utilização de mecanismos de *coping* eficazes. Tanto a depressão como a desesperança, nestes indivíduos, têm sido associados ao pensamento dicotómico, à rigidez cognitiva e à dificuldade de resolução de problemas (Dieserud, Roysamb, Ekeberg et al., 2001; Levenson & Neuringer, 1971; Pstsiokas, Clum, & Luscomb, 1979).

Capítulo 2. *Stress* e Comportamentos Suicidários nas Prisões

2.1. *Stress* Prisional

O *stress* (que significa “pressão” ou aperto”) é o resultado de um combinado de interações do sujeito com o meio ambiente em que as exigências de uma determinada situação, isto é, a situação indutora de *stress*, são desproporcionais aos recursos que o indivíduo possui, o que acaba por criar em si, tensão ao nível psicológico, social e biológico (Lazarus & Folkman, 1984).

No *stress* prisional, os fatores indutores de *stress* ou stressores, constituem acontecimentos ou situações que são experienciados pelos reclusos, em meio prisional.

Para lidar com estes acontecimentos é necessário que o indivíduo desenvolva estratégias de adaptação de forma a “reparar” a sua relação conturbada como o meio envolvente (Vaz Serra, 2005). Lazarus & Folkman (1984) propuseram o conceito de “*coping*” (que significa “enfrentar”), para identificar um combinado de esforços cognitivos e comportamentais, a fim de minimizar e se possível eliminar, situações e problemas indutores de *stress* como forma de preservar o bem-estar e a saúde mental e física do indivíduo (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004; Vaz Serra, 2002).

Em contexto prisional, Snow (2002) declara que o trajeto adaptativo do recluso é fundamental no seu processo de aceitação. O pretendido é que este adira e seja aceite na subcultura prisional, isto é, pelos outros reclusos. No entanto, reclusos que manifestam

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

comportamentos suicidários apresentam elevados níveis de stress (Moreira, 2009), além de dificuldades adaptativas mais elevadas ao regime prisional (Liebling, 1995; Power, McElroy & Swanson, 1997; Snow, 2002; Westfeld, Range, Roger et al., 2000).

2.2. Fatores de Risco do Suicídio em Contexto Prisional

O primeiro contacto do indivíduo com a instituição prisional dá-se no momento da entrada. A entrada por si só, constitui um dos momentos mais críticos para a eventual ocorrência do suicídio (Bonner, 2006; Hayes, 1995, 2001; Moreira, 1998, 2008). O recluso é afastado da família, amigos e/ou das instituições de apoio, começando a depender, única e exclusivamente, do *staff* que trabalha em meio prisional. A privação da liberdade e o encarceramento constituem um acontecimento extremamente traumático e negativo na vida de alguém. (Gonçalves, 2005; Moreira, 2008; Toch, 2006). Além disso, a duração da pena constitui uma agravante, porque, apesar de no exterior do estabelecimento prisional a vida continuar, no seu interior a vida do recluso permanece “suspensa” (Medlicott, 1999).

Nesta fase, o recluso é confrontado com uma nova e muito distinta realidade da que está habituado, o que se traduz num *acontecimento significativo de vida*. Desta forma, vai-lhe ser requisitado processos adaptativos que até ao momento lhe são desconhecidos. Tal facto associado à vergonha, revolta, medo e culpa, sentimentos experienciados após a admissão, produz tristeza, sofrimento e tensão interior, ainda mais, numa fase em que o recluso se sente sozinho e sem suporte social e/ou familiar (Moreira, 2008).

Moreira (2008), esclarece que quando estes stressores ultrapassam um determinado limiar que é, até então, considerado suportável pelo recluso, este pode contemplar o comportamento autolesivo como uma hipótese de fuga a um estado de sofrimento considerado insuportável, por si.

No entanto, enfatiza ainda o facto de que nem todos os reclusos enveredam por comportamentos autolesivos perante as mesmas fontes de stress. Os mais predispostos são os que encontram pouco “dotados”, logo os mais vulneráveis hereditariamente, geneticamente ou em termos sociofamiliares ou desenvolvimentais, para responder de forma adaptativa e adequada, às condicionalidades da vida em reclusão e conseqüente perda da liberdade. Estes são, geralmente, indivíduos negligenciados em criança com

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

antecedentes de comportamentos autolesivos, impulsivos, agressivos, história de abuso físico, psicológico ou sexual, historial de perturbação psiquiátrica, desesperançados, que dependem ou abusam de substâncias e maritalmente abandonados ou desempregados (Moreira, 2008; Moreira, 2010).

Prosseguindo sobre a entrada e acomodação ao estabelecimento prisional, sabe-se que as primeiras 24 a 48 horas, constituem o período de maior stress para o recluso, devido a todo um processo de transição; às suas reações ao facto de se encontrar preso; às mudanças nas relações familiares; e às necessidades de criar estratégias de adaptação ao contexto que se encontra (Palmer & Connelly, 2005), principalmente, no caso dos reclusos primários.

De forma recorrente são expostos a experiências e acontecimentos traumáticos como, por exemplo, à violência. E, muitas das vezes, este clima de insegurança que é sentido, em especial, pelos reclusos em período inicial da execução da pena, faz com que temam pelas suas próprias vidas (Moreira, 2010).

Além disso, enquanto o indivíduo não se adapta à subcultura prisional, é natural ver-se exposto a *microindutores* de stress, isto é, pequenos aborrecimentos diários que lhe provocam stress: são exemplos, as rusgas frequentes às celas; a sobrelotação, sendo esta considerada um fator explicativo, tanto da ocorrência de comportamentos suicidários como da ocorrência de comportamentos violentos; os ruídos e a perda da privacidade (Moreira, 2010).

Apesar de não existir uma teoria única que explique as causas e as consequências dos comportamentos suicidários, seja dentro ou fora do estabelecimento prisional (Camilleri, McArthur, Webb et al., 1999; Moreira, 2008; Saraiva, 1999) nem de existir um perfil específico de recluso que nos ajude a identificar se existem maiores ou menores probabilidades de este cometer suicídio, por se verificarem motivações e intenções muito diversas (Hayes, 1995; Camilleri et al., 1999) é possível, no entanto, identificar potenciais grupos de risco (Saraiva, 1999).

Normalmente, estas instituições são uma fonte de sofrimento, uma vez que, o indivíduo é obrigado a viver num meio violento, sobrelotado e repleto de novas normas, ao mesmo tempo que lida com inúmeros stressores diários, isolamentos disciplinares e processos legais desgastantes (Moreira, 2010).

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

Os fatores que contribuem para uma elevada taxa de comportamentos suicidários nas prisões são múltiplos (Hayes, 1995; Palmer & Connelly, 2005; Westfeld et al., 2000), e variam desde fatores sociodemográficos, como o sexo, a idade, e a etnia; às variáveis criminais, como, por exemplo, o tipo de crime ou a pena aplicada; ao diagnóstico clínico.

Quanto à idade, e ao contrário do que sucede na população geral (Saraiva, 1999), na prisão, quanto mais novos são os reclusos, mais vulneráveis estes se tornam, perante o risco de suicídio (Ivanoff & Jang, 1991; Moreira, 1998; Perry, Marandos, Coulton et al., 2010). Estes autores referem que, é mais difícil desenvolver e manter um suporte social estruturado em reclusos mais novos. Por sua vez, a estes reclusos mais novos podem estar associados um menor sentimento de otimismo e de esperança, aumentando a sua vulnerabilidade ao suicídio. No entanto, Blaauw, Kerkhof & Hayes (2005) verificaram que, os reclusos com mais de 40 anos apresentam uma maior vulnerabilidade ao suicídio sendo, portanto, uma exceção.

No caso da reincidência criminal não existe consenso: alguns autores defendem que ser um recluso primário, isto é, estar preso pela primeira vez, constitui um fator suicida (Hayes, 2001; Mchugh & Snow, 2002), já outros, consideram que um recluso reincidente apresenta um risco maior, visto que, a sua experiência prévia (Blaauw et al., 2005; Moreira, 1998) vai potenciar os seguintes efeitos adversos:

He, Felthous, Holzer et al. (2001) identificam alguns dos stressores que antecederam a morte por suicídio, em indivíduos privados da sua liberdade: a) conflitos em ambiente institucional (por exemplo, os castigos em cela disciplinar e as limitações do acesso ao trabalho); b) os conflitos interpessoais (a culpa e a vergonha sobre o crime cometido; agressões físicas e sexuais, por parte de outros reclusos; e a separação dos filhos e pessoas significativas); c) processos legais (por exemplo, a aproximação da data de leitura da sentença) e, por fim, d) as condições médicas (doenças como: sida e diabetes, além de delirium e insónias).

Os castigos como, por exemplo, o isolamento em cela disciplinar (Bonner, 2006; Brown & Day, 2008; Correia, 2000; Gonçalves & Vieira, 1989; Tartaro, 2003), e as restantes medidas disciplinares (Moreira, 2008), são aplicadas quando e porque o recluso se revela agressivo, no interior do estabelecimento prisional. No entanto, estas medidas disciplinares, principalmente, as mais restritivas constituem um dos maiores stressores

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

para os reclusos que, em consequência, desenvolvem sintomas psicopatológicos, como a ansiedade e o humor depressivo (Bonner, 2006).

Outro fator de risco, tão ou mais importante, é a vitimização em contexto prisional (Gonçalves, 2005; Moreira, 2009), responsável por reações como: o stress, a ansiedade, o desespero, a depressão, e claro, a ideação suicida e os comportamentos suicidários (Ireland, 2002; Moreira, 2009).

Além destes, o processo judicial é também um fator decisivo que causa muita tensão, especialmente, nos reclusos em prisão preventiva (Moreira, 2008, 2009). Enquanto aguarda pela sua sentença, o recluso pode manifestar uma elevada carga de stress e de ansiedade (Blaauw et al., 2005; Moreira, 2008, 2009). Ainda assim, após a conclusão do julgamento o risco de ocorrência de qualquer comportamento suicidário não diminui (Moreira, 2008).

No entanto, Cooper e Berwick (2001) averiguaram ainda que, reclusos com antecedentes psiquiátricos, sentimentos de culpa, falta de amigos e de visitas, que permaneceram inativos, por não participarem em programas de formação, passatempos e /ou desporto, têm maior probabilidade de experienciar elevados níveis de ansiedade, de comorbilidade psicológica e de depressão. Estas atividades são fundamentais para o exercício cognitivo e contribuem para níveis de ansiedade e de depressão abaixo da média.

A presença de perturbação psiquiátrica é apontada como um dos fatores de risco que mais agravam os comportamentos autolesivos (Asnis, Friedman, Sanderson, et al. 1993; Beautrais, 2002; Beautrais, Joyce, Mulder et al., 1996; He, et al., 2001; Holmstrand, Niméus, & Träskman-Bendz, 2006; Waern, Runeson, Allebeck, et al., 2002), embora nem todos os indivíduos com psicose, depressão ou outros quadros psiquiátricos, acabem por enveredar em comportamentos autolesivos (Mann, 2003; Mann, Waternaux, Haas et al., 1999). Em vez disso, o impacto da doença ou dos acontecimentos de vida experienciados (como, por exemplo, os problemas profissionais e financeiros e os conflitos e as perdas interpessoais), que alteram de sujeito para sujeito e se correlacionam com o comportamento autolesivo (Sher, Oquendo, & Mann, 2001), atestando a hipótese de que tais comportamentos integram fenómenos multidimensionais e que a capacidade de utilização de *coping* adaptativo se revelou de extrema importância, durante o decurso da doença (Moreira, 2008).

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

Além disso, a adaptação à prisão está associada à adesão do recluso ao trabalho, à escola e ao desporto. Os reclusos mais ansiosos e depressivos, são aqueles com maior tendência para a inatividade mental e física. (Cooper e Berwick, 2011). Ou seja, a inatividade tornar-se perigosa por aumentar ainda mais a possibilidade de o recluso ruminar sobre o stress por si experienciado (Howells, Hall & Day, 1999).

No entanto, Cooper e Berwick (2011) apuraram ainda que fatores como: a sobrelotação, a severidade da vida em reclusão, o ruído, a qualidade da comida, a violência, as condições de vida deficitárias, o bullying, a falta de conforto, a reputação, a preocupação com a família, amigos e dinheiro, a segurança, a capacidade para lidar com sentimentos de raiva, frustração e culpa, a solidão e a falta de controlo sobre a vida, podem também potenciar o stress em meio prisional.

Demonstrou-se que quanto mais tempo o recluso permanecer no estabelecimento prisional, maiores serão as probabilidades de este vir a desenvolver sintomas de stress, especialmente, se associados à sobrelotação (Daniel, 2006; Daniel & Fleming, 2005; Huey & McNulty, 2005; Moreira, 2008).

É importante ressaltar que, apesar da generalidade dos estudos se concentrarem na avaliação da intensidade e presença dos fatores de risco, há que ter em consideração o papel protetor de alguns aspetos. O suporte social é considerado um dos fatores de proteção mais importantes na adaptação dos reclusos ao contexto prisional e, principalmente, na forma como estes ultrapassam as suas adversidades (Biggam & Power, 1997; Brown & Day, 2008; Ivanoff & Jang, 1991). Este suporte, normalmente, provém dos familiares e amigos no exterior. Contudo, Biggam e Power (1997) consideram igualmente relevantes os relacionamentos de amizade e de proximidade entre reclusos, bem como, entre reclusos e guardas prisionais.

2.2.1. Perfil do Recluso Suicida

Hayes (2000) constatou que cerca de 50% dos suicídios ocorridos em prisões americanas acontecem nas primeiras 24 horas. Em Portugal, Moreira (1998) concorda que um dos momentos mais favoráveis à sua ocorrência sucede quando o recluso perde a liberdade. Todavia, nas nossas prisões, esta perigosidade estende-se mais ao menos de forma uniforme desde o início da execução da pena até ao primeiro ano e meio de

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

reclusão, com 68,8% dos reclusos a cometerem suicídio durante este período dos quais, 11,7% nos primeiros dias de reclusão.

Lester (1997) traçou o perfil de reclusos que se suicidaram nos momentos iniciais da execução da pena: homem, branco, de 22 anos, condenado por um crime relativamente pouco grave e que não envolvia violência na sua prática. No entanto, quando detido, apresentava-se confrontativo e agressivo com os agentes de autoridade. O suicídio ocorria nas primeiras 3 horas de detenção, geralmente, por enforcamento. Por fim, este perfil de recluso não possuía registo criminal e era conformativo perante a lei. Mas, sentindo-se revoltado e impotente por não ter sido capaz de impedir a detenção, além de envergonhado com o impacto que a notícia terá junto dos seus familiares. A culpa e a vergonha excessiva quanto ao crime cometido são, geralmente, experienciados por reclusos sem historial de prévias detenções (Hayes, 2000; Lester, 1997). Por isso, a diminuta gravidade do crime cometido sugere que a culpa tem, nestes casos, pouca ou nenhuma relevância para o suicídio.

Reclusos não familiarizados com regimes autoritários são os que apresentam as maiores dificuldades em se adaptar, principalmente, no momento de admissão por se depararem com: *staff* insensível ao trauma emocional pelo qual estão a passar, falta de controlo do seu futuro, além de experienciar sentimentos de subjugação, impotência, desespero, desesperança, incerteza e medo. No entanto, muitas das vezes, o medo poderá ser fruto de estereótipos criados pelos meios de comunicação social acerca dos estabelecimentos prisionais, dos guardas e dos reclusos (Hayes, 2000).

Danto (1997) e Hayes (2000) apuraram que os momentos que se seguem à admissão do recluso na prisão constituem um elevado risco de suicídio, em especial, para um recém-chegado que ainda se encontra sob efeito de drogas ou álcool. Ao entrar em abstinência, o efeito estimulador do álcool torna-se depressor, sendo este fenómeno particularmente preocupante em indivíduos que recorrem ao álcool para lidar com os seus problemas.

2.2.2. Normatividade Prisional e a Vulnerabilidade ao Suicídio

A entrada na prisão produz choque emocional no recluso e nos seus familiares. Embora na fase inicial da reclusão as relações mais sólidas se possam manter, com o

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

passar do tempo, é natural que se tornem mais distantes (Juan, 1998). O isolamento torna-se penetrante sobretudo, se as visitas e as chamadas telefônicas forem insuficientes (Hayes, 2000). A ausência do contacto conjugal, em especial, de contactos heterossexuais pode levar o indivíduo a experienciar sentimentos de perda da masculidade (Goffman, 1961/2007; He et al., 2001) ou a adquirir novos comportamentos sexuais (Juan, 1998).

No dia-a-dia, o recluso vê as suas atividades concretizadas no mesmo local, através de horários rigorosos e sob uma única autoridade, de forma a seguir os propósitos de uma instituição total. Numa *instituição total* todos os indivíduos são tratados de forma idêntica, sentem a sua vida intensamente organizada e controlada, sendo completamente absorvidos pelas regras e normas institucionais (Goffman, 1961/2007).

Depois da entrada, o recluso vê-se obrigado a distanciar-se da cultura exterior para se conseguir adaptar à comunidade prisional. Clemmer (1940) deu o nome de *prisionização* ao processo a que o recluso se submete depois de entrar, onde vai adquirir em maior ou menor grau, as tradições, os costumes, os hábitos de vida e a forma de pensar. Alusivo aos comportamentos e pensamentos suicidários, o grau de adaptação e integração parece tornar o recluso menos vulnerável ao suicídio.

Gonçalves (2002) identificou quatro grupos de reclusos relativamente à sua capacidade de integração ao meio prisional: os “bem-adaptados”, os “mal-adaptados”, os “sobre-adaptados” e os “inadaptados”. Estes últimos, os inadaptados, abrangem reclusos com patologias da adaptação à instituição prisional reagindo ao stress prisional de formas distorcidas, entre elas, os comportamentos suicidários. No entanto, esta inadaptação ao ambiente institucional, ao tempo, ao espaço, aos odores e aos ruídos que o particularizam, pode revelar-se através de doenças psicossomáticas e/ou psiquiátricas, ataques de raiva, procura de isolamento, greves de fome, entre outras.

2.2.3. Sobrelotação

A sobrelotação é um dos maiores problemas do sistema prisional (Gonçalves, 2005) e, muitas das vezes, funciona como fonte indutora de stress (Paulus & McCain, 1983). Além disso, a sobrelotação e o design inadequado das prisões são fatores que

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

potenciam a falta de controlo por parte do *staff*, o que facilita a vitimização entre reclusos, principalmente, os que partilham cela.

Atualmente, muitos estabelecimentos prisionais contemporâneos albergam tantos reclusos que estes se debatem com graves problemas de prestação de serviços, o que ao restringe a possibilidade do recluso conseguir aceder a instalações sanitárias adequadas, roupa lavada, fornecimento adequado de comida, água e energia elétrica, além de não encontrar vagas disponíveis na educação, no acesso a programas e serviços reeducativos, e a postos de trabalho (Ruback & Innes, 1988).

Os comportamentos violentos, a sobrelotação e os comportamentos suicidários estão associados à monotonia e à frustração dos reclusos (Moreira, 2010). Ou seja, estes competem entre si por um objetivo específico. Esse objetivo pode consistir na obtenção de atividades, tratamentos e/ou técnicos. No entanto, devido à elevada quantidade de reclusos a procurar alcançar o mesmo objetivo torna-se bastante comum, o aumento dos níveis de frustração da população prisional (Huey & McNulty, 2005; Moreira, 2008).

Os reclusos albergados em prisões sobrelotadas têm uma maior probabilidade de compreender o comportamento dos outros reclusos como violento e agressivo (Lawrencen & Andrews, 2004), o que contribui para a inevitável deterioração do bem-estar físico e psicológico dos reclusos (Moreira, 2010).

Desta forma, a sobrelotação por constituir uma grave perda de controlo para a gestão prisional, aumenta a possibilidade do *staff* e reclusos falecerem. (Gaes & McGuire, 1985).

2.2.4. Prisão Preventiva e o Suicídio Prisional

Existem situações que provocam um elevado risco suicida e são experienciadas, em exclusivo, numa instituição prisional. Entre as quais, a ansiedade sentida pelos reclusos preventivos ao aguardar pela leitura da sua sentença. A agonia da incerteza da pena gera elevados níveis de tensão, principalmente, entre os reclusos primários (Blaauw, Kerkhof, & Hayes, 2005; Hayes, 2000; He et al., 2001).

Em 2009, elaborou-se um inventário que possibilitou avaliar a constância do stress experienciado em contexto prisional – o “Inventário de Stress em Contexto Prisional”.

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

Este inventário apresentou uma associação linear positiva e estatisticamente significativa com o Questionário de Ideação Suicida (QIS) (Moreira, 2009).

Com este instrumento foi possível constatar que os stressores mais frequentemente reportados pelos reclusos durante a prisão preventiva, são: a sobrelotação, o isolamento, a vitimização, o processo legal, entre outros.

Como fator de risco perfazem-se também as más notícias e os dias especiais. Doenças graves, dívidas, processos de divórcio pendentes, despedimentos, mortes inesperadas de amigos ou familiares e as ausências de visitas podem aumentar os níveis de stress das pessoas reclusas. Os dias especiais, tais como, aniversários, feriados, fim-de-semana e datas festivas com a família, fazem com que o recluso se sinta ainda mais isolado e sozinho (Hayes, 2000).

Além destes, a dificuldade de serem atendidos por um médico, o barulho, a incerteza, a falta de visitas, a monotonia da vida prisional e os sentimentos de culpa pela consciencialização do crime cometido constam no Inventário de Stress em Contexto Prisional (Moreira, 2009).

2.2.5. Violência e Vitimização

Wettstein (1998) sugere que a carga emocional extrema que afeta a saúde do recluso, dentro da prisão, se denomina de *tríade do trauma correcional* e consiste em sentimentos de medo do isolamento, da violação e da violência. Estes sentimentos são comuns em reclusos primários, principalmente, durante a fase inicial da execução da pena ou nos transferidos para outra prisão (Wettstein, 1998; Engstrom, 2005).

A violência provoca medo e torna-se mais provável de ocorrer graças à disponibilidade e facilidade de acesso a armas e instrumentos artesanais que podem matar e ferir. Este facto, está aliado à engenhosidade da população reclusa que se revela capaz de criar estes artefactos, com materiais tão simples, como: lâminas de barbear, escovas de dentes, canetas e cabos de vassouras (Engstrom, 2005).

A prisão torna-se um lugar temível e ameaçador responsável pela interiorização de sentimentos de insegurança, perda de controlo, angústia, impotência e mal-estar, descritos por Goffman (1961/2007).

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

Em Portugal, Gonçalves (2002; 2005) descreve 5 tipos de vitimização: física, sexual, psicológica, económica, social.

A *vitimização física* pode variar entre eventos isolados e crónicos e entre eventos significativos, por exemplo, bofetões, até traumas mais graves que podem colocar em risco a vida da vítima. A motivação para a vitimização física pode passar pela intenção de castigar a vítima pelo tipo de crime cometido, normalmente, de carácter sexual; pelo desejo do agressor de aumentar o seu status dentro do estabelecimento prisional; pelo desejo da resolução de um conflito através da força física; por vingança; pela intenção de roubar objetos ou ganho monetário, ou meramente, como uma forma de lidar com a monotonia da vida em reclusão (O'Donnell & Edgar,1998).

A *vitimização psicológica* inclui a criação de rumores, os insultos verbais e as ameaças de violência. Tal como a física, a vitimização psicológica tem um motivo subjacente, por exemplo, colocar termo a uma escalada de ofensas, ameaçar outro recluso a introduzir estupefacientes dentro da prisão e a forçar os devedores a pagar as suas dívidas (O'Donnell & Edgar,1998).

A *vitimização sexual*, predominantemente, cometida por psicopatas (Gonçalves, 2005) é motivada pelo desejo de dominância sádica (Hare, 2003). No entanto, é sabido que algumas das agressões sexuais ocorridas em meio prisional se encontram diretamente relacionadas com o tipo de crime perpetrado pelo recluso que, neste caso, se torna a vítima. O estigma de ser ofensor sexual traduz a existência de um sistema de valores dentro do estabelecimento prisional que confere a “legitimidade” à vitimização destes agressores sexuais (Ireland & Archer, 1996). Uma das fontes responsáveis pelas agressões a reclusos detidos por crimes sexuais são as notícias exibidas pela comunicação social. Contudo, crimes de abuso sexual são raramente reportados em estabelecimentos prisionais (O'Donnell & Edgar,1998).

A *vitimização económica* envolve a subtração dos pertences de outrem através do furto, roubo ou extorsão (Cooley, 1993; O'Donnell & Edgar,1998). No entanto, o furto ocorre geralmente quando a vítima se descuida e, por exemplo, deixa a sua cela aberta (O'Donnell & Edgar,1998). A maioria dos objetos furtados ou roubados dentro dos estabelecimentos prisionais são trocadas por drogas ilícitas (O'Donnell & Edgar,1998). É através do roubo de estupefacientes que ocorre a vitimização física mais séria. As drogas são objetos ideais de roubo, já que, a vitimização empregue não é reportada pelas

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

vítimas, o que reforça o sentimento de impunidade destes agressores (O'Donnell & Edgar).

Segundo South e Wood (2006) os reclusos mais vitimizados são os mais insatisfeitos com a sua posição na hierarquia prisional, isto é, os que desejam um status mais elevado. Pelo contrário, quanto mais os reclusos vitimam outros mais satisfeitos ostentam estar com o seu status e posição ocupada na hierarquia prisional.

Além disso, os reclusos apresentam maior probabilidade de serem vítimas quando o agressor se encontra frustrado ou aborrecido (Ireland, 2002). Algumas destas agressões são, por isso, uma mera forma de passar o tempo, principalmente, quando ocorrem sob o efeito de drogas provocando a desinibição e diminuição do juízo crítico, o que potencia ainda mais a escala de vitimização (O'Donnell & Edgar, 1998).

A vitimização em meio prisional pode ser responsável pelo aumento dos níveis de stress que no limite leva alguns reclusos a cometer suicídio (He et al., 2001). Blaauw, Winkel e Kerkhof (2001) averiguaram que em 34% dos ficheiros de reclusos que se haviam suicidado, constava que, de certa forma, estes haviam sofrido as consequências da vitimização, especialmente, a mais gravosa encontrada em reclusos vulneráveis e com comportamentos suicidários de maior gravidade.

Os efeitos da vitimização em contexto prisional são especialmente nefastos. As dificuldades das vítimas em lidar com a vitimização poderão ser maiores por lhe ser impossível escapar-se de tal contexto. Além de que, o suporte social recebido por parte das pessoas significativas, é limitado (Ireland, 1999).

2.2.6. Castigo Disciplinar

De acordo com Coid (2002) a maior parte dos reclusos vive de acordo com o regulamento interno de cada estabelecimento prisional à exceção de uma pequena minoria com comportamentos persistentes e difíceis ao nível da perigosidade. Estes são, na sua grande maioria, psicopatas com múltiplas perturbações relacionadas com o Eixo II do DSM III e que, ao longo da vida, já foram diagnosticados com várias síndromes do Eixo I do DSM. Em casos extremos, reclusos com comportamentos violentos e mal adaptativos chegam mesmo a assassinar outros reclusos. No entanto, além de cumprirem o isolamento

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

disciplinar, 49% destes reclusos recebem condenações adicionais enquanto cumprem penas por outros crimes.

Este tipo de isolamento, geralmente, em celas disciplinares afasta o recluso da restante população prisional onde permanecem fechados vinte e três horas diárias, autorizado apenas a usufruir de uma hora de recreio (Gross & Suarez, 2003). O isolamento funciona como mecanismo interno de dissuasão, de disciplina e de castigo, e provoca no recluso a reflexão sobre o sucedido (Moreira, 2010).

Dada a severidade do isolamento e o stress que provoca no recluso tem sido colocada a hipótese que os indivíduos em isolamento reportariam maiores problemas do foro mental do que os que não estão em isolamento. Esta hipótese vê-se sustentada pelo facto do indivíduo em isolamento reportar, de forma significativa, maior sintomatologia psiquiátrica, depressiva e ansiosa, internalização de problemas interpessoais e problemas ao nível de ajustamento psicológico (Zinger, Wichmann, & Andrews, 2001), comportamentos suicidários (Hayes, 1997), ideação suicida (Bonner, 2006), e níveis de angústia mais elevados (Miller, 1994), quando comparados com indivíduos que não se encontram isolados.

Miller (1994) considera que o isolamento em cela disciplinar aumenta o risco de suicídio, principalmente, nos reclusos com reduzida capacidade para lidar com a frustração. Este processo afasta o recluso de qualquer mecanismo de apoio social, promovendo o desespero e, conseqüentemente, a desesperança. Por isso, Hayes (1995) defende que, a nível da prevenção do suicídio, se evite a colocação do recluso em cela disciplinar, pois alguns deles enveredam por comportamentos suicidários.

Em Portugal, o tempo máximo de isolamento não deve ultrapassar os 30 dias. O que significa que, em Portugal, o isolamento não irá causar o mesmo tipo de desregulamentação emocional em comparação, por exemplo, com os Estados Unidos da América, onde os reclusos podem ser isolados durante vários anos por infrações disciplinares. Além disso, o isolamento disciplinar varia de prisão para prisão conforme a qualidade das instalações, a qualidade do acompanhamento clínico, a formação do pessoal da vigilância, e inúmeras outras variáveis (Moreira, 2010).

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

2.2.7. Vulnerabilidade Psicopatológica

Além dos stressores intrínsecos ao contexto prisional, as condições psiquiátricas como, por exemplo, a dependência e abuso de substâncias, as perturbações da personalidade, da ansiedade, do humor, da adaptação, e dos impulsos tem sido, igualmente, mencionadas como fatores de vulnerabilidade e de stress que podem aumentar de forma substancial a probabilidade do indivíduo enveredar por comportamentos autolesivos no futuro. Contudo, nem todos enveredam por comportamentos suicidários, mediante o tipo e intensidade do stressor e da sua aptidão de utilização de coping adaptativo, uns são mais predispostos que outros. Ou seja, perante stressores iguais uns reclusos são mais vulneráveis e predispostos ao suicídio que outros (Moreira, 2009).

Segundo Goss, Peterson, Smith et al. (2002) é pela imensa proporção de sujeitos que sofrem de doenças do foro psiquiátrico com comorbilidade ao nível da dependência e abuso de substâncias, que faz com que as prisões sejam um local de elevado risco suicida. Num estudo realizado por estes autores, verificou-se que 124 dos reclusos que tentaram o suicídio pela primeira vez, enquanto reclusos, 77% sofriam de perturbação psiquiátrica, comparativamente aos restantes 15%. Além disso, cerca de 40% destes reclusos, apresentavam historial de problemas psiquiátricos pré-detenção e muitos deles consumiam substâncias.

He e colaboradores (2001) verificaram que as perturbações psiquiátricas mais observadas entre os reclusos vítimas de suicídio em situação de condenados, são as perturbações do humor (44% antes e 64% durante reclusão) e perturbações psicóticas (28% antes e 44% durante reclusão). Quanto ao abuso de substância, estes autores apontaram que, 68% dos reclusos que cometeram suicídio dependiam ou abusavam de drogas ilícitas.

Fazel, Cartwright, NormanNott et al. (2008), constataram que os fatores de risco associados ao suicídio prisional, são: ser de raça/etnia branca; do sexo masculino; casado; estar alojado numa cela individual; ser um recluso preventivo e cumprir uma pena de prisão perpétua. Quanto aos fatores de ordem clínica, sobressaem a ideação suicida recente; a história de prévias tentativas de suicídio; os problemas de abuso e dependência de substâncias; e ter um atual diagnóstico de perturbação psiquiátrica, com a consequente prescrição de medicação psicotrópica.

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

Outro fator de risco que pode predeterminar um sujeito a enveredar por comportamentos suicidários, referem-se aos seus traços agressivos e compulsivos. Mann (1998) mostra que indivíduos com perturbação de personalidade e perturbação depressiva major e com história de comportamentos suicidários apresentam, muitas das vezes, elevados índices de impulsividade e agressividade.

Entre as perturbações mais observadas em reclusos que enveredam por comportamentos suicidários, catalogamos as perturbações depressivas, as perturbações da personalidade antissocial, as perturbações boderline da personalidade e a dependência e abuso de substâncias (Moreira, 2010).

A *perturbação depressiva major* grave está associada a uma elevada taxa de mortalidade (American Psychiatric Association, 2002). Além disso, em meio prisional, esta é a perturbação psiquiátrica mais reportada quer nas tentativas de suicídio (Daniel & Fleming, 2005) quer entre os reclusos que, de facto, consumam o ato (He et. al., 2001). As características comportamentais do recluso depressivo, são: choro intenso, tristeza extrema, sentimentos de culpa, tensão, inatividade, retirada social, apatia, perda de interesse nas atividades que lhe ofereciam prazer, e desesperança (Cooper, 1974; Hayes, 2000). Na prisão, o sofredor de depressão não participa em atividades sociais, evita falar com outros reclusos, releva para segundo plano os seus interesses pessoais e negligencia a imagem pessoal (Cooper, 1974). No entanto, para este autor, a necessidade da adaptação ao sistema prisional e a consequente perda de liberdade, conduzem a grande maioria dos reclusos a experienciar este género de sintomatologia depressiva durante qualquer fase da execução da pena. No entanto, Cooper (1974) e mais recentemente Moreira (2009), referem que alguns destes reclusos retomam a seu normal funcionamento, após reagirem ao primeiro impacto da detenção durante a fase inicial da pena. Desta forma, é essencial refletir sobre a classificação do recluso como sofrendo de depressão depressiva major no início da pena, já que, será normal este deprimir quando perde a sua liberdade.

De acordo com Verona e Patrick (2000) a *perturbação da personalidade antissocial* estabelece-se ao longo de um continuum de desvio criminal tendo um predomínio diminuto na população geral, perto de 3% nos homens e de 1% nas mulheres (American Psychiatric Association, 2002), no entanto, é bastante comum em contexto prisional, onde se considera entre 50% e 80% (Hare, 1991). Indivíduos com personalidade antissocial serão impulsivos, agressivos, irresponsáveis e exibem uma emocionalidade

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

reativa normal ou hipernormal. A maior parte dos psicopatas preenche os critérios para a perturbação antissocial da personalidade apesar de nem todos os indivíduos com perturbação antissocial da personalidade serem psicopatas (Hare, 1996). Desta forma, a taxa de psicopatas em meio prisional é de notoriamente 15% a 20% (Hare, 1995). No entanto, os indivíduos diagnosticados com perturbação antissocial de personalidade que exibem alheamento emocional característico de um verdadeiro psicopata, aparentam enveredar por tentativas de suicídio forçadas, isto é, as genuínas tentativas de suicídio em que existe, de facto, uma verdadeira intenção de pôr ter à vida, não são uma característica da perturbação. Aliás, os psicopatas em vez de demonstrarem vulnerabilidade e predileção para acabar com a vida evidenciam uma característica imunitária para tal (Verona & Patrick, 2000).

As *perturbações borderline da personalidade* com começo no início da idade adulta são caracterizadas, essencialmente, pela instabilidade, impulsividade, irritabilidade, raiva intensa, ideação paranoide, e comportamentos, gestos ou ameaças de comportamentos suicidários. Black, Blum, Pfohl et al. (2004) referem que 84% dos indivíduos com perturbação borderline da personalidade tentam o suicídio em média 3 a 4 vezes, ao longo da sua vida, e 1 em cada 10, de facto, acabam por se suicidar (Paris, 2002). Em contexto prisional, Coid (2002) observou os desvios comportamentais dos reclusos com perturbação borderline e deparou-se com a prática de vários crimes, dos quais: a tomada de reféns; tendências homicidas inerentes às variações súbitas de humor; e a danificação da propriedade. Karten (1988) concluiu que 22% dos reclusos que se automutilam em meio prisional são diagnosticados com personalidade borderline. Ou seja, os restantes 78% o fazem por outros motivos. De acordo com este autor, existem dois tipos de automutiladores: a) os que se automutilam recorrentemente, normalmente, diagnosticados com perturbação borderline da personalidade. Este grupo demonstra maiores défices na capacidade de resolução de problemas e maior sintomatologia ansiosa; b) e os que se automutilam para chamar à atenção do *staff* prisional, e são responsáveis pela grande maioria das automutilações. Este grupo, demonstra níveis de ansiedade e mecanismos de coping idênticos aos reclusos que nunca se automutilaram.

Quanto à *dependência e abuso de substâncias* poderíamos colocar a hipótese de que alguns reclusos iniciariam o consumo de substâncias como forma de lidarem com os fatores indutores de stress em contexto prisional. Contudo, e ainda que a exposição a tal contexto possa coagir alguns reclusos a iniciar o consumo de cocaína, heroína e outras

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

drogas (Boys, Farrell, Bebbington et al., 2002) a grande maioria traz consigo hábitos de consumo que foram adquiridos ainda em liberdade e, tal como fora da prisão, continuam essa prática dentro dos estabelecimentos prisionais. Desta forma, cai por terra a ideia de que estes consumos se iniciam na prisão (Cope, 2000; Pereira & Costa, 1989; Torres & Gomes, 2002), à exceção do consumo ilícito de fármacos (Singleton, Meltzer, Gatward et al., 1997; Torres & Gomes, 2002) cujo consumo aumenta significativamente. As substâncias mais consumidas pelos reclusos em meio prisional, incluindo o português, são a heroína e cannabis (Boys et al, 2002; Cope, 2000; Pereira & Costa, 1989; Poças, 1988; Plourde & Brochu, 2002; Simpler, & Langhinrichsen-Rohling, 2005; Torres & Gomes, 2002). Os consumos de outras substâncias como a cocaína, caem exponencialmente depois do recluso entrar na prisão (Moreira, 2009; Torres & Gomes, 2002). Em contexto prisional português, Graça Poças (1988) verifica que o perfil comportamental do recluso dependente, inclui: a tentativa de introdução de drogas na prisão; abuso de álcool; tentativa de má utilização da medicação prescrita; e socialização do consumo. Alguns destes entram em depressão, automutilam-se e tentam ou cometem suicídio

Capítulo 3. Prevenção dos Comportamentos Suicidários nas Prisões

Em contexto prisional, quando se fala em comportamentos suicidários é possível descrever incalculáveis e perturbáveis ações como, por exemplo, engolir garfos ou colheres, lâminas de barbear, vidros e pilhas, sendo que alguns reclusos cortam as suas artérias e com o seu sangue, tingem as paredes da cela, até perderem os sentidos. Outros, por exemplo, após uma discussão com familiares, trancam-se nas suas celas e batem com a cabeça nas grades até desfalecerem (Moreira, 2009).

Desta forma, a Organização Mundial de Saúde considera o suicídio um problema mundial de saúde pública e recomenda os seus países membros a implantar ações de monitorização, prevenção e intervenção nas populações em risco. No entanto, o grau de dificuldade associado à prevenção dos comportamentos suicidários nas prisões é muito elevado. Isto é, provavelmente, nunca será encontrada uma solução para a sua completa erradicação. Apesar disso, a prevenção do suicídio em meio prisional cabe aos administradores prisionais legal e moralmente responsáveis e perdura sendo uma tarefa

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

imperiosa (Tartaro, 1999). É de salientar que, atualmente, decorre o ensaio do Programa Integrado da Prevenção do Suicídio a nível local, com um protocolo preventivo dos suicídios em meio prisional português. (Moreira, 2010).

Em qualquer plano preventivo em meio prisional encontramos dificuldades que o podem “arruinar” e de entre estas dificuldades, sabemos que as atitudes comunitárias e pessoais enraizadas e preconceitos, comprometem o *modus operandis* ao nível da prevenção de comportamentos suicidários. Desta forma, a assimilação destes estereótipos entre o *staff* prisional permitiu considerar os reclusos com comportamentos suicidários como sendo doentes mentais ou manipuladores. Por isso, convém desmistificar estes “mitos” que se revelam como a primeira e grande barreira a um qualquer plano preventivo, que se queira eficaz (Moreira, 2010).

Outra dificuldade na prevenção das autolesões relaciona-se com a enorme diversidade destes comportamentos (suicídio, para-suicídio e tentativa de suicídio), isto é, para comportamentos distintos existem, portanto, diferentes causas, manifestações e patogenias (Bonner, 2001; Dieserud, Roysamb, Ekeberg et al., 2001; Ivanoff & Hayes, 2002, Silverman & Maris, 1995) ainda mais, sendo os estabelecimentos prisionais um contexto com elevada percentagem de autolesões de carácter manipulativo e que acabam por desperdiçar muito trabalho que poderia ter sido investido na prevenção das verdadeiras tentativas de suicídio (Bonner, 2001; Hayes, 2005).

Efetivamente, a conceção dos espaços celulares, o desenho arquitetónico, os materiais utilizados e a formação do *staff*, não se mostram uma prática eficiente de prestação de cuidados de saúde mental, mas sim na sua segurança e finalidade (Milligan & Sabbatine, 2004).

O modelo preventivo desenhado por Gonçalves e Vieira (1989) e Hayes (2005) baseiam-se precisamente em construir alterações nestas determinantes. Apesar disso, Couturier e Frederick, afirmam “podemos fazer mudanças, providenciar mais serviços, melhorar a qualidade de vida e tornar a atmosfera mais humana, as prisões contudo, continuam a ser locais deprimentes para homens e mulheres que são afastados e separados de suas famílias e comunidades, frequentemente por muitos anos (Couturier & Frederick, 2000, p.7 cit in. Moreira 2010).

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

Nos estabelecimentos prisionais a predisposição dos comportamentos suicidários aumenta perante fontes de stress. Os programas preventivos obrigam à execução de medidas preventivas gerais e específicas que devem passar pela redução dos stressores e pela atuação sobre as vulnerabilidades psicológicas que constituem a estrutura interna da personalidade do recluso, apesar de, ser mais fácil controlar as fontes de stress a que os reclusos estão expostos do que as condições inerentes ao seu contexto familiar ou as suas vulnerabilidades (Cooper & Berwick, 2001). No entanto, além da prevenção geral são fundamentais planos preventivos específicos orientados para a observação e rastreio dos reclusos com comportamentos suicidários, através de, por exemplo, reclusos e guardas treinados para o efeito e de câmaras de vigilância, mas também, que se empregassem terapêuticas específicas e se construíssem celas “resistentes-ao-suicídio”, entre outras medidas (Hayes, 2005; Tartaro, 1999).

3.1. Prevenção Geral do Suicídio

A *prevenção geral* do suicídio em contexto prisional, inclui: reduzir a violência, a entrada de drogas nas prisões e a sobrelotação; melhorar a forma de acolhimento dos reclusos recém-chegados; implementar rondas de *staff* médico e de saúde mental nas alas; e aumentar a comunicação entre o *staff* e os reclusos. Desta forma, será possível reduzir, de forma significativa, a ansiedade, o stress, a depressão, a desesperança e, conseqüentemente, a ideação suicida (Daigle, 2007; Hayes, 2005).

A vitimização é um dos fatores de risco que mais predisõem o recluso a pensamentos e comportamentos suicidas, por isso, qualquer intervenção que pretenda diminuir os níveis de stress e prevenir o suicídio em meio prisional deverá possibilitar ao recluso uma vida em reclusão sem qualquer tipo de vitimização, proporcionando-lhe um ambiente prisional livre e seguro de violência (Moreira, 2010).

Além deste stressor, a entrada de drogas nas prisões é um dos mais importantes componentes na prevenção de comportamentos suicidários porque, em primeiro lugar, muitos dos reclusos que cometem suicídio fazem-no sob a influência de perturbações, motivadas pelo consumo de estupefacientes (Daniel & Fleming, 2006) e, em segundo lugar, porque através da redução do consumo e tráfico destas substâncias ilícitas,

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

consegue reduzir-se, de forma drástica, a vitimização, visto que esta gira em torno do flagelo da droga (Gonçalves, 2002; 2005; Moreira, 2008).

Através da redução da droga e da vitimização, por consequência, conseguiríamos reduzir os castigos em celas de isolamento disciplinar que são um dos maiores stressores associados ao risco aumentado de suicídio em contexto prisional (Moreira, 2009).

3.2. Prevenção Específica do Suicídio

A *prevenção específica* do suicídio em contexto prisional, inclui: o treino do *staff*; construção de celas resistentes ao suicídio; a deteção e avaliação, no momento de admissão, dos fatores de risco; e cuidados a ter no alojamento do recluso, por exemplo, aquando do isolamento em cela disciplinar. De acordo com Daniel e Fleming (2006) aproximadamente 60% dos reclusos que cometeram suicídio comunicaram de forma prévia e verbal ou não verbal a inúmeras pessoas e de diversas formas, a sua intenção em se suicidar.

3.2.1. O Treino do *Staff*

A prevenção em meio prisional deve passar pela formação do *staff* sobre os eventuais sintomas e sinais que representam risco acrescido de suicídio. Ou seja, segundo Hayes (2005) esta formação deverá permitir a identificação, mesmo que não expressa pelos reclusos, dos seus sentimentos ou ideação suicida, promovendo o seu poder instintivo.

O treino ao *staff*, por exemplo, através de workshops, deve ser facultado, especialmente, a guardas que formam a primeira linha de defesa, mas também a médicos, enfermeiros, psiquiatras, psicólogos, e técnicos, que interajam de forma regular com os reclusos. Apesar de, efetivamente, serem poucos os suicídios possíveis de prevenir pelo *staff* de saúde mental. A grande maioria ocorre nas celas e durante a noite e aos fins-de-semana (Hayes, 2005).

No entanto, Hall e Gabor (2004) afirmam que as abordagens preventivas do suicídio envolvendo apenas o *staff* prisional se mostram limitadas, sugerindo a formação de outros reclusos. Estes conseguirão motorizar, durante 24 horas por dia, os seus companheiros e

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

inclusive dormir na mesma cela que eles. Segundo estes autores, o envolvimento na prestação de cuidados aos companheiros poderá ser uma boa alternativa às abordagens preventivas tradicionais.

3.2.2. Avaliação no Momento de Admissão

Quanto à *avaliação no momento de admissão*, nos EUA, verificou-se que nas primeiras 24h de reclusão ocorreram aproximadamente 50% dos suicídios (Hayes, 2000). Em Portugal, a admissão não terá estes contornos, no entanto, 68% dos suicídios ocorreram no primeiro ano e meio de reclusão (Moreira, 1998).

Blaauw e colaboradores (2005) apuraram que a combinação destas seis características: ser sem-abrigo; ter quarenta anos ou mais; ter antecedentes de tratamento psiquiátrico; abuso de drogas; ter cometido um crime violento; e estar preso pela segunda vez, consegue classificar 82% dos suicídios que ocorrem em prisões holandesas, 53% nas dos EUA e 47% nas do Reino Unido. Por isso, é importante, no momento de admissão, efetuar o rastreio dos fatores de risco através da aplicação de questionários que permitam a avaliação de risco (Hayes, 2005; Wichmann, Serin, & Motiuk, 2000).

Este rastreio deve aceder, tanto aos fatores de vulnerabilidade como aos stressores. A ameaça suicida; as tentativas de suicídio ou para-suicídio; atual ideação suicida; a história de ideação suicida e de hospitalização ou tratamento psiquiátrico; o plano suicida; as perdas recentes, por exemplo, a morte de familiar, a perda de emprego ou de uma relação conjugal; o risco de suicídio em anteriores detenções; as histórias de comportamentos suicidários na família ou amigos; e a atual perturbação psiquiátrica, são dimensões que devem constar no processo de avaliação (Hayes, 2005a cit. in. Moreira, 2010a).

A aplicação de instrumentos de avaliação deve ser efetuada em locais calmos e com condições que garantam a privacidade do recluso pois, muitas das vezes, os locais de admissão são caóticos movimentados e barulhentos (Hayes, 2005).

A ideação suicida pode surgir ou mesmo ser agravada, em qualquer fase da execução de pena. Por isso, a avaliação a avaliação do risco suicida aquando da admissão, deverá constituir apenas a primeira etapa de muitas outras, num processo que deverá compreender de curto a longo prazo, a avaliação de todos os fatores de risco, durante a

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

execução da pena. Esta medida é fundamental, uma vez que, muitas das vezes, os comportamentos suicidários são processos dinâmicos (Hayes, 2005; Wichmann et al., 2000).

3.2.3. Prevenção do Suicídio durante o Isolamento Disciplinar

O isolamento em cela disciplinar está intimamente relacionado com os comportamentos suicidários. Em Portugal, diferente dos EUA, o isolamento disciplinar é reservado unicamente para reclusos que transgridam as normas institucionais (Moreira, 2010).

Em primeiro lugar, não devem ser alojados em cela disciplinar reclusos que tenham envergado por comportamentos suicidários (Hayes, 2005). Muitos reclusos ameaçam suicidar-se ou simulam tentativas de suicídio se forem colocados em isolamento disciplinar (Bonner, 2001; Hayes, 2001). Contudo, apesar de muitas das vezes existirem fortes evidências de que o recluso simulou uma tentativa de suicídio para evitar o castigo, é preferível aguardar algum tempo entre o ato lesivo e o castigo disciplinar. Desta forma, o sistema prisional não irá reforçar os comportamentos autolesivos com fins manipulativos e, ao mesmo tempo, deixa vincada a ideia de que apesar do recluso enveredar por estas condutas, de uma forma ou de outra, e depois de uma avaliação médica e psiquiátrica, sofrerá as devidas consequências das suas condutas (Moreira, 2010).

Além disso, todos os alojados em isolamento disciplinar devem ser de forma prévia avaliados pelo *staff* médico ou de saúde mental para que seja garantido que o isolamento não será um contraindicativo (Hayes, 2005).

Em terceiro lugar, este mesmo *staff* deverá efetuar rondas regulares para averiguar se existem reclusos com perturbação psiquiátrica ou comunicação suicida nas celas disciplinares (Daniel & Fleming, 2006).

Por fim, é relevante mencionar que apesar do isolamento disciplinar ser um stressor agudo para os reclusos em cumprimento de medida disciplinar esta medida, muitas das vezes, funciona como uma medida protetora nos suicídios ocorridos entre a restante população prisional. Isto é, nos comportamentos suicidários, o isolamento atua de forma diferente porque, por um lado, previne comportamentos suicidários dos reclusos

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

vitimizados, mas por outro, agrava os comportamentos suicidários dos reclusos impulsivos e agressivos (Moreira, 2010).

3.2.4. Alteração Arquitetónicas para Precauções Suicidas

Em meio prisional o suicídio por enforcamento é o método de suicídio mais utilizado (Hayes, 2005) e Portugal não é exceção à regra (Moreira, 1998). Dentro dos estabelecimentos prisionais os métodos letais são poucos quando comparados como os métodos disponíveis no exterior. Isto é, intramuros não existem armas de fogo e, por isso, será improvável a sua utilização como forma de colocar termo à própria vida (Tartaro, 1999). Desta forma, faria todo o sentido a limitação do acesso dos reclusos em risco suicida a este método.

Hayes (2003) elaborou uma lista de recomendações para a construção de celas próprias que sirvam de alojamento para reclusos com elevada ideiação suicídio. Estas celas, chamadas de *celas resistentes-ao-suicídio*, pretendem erradicar todos os pontos de suspensão, por exemplo, acabando com os suportes para as toalhas, escovas de dentes ou rolos de papel higiénico; com os fios de telefone; com os cabides para roupa ou, se tiverem, estes devem aguentar apenas o peso da roupa; com as grelhas, condutas e suportes de iluminação que permitam pontos de suspensão, ou com os puxadores de portas, entre outros (Hayes, 2003).

3.2.5. Prevenção dos Comportamentos Suicidários com Fins

Manipulativos

A manipulação pretende manipular e pressionar o *staff* prisional a atuar conforme os “caprichos” dos reclusos. De acordo com Moreira (2010), quem trabalha em meio prisional está acostumado a ouvir “se não me deixam entrar a televisão, corto-me” ou “se não me dão uma precária, corto-me”. De facto, algumas destas ameaças acabam por se concretizar.

Qualquer programa de prevenção dos comportamentos suicidários neste contexto que se queira eficaz, deve precaver a prevenção das autolesões de carácter manipulativo. Estas acontecem quando o recluso pretende alcançar a resolução de uma determinada

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

situação ou de um determinado objetivo geralmente provocado por má conduta adaptativa do próprio (Moreira, 2010).

Os reclusos manipuladores são os principais responsáveis pela falta de credibilidade dos reclusos que realmente tentam o para-suicídio, ou no pior dos cenários, o suicídio, ocupando o tempo, por si só escasso do *staff* prisional. Além disso, pode-se mesmo afirmar que estes reclusos são os grandes culpados da desmotivação que o *staff* prisional revela na prevenção e no tratamento dos comportamentos suicidários. De antemão, o recluso aprende que é mais fácil resolver determinado problema através do uso de ameaças e de simulações de suicídio do que através da procura de ajuda por via assertiva, isto é, institucional e legal (Moreira, 2010).

No entanto, podem ser desenvolvidas diversas estratégias comportamentais pelo *staff* médico de forma que se conseguia aceder aos comportamentos autolesivos com fins manipulativos. Entre eles, ignorar o comportamento do recluso até que este se extinga (Jeglic, Vanderhoff & Donovick, 2005), apesar de, tais planos poderem facilitar o aumento da letalidade e/ou da frequência destes comportamentos.

Os fins manipulativos não significam necessariamente autolesões de leve ou média letalidade. Os reclusos podem aumentar a letalidade das autolesões de forma a comprovar que não se encontram a manipular o meio (Bonner, 2001; Hayes, 2001; 2005). Além disso, deve-se tratar e avaliar os reclusos antes que seja possível a determinação do comportamento manipulativo, psicótico ou relacionado a ganhos secundários, visto que, a sintomatologia psiquiátrica apresenta-se, muitas das vezes, idêntica à simulação e, por isso, a deteção da simulação e manipulação é bastante delicada (Jeglic et al., 2005).

Apesar de não existirem resoluções perfeitas para lidar com estes reclusos, Hayes (2001) aconselha que, diante destas situações: a) como forma de prevenção, se aumente a supervisão do recluso; b) se evitem os isolamentos disciplinares enquanto mecanismo de resposta aos comportamentos manipulativos, por serem potencialmente letais; c) em penúltimo, guardas prisionais, não devem de maneira nenhuma arriscar na classificação de um como comportamento manipulativo e, por fim, d) encaminhar o recluso para o *staff* de saúde mental.

A prevenção das autolesões com fins manipulativos nos reclusos manipulativos é possível através da consciencialização destes para as consequências negativas das suas

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

condutas, no entanto, considerar a completa eliminação dos comportamentos autolesivos, não é, provavelmente, um objetivo realista (Jeglic et al., 2005). O recluso necessita de aprender que dispõem de outras opções e que essas opções podem resolver ou melhorar os seus problemas de forma assertiva, mas, principalmente, é fundamental fazê-lo perceber que as autolesões não resolvem problemas. Antes pelo contrário, trazem problemas adicionais que levam à perda de privilégios e se necessário, em último recurso, o restringem fisicamente (Bonner, 2001). Acima de tudo, devem-se ajudar os reclusos no desenvolvimento de comportamentos assertivos e facilitadores que contribuem, portanto, para adaptações favoráveis à vida prisional.

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

Parte II

CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

Parte II – CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA

Terminado o enquadramento teórico o investigador precisa de elaborar a fase de contribuição empírica. Para isso, serão necessários os objetivos de estudo gerais e específicos, a definição da metodologia utilizada, da amostra, dos procedimentos e os resultados esperados.

4.1. Objetivos de Estudo

4.4.1. Objetivo Geral

O presente projeto de graduação surge em consequência do agravamento, crescente e problemático do suicídio no sistema prisional. O seu principal objetivo é contribuir para a compreensão e consequente sensibilização, através dos resultados obtidos pelo seguinte estudo, para este fenómeno tão preocupante, apesar de pouco estudado.

4.4.2. Objetivos Específicos

Estabelecem-se ainda, os seguintes objetivos específicos:

- a) Identificar os principais fatores de risco do suicídio em contexto prisional;
- b) Reconhecer os meios mais utilizados para o efeito;
- c) Caracterizar um recluso com perfil suicida; e
- d) Identificar as principais medidas de prevenção destes comportamentos suicidários, através da redução dos seus fatores de risco.

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

4.2. Metodologia

Segundo Lakatos e Marconi (2001), a “investigação visa sobretudo alcançar respostas com intuito de solucionar problemas da vida das pessoas, através do método científico”.

Este projeto reúne um estudo de caráter qualitativo, observacional, transversal, e baseado na técnica da entrevista.

Uma entrevista semi-diretiva coloca questões que se pretendem abertas. Para tal, é necessária a elaboração prévia de um guião, pelo qual, o investigador se rege, ao longo da entrevista. Esta entrevista é utilizada quando o investigador dispõe de informação bibliográfica sobre o que pretende estudar. “As boas entrevistas caracterizam-se pelo facto de os sujeitos estarem à vontade e falarem livremente sobre os seus pontos de vista.” (Biggs, 1986).

Desta forma, por ser tratar de um estudo exploratório e transversal, baseado numa entrevista semi-diretiva, é necessária a realização de uma seleção da amostra e da população a ser utilizada. A mesma, é apresentada no ponto que se segue.

Assim sendo, e tendo em conta os objetivos em cima descritos, gerais e específicos, este projeto de graduação pretende, através da análise detalhada das entrevistas aplicadas aos guardas prisionais, técnicos superiores de reeducação e ao corpo clínico compreender, primeiramente, quais são os principais fatores de risco do suicídio prisional e, posteriormente, como prevenir o suicídio e reduzir os seus fatores de risco.

4.3. Definição da Amostra

De acordo com Fortin (2009), a amostra é definida a partir da população alvo, uma vez que é de uma grande complexidade e de extrema dificuldade estudá-la no seu todo. Assim, a amostra é sempre inferior à população que é objeto de estudo, podendo esta ser considerada uma fração da mesma.

Para o alcance dos supramencionados objetivos, este projeto contará, em princípio, com 6 guardas prisionais, 6 técnicos superiores de reeducação e com 6 elementos do corpo clínico, do Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo – Masculino (Porto). Isto porque, o pretendido será entrevistar 3 homens e 3 mulheres, de

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

diferentes faixas etárias, do corpo de vigilância, dos técnicos superiores de reeducação e do corpo clínico. Desta forma, serão obtidas diferentes perspectivas e experiências do fenómeno em estudo, o suicídio em estabelecimentos prisionais.

Pretende-se que os profissionais que integrem esta amostra tenham, pelo menos, um ano de experiência profissional, a fim de responder à entrevista com base nessa experiência. Desta forma, a seleção da amostra será feita tendo em conta o tempo de serviço em contexto prisional.

4.3. Material e Procedimento

Para que a entrevista seja bem conduzida deve haver a prévia elaboração de um guião. Para tal, o instrumento a utilizar neste estudo é um guião de entrevista semi-diretiva para os guardas prisionais (Anexo B), outro para os técnicos superiores de reeducação (Anexo C) e, por fim, outro para o corpo clínico (Anexo D), de elaboração própria, de com o objetivo de identificar os principais fatores de risco do suicídio em contexto prisional, os meios utilizados para consumar o suicídio e as principais medidas de prevenção dos comportamentos suicidários e traçar, de acordo com a perspectiva do *staff* prisional, uma caracterização do recluso suicida.

Assim sendo, a entrevista semi-diretiva seria dividida em 3 partes. A primeira, a preencher com os dados gerais. A segunda, com uma pergunta “quebra-gelo”, a responder sobre perspectivas e experiências e, por fim, a terceira, a responder sobre a temática do suicídio, de acordo com a experiência de cada inquirido. A sua administração seria direta, junto dos inquiridos – guardas prisionais, técnicos superiores de reeducação e corpo clínico – para que estes respondam às questões colocadas durante a entrevista.

Para tal, será necessária a obtenção do consentimento informado, através da declaração em anexo (Anexo A). Portanto, e tendo em conta os princípios éticos e deontológicos, a confidencialidade e anonimato de todas as informações fornecidas, deve ser garantida, como refere Fortin (2003). Este anonimato e confidencialidade será assegurado, essencialmente, pela não identificação do nome do entrevistado aquando da entrevista.

“Cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos foram determinados pelos códigos de ética: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade,

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim o direito a um tratamento justo e leal” (Fortin, 2003, p. 116).

Além disso, é de referir que o guião de entrevista, deverá ser alvo de um pré-teste, e será aplicado a uma pequena amostra que reflita as características da população a ser estudada. Esta etapa é bastante importante e tem como finalidade avaliar as questões, isto é, perceber se as perguntas que constam neste guião, são ambíguas; se a linguagem utilizada é apropriada e esclarecedora; se o questionário é demasiado longo; e se as suas respostas nos facultam a informação necessária e desejada à concretização deste estudo.

Para a realização deste estudo, a instituição, neste caso em concreto, o Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo – Masculino, edificado no concelho de Matosinhos, distrito do Porto, deverá ser previamente contactado, via correio eletrónico, com o objetivo de dar a conhecer os interesses, objetivos, métodos e finalidades deste estudo. Este estabelecimento prisional é de alta segurança e tem um grau de complexidade de gestão elevado, e é onde se pretende que as entrevistas semi-diretivas sejam aplicadas.

Toda esta documentação deverá ser enviada novamente, via correio eletrónico, e devidamente anexados os termos de consentimento informado, como comprovativo de que estão a ser cumpridos todos os princípios éticos indispensáveis à realização do estudo. Além disso, caso a resposta por parte da instituição seja positiva, o diretor do estabelecimento prisional deverá ser informado e conseqüentemente terá de autorizar a realização do estudo e da aplicação das entrevistas.

Os guardas prisionais, os técnicos superiores de reeducação e o corpo clínico devem comparecer no respetivo estabelecimento prisional, conforme o dia e hora mencionado como data para a aplicação da entrevista. No dia, serão entregues os consentimentos informados que devem ser devidamente lidos e assinados pelos entrevistados, caso pretendam e aceitem participar no estudo.

Estima-se que a entrevista durará entre 30 minutos a 40 minutos. Por ser aplicada num ambiente informal e descontraído, a entrevista semi-diretiva permite ao entrevistado que este se expresse sem condicionalismos e, portanto, pode estar à vontade para se exprimir e se manifestar livremente sobre as suas experiências, perspetivas e pontos de vista sobre o fenómeno do suicídio em estabelecimentos prisionais. Apesar disso, o investigador terá, contudo, que se reger pelo seu guião, ao longo da entrevista, de forma

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

que, o entrevistado não fuja às questões necessárias para a concretização dos objetivos esperados.

Posteriormente, deverá proceder-se à análise de conteúdo dos dados obtidos, técnica privilegiada nas ciências sociais e humanas. Através da entrevista, será esperado conseguir identificar os principais fatores de risco do suicídio em contexto prisional, os meios utilizados para consumir o suicídio, as principais medidas de prevenção dos comportamentos suicidários e de traçar, de acordo com a perspectiva do *staff* prisional, a caracterização de recluso suicida.

4.4. Resultados Esperados

Após um enquadramento teórico que me possibilitou compreender profundamente este tema e definidas as particularidades do estudo aqui antecipado, este é o momento de se refletir sobre os eventuais resultados. Desta forma, e tendo em conta a revisão da literatura, estes são os resultados esperados.

Quanto aos *fatores de risco do suicídio em contexto prisional*, a literatura dá-nos conta de múltiplos e diversos fatores de risco. Estes são apenas alguns deles: a) os sentimentos de culpa, revolta e vergonha pelo crime cometido (Moreira, 2008); b) a violência (Moreira, 2010); c) a sobrelotação (Moreira, 2010); d) a prisão preventiva (Blaauw et al., 2005; Moreira, 2008, 2009); e) a aproximação de datas festivas como, por exemplo, festas de aniversário, Natal e Páscoa (Moreira, 2009); e f) a aproximação da data de sentença (Moreira, 2009).

No ponto b), sobre a violência, consta que esta cria um clima de insegurança sentida, especialmente, no período inicial da execução da pena. Esta violência leva alguns reclusos a temer pelas suas próprias vidas (Moreira, 2010).

A sobrelotação, disposta no ponto c), aliada ao design inadequado das prisões, são fatores que potenciam a falta de controlo, facilitando, por sua vez, a vitimização. Além disso, devido à elevada quantidade de reclusos à procurar de alcançar o mesmo objetivo, por exemplo, acesso a postos de trabalho ou a médicos, torna-se bastante comum o aumento dos níveis de frustração da população prisional (Huey & McNulty, 2005; Moreira, 2008).

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

Enquanto aguarda pela sua sentença, o recluso pode manifestar uma elevada carga de stress e de ansiedade (Blaauw et al., 2005; Moreira, 2008, 2009) e, por isso, o ponto d) e f), constituem mais dois fatores de risco ao suicídio.

Quanto ao *perfil do recluso suicida*, Lester (1997) traçou o seguinte perfil de recluso que se suicidou nos momentos iniciais da execução da pena: homem, branco, de 22 anos, condenado por um crime relativamente pouco grave, e que não envolvia violência na sua prática; nas primeiras 3 horas de detenção, geralmente, por enforcamento; sem registo criminal; conformativo perante a lei; revoltado e impotente; envergonhado; com culpa e a vergonha excessiva; e, geralmente, sem historial de prévias detenções (Hayes, 2000).

Quanto ao *método*, o suicídio por enforcamento é o método de suicídio mais utilizado (Hayes, 2005) e Portugal não é exceção à regra (Moreira, 1998). Isto acontece porque, os métodos letais disponíveis, por exemplo, as armas de fogo, são poucos (Tartaro, 1999). Portanto, esta será a resposta esperada.

Sobre a *prevenção dos comportamentos suicidários nas prisões*, a prevenção pode ser geral ou específica. As respostas esperadas são, a nível geral, algumas das seguintes medidas: a) reduzir a violência; b) a entrada de drogas nas prisões; c) a sobrelotação; d) melhorar a forma de acolhimento dos reclusos recém-chegados; e) implementar rondas de *staff* médico e de saúde mental nas alas; e f) aumentar a comunicação entre o *staff* e os reclusos. Assim sendo, será possível reduzir sentimentos como, a ansiedade, o stress, a depressão, a desesperança e, conseqüentemente, a ideação suicida em contexto prisional (Daigle, 2007; Hayes, 2005).

Além destas, a nível específico, são esperadas algumas destas medidas: a) o treino do *staff*; b) a construção de celas resistentes ao suicídio; c) a deteção e avaliação, no momento de admissão, dos fatores de risco; e d) os cuidados a ter no alojamento do recluso, por exemplo, aquando do isolamento em cela disciplinar (Hayes, 2005).

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

REFLEXÕES FINAIS

Em Portugal, o suicídio em estabelecimentos prisionais é uma temática raramente falada e, portanto, carece de alguma investigação científica.

Por envolver um tema tão inquietante, e cada vez mais preocupante, além de ter sido escrito num momento difícil para toda a comunidade, em que muito se fala de saúde mental e mais ainda para a comunidade aqui referida, a realização deste Projeto de Graduação permitiu-me crescer a nível profissional, mas principalmente a nível pessoal.

Através deste, deparei-me, pela primeira vez, com as dificuldades que uma investigação prática necessita. Desde a definição do objetivo principal e dos demais diversos objetivos gerais, à determinação de todas as etapas metodológicas e, por último, de se atingir o propósito final deste projeto – a contribuição para uma melhor compreensão e conseqüente sensibilização para esta temática.

O fator impulsionador para a escolha desta temática – “Suicídio em Estabelecimentos Prisionais” foi, essencialmente, o preconceito da sociedade para com os reclusos. Sociedade esta que continua a ver nas prisões uma oportunidade para “despejar” indivíduos com condutas antissociais que, de facto, constituem crime. Enquanto indivíduo e membro da sociedade, mas principalmente enquanto estudante de criminologia, é meu dever aproveitar esta oportunidade para consciencializar outros indivíduos sobre matérias com o suicídio prisional e a vitimização prisional.

Quanto aos objetivos específicos previamente definidos na metodologia, é esperado que, através da entrevista, estes sejam alcançados. Sendo esta, direcionada ao *staff* prisional com um mínimo de um ano de experiência, é expectável que se consiga ainda identificar as principais estratégias utilizadas na prevenção do suicídio em contexto prisional português. Além disso, depreende-se que através da entrevista, se consiga obter uma estimativa da ocorrência deste fenómeno tão complexo e tão preocupante, que é o suicídio em estabelecimentos prisionais.

Considero que nunca serão demais os estudos sobre este tema, visto que, se trata de vidas humanas em situação especialmente vulnerável e que, estas mortes ocorrem às mãos do Estado, que somos todos nós.

Por fim, volto a realçar a necessidade de sensibilização para este tema. Felizmente, a sociedade está cada vez mais alerta para saúde mental, no entanto, nunca para saúde

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

mental dos reclusos. Aliás, quando falado, esta temática é vista de ânimo leve. No entanto, as suas consequências são devastadoras.

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, F. (2018). O Suicídio: Contribuições de Émile Durkheim e Karl Marx para a Compreensão desse Fenômeno na Contemporaneidade. *Aurora*, V.11, N. 1, pp. 119-138.

Araújo, E & Bicalho, P. (2012). Suicídio: Crime, Pecado, Estatística, Punição.

Bertolote, J. (2013). *O Suicídio e a sua Prevenção*. São Paulo, Editora UNESP.

Durkheim, E. (2000). *O Suicídio*. São Paulo, Martins Fontes.

Gonçalves, A. (2013). Isoformas da enzima catecol-O-metiltransferase como alvo farmacológico na doença de Parkinson.

Goffman, E. (2007). *Manicômios, Prisões e Conventos* (Tradução de D.M. Leite). São Paulo: Perspectiva (Trabalho original publicado em 1961).

Luís, M. (2016). Dor psicológica e risco suicidário: Um estudo longitudinal com indivíduos da comunidade.

Marx, K. (2006) *Sobre o suicídio*. São Paulo, Boitempo Editorial.

Moreira, N. (2008). *Sofrimento, desespero e comportamentos suicidários na prisão*. Coimbra: Quarteto Editora.

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

Moreira, N. (2009). Factores de risco associados à ideação suicida durante a prisão preventiva: Estudo exploratório. Tese de mestrado, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Moreira, N. (2010). *Suicídio nas Prisões*. Oliveira de Azeméis, Legis Editora.

Moreira, N. & Gonçalves, R. (2010b). Perturbação mental e ideação suicida entre reclusos preventivos. *Análise Psicológica*, 1, XXVIII, pp. 133-148.

Narvaes, R. (2013). Comportamento agressivo e três neurotransmissores centrais: dopamina, gaba e serotonina: uma revisão sistemática dos últimos 10 anos.

Pinheiro, I. & Cardoso, J. (2011). Vulnerabilidade ao stress prisional e ao risco de suicídio na população reclusa: estudo exploratório. *Psiquiatria, Psicologia e Justiça*, N. 4, pp. 5-25.

Pragosa, C. (2012). Tentativa de Suicídio em Meio Prisional: Estudo Exploratório de uma População de Reclusos com e sem Conduas Autodestrutivas não fatais.

Saraiva, B. (2011). Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica*, N. 31, pp. 185-205.

ANEXOS

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

Anexo A

Consentimento Informado

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

CONSENTIMENTO INFORMADO

Estudo sobre

Suicídios em Estabelecimentos Prisionais

Declaro que consinto participar no estudo sobre *Suicídios em Estabelecimentos Prisionais*, no qual foi solicitada a minha cooperação para a realização de uma entrevista.

Declaro que autorizo a gravação do meu depoimento e a posterior utilização dessa informação.

Declaro ainda que, fui devidamente informado sobre o carácter anónimo e confidencial das minhas respostas no referido estudo, tendo-me, portanto, sido concedidas garantias de que a minha identidade não será, de forma alguma, revelada.

Declaro, por fim, que me foi dada a oportunidade de colocar as questões que julguei necessárias e que fui informado acerca do meu direito de recusar, a qualquer momento, a participação neste estudo.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: __/__/____

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

Anexo B

Guião de Entrevista aos Guardas Prisionais

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais



ENTREVISTA SEMI-DIRETIVA AOS GUARDAS PRISIONAIS

Este projeto de graduação intitulado: *Suicídio em Estabelecimentos Prisionais*, tem como principal objetivo identificar os principais fatores de risco do suicídio em contexto prisional, além dos meios utilizados para consumir o suicídio; e as principais medidas de prevenção dos comportamento suicidários e traçar, de acordo com a perspectiva do *staff* prisional (guardas prisionais, técnicos superiores de reeducação e membros do corpo clínico) um perfil de recluso suicida.

Parte I – Dados Gerais

Sexo:

Idade:

Escolaridade:

Anos de Profissão:

Estabelecimentos Prisionais em que já exerceu:

Parte II – Perspetivas e Experiências

1 – O que o levou a enveredar por esta profissão?

Parte III – Suicídio

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

2 – Durante o seu turno, alguma vez teve de lidar com um suicídio ou tentativa de suicídio?

- a) Na sua perspetiva, o que leva um recluso a suicidar-se?
- b) Saberá identificar um recluso com ideação suicida? Como faria essa identificação? De que forma, caracteriza o recluso que comete suicídio em contexto prisional?
- c) Quais considera serem os principais fatores de risco do suicídio, dentro de um estabelecimento prisional?
- d) Pela sua experiência, quais apresentam maior sintomatologia suicida, e porquê:
 - i. Os reclusos preventivos ou os condenados?
 - ii. Os recém-chegados ou os restantes?
 - iii. Os ativos, isto é, os que trabalham, fazem desporto, frequentam a escola ou outras formações) ou os inativos, que não o fazem?
 - iv. Os imputáveis ou os inimputáveis?
 - v. Os que cumprem isolamento disciplinar ou os restantes?

3 – Qual considera ser o método/procedimento mais utilizado pelos reclusos, como forma de colocar termo à própria vida?

- a) Que objetos são utilizados para o efeito?
- b) Porque considera ser esse o método mais utilizado, e não outro?
- c) Seria possível prevenir a utilização desse método? De que forma se faria a prevenção?

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

4 – Na sua opinião, qual considera ser o momento mais crítico, durante a execução da pena, para a consumação do suicídio? Porquê?

5 – Onde considera que, a maioria dos suicídios, neste estabelecimento prisional, ocorrem? Na Clínica de Psiquiatria e de Saúde Mental, no Regime Comum, ou em Regime Aberto, isto é, na Casa de Santo André? Porquê?

6 – Em Portugal, desde 2010, que se encontra em vigor o Programa Integrado de Prevenção de Suicídio (PIPS), com a dupla vertente de detenção dos sinais e sintomas precoces de alerta e risco de suicídio em reclusos recém-chegados, bem como, na sinalização eficiente de reclusos em cumprimento de pena privativa de liberdade.

- a) Em algum momento, ouviu falar deste programa?
- b) Qual foi a abordagem realizada para a apresentação deste programa junto do corpo prisional? Através de reuniões ou formações? A formação é recorrente ou esporádica?
- c) Que informações vos são transmitidas? Todos os guardas a receberam, ou só alguns?
- d) Qual é o papel dos guardas prisionais na aplicação deste programa? No momento de ingresso, são os guardas quem aplicam a check-list de sinais de alerta? Que itens contêm esta check-list?
- e) Em caso de, de facto, se verificarem sintomas e sinais de alerta, que medidas são aplicadas aos reclusos sinalizados?
- f) Qual é a sua opinião sobre este programa? Considera estas estratégias eficazes? Para si, quais são as medidas indispensáveis à prevenção do suicídio?

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

Anexo C

Guião de Entrevista aos Técnicos Superiores de Reeducação

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais



ENTREVISTA SEMI-DIRETIVA AOS TÉCNICOS SUPERIORES DE REEDUCAÇÃO

Este projeto de graduação intitulado: *Suicídio em Estabelecimentos Prisionais*, tem como principal objetivo identificar os principais fatores de risco do suicídio em contexto prisional, além dos meios utilizados para consumir o suicídio; e as principais medidas de prevenção dos comportamento suicidários e traçar, de acordo com a perspetiva do *staff* prisional (guardas prisionais, técnicos superiores de reeducação e membros do corpo clínico) um perfil de recluso suicida.

Parte I – Dados Gerais

Sexo:

Idade:

Formação académica:

Anos de Profissão:

Estabelecimentos Prisionais em que já exerceu:

Parte II – Perspetivas e Experiências

1 – O que o levou a enveredar por esta profissão?

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

Parte III – Suicídio

2 – No decorrer da sua carreira, alguma vez teve de lidar com um suicídio ou tentativa de suicídio?

- e) Na sua perspetiva, o que leva um recluso a suicidar-se?
- f) Saberá identificar um recluso com ideação suicida? Como faria essa identificação? De que forma, caracteriza o recluso que comete suicídio em contexto prisional?
- g) Quais considera serem os principais fatores de risco do suicídio, dentro de um estabelecimento prisional?
- h) Pela sua experiência, quais apresentam maior sintomatologia suicida, e porquê:
 - vi. Os reclusos preventivos ou os condenados?
 - vii. Os recém-chegados ou os restantes?
 - viii. Os ativos, isto é, os que trabalham, fazem desporto, frequentam a escola ou outras formações) ou os inativos, que não o fazem?
 - ix. Os imputáveis ou os inimputáveis?
 - x. Os que cumprem isolamento disciplinar ou os restantes?

3 – Qual considera ser o método/procedimento mais utilizado, pelos reclusos, como forma de colocar termo à própria vida?

- d) Que objetos são utilizados para o efeito?
- e) Porque considera ser esse o método mais utilizado, e não outro?
- f) Seria possível prevenir a utilização desse método? De que forma se faria a prevenção?

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

4 – Na sua opinião, qual considera ser o momento mais crítico, durante a execução da pena, para a consumação do suicídio? Porquê?

5 – Onde considera que, a maioria dos suicídios, neste estabelecimento prisional, ocorrem? Na Clínica de Psiquiatria e de Saúde Mental, no Regime Comum, ou em Regime Aberto, isto é, na Casa de Santo André? Porquê?

6 – Em Portugal, desde 2010, que o Programa Integrado de Prevenção do Suicídio (PIPS), começou a ser implementado, em contexto prisional. Neste EP, recorda-se do ano da sua implementação?

- a) Qual é a sua opinião sobre este programa? Considera estas estratégias eficazes? Para si, quais são as medidas indispensáveis à prevenção do suicídio?
- b) Como foi transmitido junto do corpo prisional? Através de reuniões ou formações?
- c) Todos os reclusos são submetidos à Check List de Alerta, presente neste programa? Quando e por quem é aplicada? Que medidas são aplicadas, no caso de, de facto, existir um recluso com ideação suicida?
- d) Sabe quantos reclusos estão sinalizados?
- e) Qual é o acompanhamento que se faz a um recluso, após este ter tido um comportamento suicidário? Em caso de reincidência, são definidas novas estratégias?
- f) Supondo que um recluso com prévias tentativas de suicídio, inclusive, dentro deste estabelecimento prisional, acaba de cumprir a sua pena. Este recluso continua ou não, a ser acompanhado no exterior? Por quem?

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

- g) Os outros reclusos, companheiros de cela ou de camarata, sofrem com estes comportamentos. Como lidam com os constrangimentos que sentem?

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

Anexo D

Guião de Entrevista ao Corpo Clínico

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais



ENTREVISTA SEMI-DIRETIVA AO CORPO CLÍNICO

Este projeto de graduação intitulado: *Suicídio em Estabelecimentos Prisionais*, tem como principal objetivo identificar os principais fatores de risco do suicídio em contexto prisional, além dos meios utilizados para consumir o suicídio; e as principais medidas de prevenção dos comportamento suicidários e traçar, de acordo com a perspetiva do *staff* prisional (guardas prisionais, técnicos superiores de reeducação e membros do corpo clínico) um perfil de recluso suicida.

Parte I – Dados Gerais

Sexo:

Idade:

Formação académica:

Anos de Profissão:

Estabelecimentos Prisionais em que já exerceu:

Parte II – Perspetivas e Experiências

1 – O que o levou a exercer a sua profissão dentro de um estabelecimento prisional?

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

Parte III – Suicídio

2 – Durante o seu turno, alguma vez teve de lidar com um suicídio ou tentativa de suicídio?

- i) Na sua perspetiva, o que leva um recluso a suicidar-se?

- j) Saberá identificar um recluso com ideação suicida? Como faria essa identificação? De que forma, caracteriza o recluso que comete suicídio em contexto prisional?

- k) Quais considera serem os principais fatores de risco do suicídio, dentro de um estabelecimento prisional?

- l) Pela sua experiência, quais apresentam maior sintomatologia suicida, e porquê:
 - xi. Os reclusos preventivos ou os condenados?

 - xii. Os recém-chegados ou os restantes?

 - xiii. Os ativos, isto é, os que trabalham, fazem desporto, frequentam a escola ou outras formações) ou os inativos, que não o fazem?

 - xiv. Os imputáveis ou os inimputáveis?

 - xv. Os que cumprem isolamento disciplinar ou os restantes?

3 – Qual considera ser o método/procedimento mais utilizado, pelos reclusos, como forma de colocar termo à própria vida?

- g) Que objetos são utilizados para o efeito?

- h) Porque considera ser esse o método mais utilizado, e não outro?

- i) Seria possível prevenir a utilização desse método? De que forma se faria a prevenção?

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

4 – Na sua opinião, qual considera ser o momento mais crítico, durante a execução da pena, para a consumação do suicídio? Porquê?

5 – Onde considera que, a maioria dos suicídios, neste estabelecimento prisional, ocorrem? Na Clínica de Psiquiatria e de Saúde Mental, no Regime Comum, ou em Regime Aberto, isto é, na Casa de Santo André? Porquê?

6 – Em Portugal, desde 2010, que o Programa Integrado de Prevenção do Suicídio (PIPS), começou a ser implementado.

a) Qual é a sua opinião sobre este programa? Considera estas estratégias eficazes? Para si, quais são as medidas indispensáveis à prevenção do suicídio?

a) As medidas são aplicadas segundo um protocolo estrito ou flexível? No caso de ser em aplicadas de forma flexível, existe alguma medida mais frequentemente aplicada?

b) Todos os reclusos são submetidos à Check List de Alerta, presente neste programa? Quando e por quem é aplicada? Que medidas são aplicadas, no caso de, de facto, existir um recluso com ideação suicida?

c) Sabe quantos reclusos estão sinalizados?

7 – Quando algum recluso apresenta ideação suicida, quais são os procedimentos a seguir pelos serviços clínicos? Como são informados os técnicos de reeducação e os guardas?

a) Qual é o acompanhamento que se faz a um recluso, após este ter tido um comportamento suicidário? Em caso de reincidência, são definidas novas estratégias?

b) Habitualmente, o recluso fala sobre o que aconteceu e dos motivos que a levaram a agir daquela forma?

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais

- c) Os outros reclusos, companheiros de cela ou de camarata, sofrem com estes comportamentos. Como lidam com os constrangimentos que sentem?

- d) Supondo que um recluso com prévias tentativas de suicídio, inclusive, dentro deste estabelecimento prisional, acaba de cumprir a sua pena. Este recluso continua ou não, a ser acompanhado no exterior? Por quem?

- e) No geral e abordando os dois fenómenos, como considera que os profissionais, no seu todo, valorizam estes comportamentos? Quais são as suas maiores preocupações? Ou maiores dúvidas? É recorrente vos pedirem ajuda ou conselhos sobre o fenómeno?

Suicídio em Estabelecimentos Prisionais