

Ana Raquel Correia Cardoso

38594

Inimputabilidade em Portugal sob a Perceção dos Profissionais dos Estabelecimentos
Prisionais

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Porto, 2023

Ana Raquel Correia Cardoso

38594

Inimputabilidade em Portugal sob a Perceção dos Profissionais dos Estabelecimentos
Prisionais

Dissertação de Mestrado apresentado à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Justiça: Vítimas de Violência e de Crime, sob a orientação da Professora Doutora Gloria Jólluskin.

RESUMO

No primeiro capítulo da presente dissertação, será apresentado o enquadramento teórico sustentado numa revisão de literatura que reflete o tratamento que é realizado nacionalmente e internacionalmente aos indivíduos considerados inimputáveis. Uma revisão sistemática da literatura estará presente no segundo capítulo, sendo que se recorreu às bases de dados EBSCO, PubMed, Web of Science e B-on onde foram encontrados seis estudos empíricos que espelham a perceção dos profissionais acerca da população considerada inimputável. No terceiro capítulo, será apresentado o estudo empírico, que consiste na realização de entrevistas a profissionais das duas clínicas prisionais de psiquiatria e saúde mental no Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo Masculino e no Hospital Prisional São João de Deus, onde se encontram os indivíduos considerados inimputáveis, excluindo por razão de idade. As conclusões retiradas do segundo capítulo, revisão sistemática da literatura, e do terceiro capítulo, estudo empírico, serão comparadas de forma a conseguir responder à questão orientadora desta investigação: “Qual é a perceção dos profissionais dos estabelecimentos prisionais acerca da inimputabilidade?”.

Palavras-Chave: Inimputabilidade em razão de Anomalia Psíquica, Clínicas de Psiquiatria e Saúde Mental, Profissionais, Estabelecimentos Prisionais.

ABSTRACT

The first chapter of this dissertation will present a literature review that reflects the treatment that is carried out nationally, in Portugal, and internationally to mentally disordered offenders. A systematic literature review will be conducted in the second chapter, using the EBSCO, PubMed, Web of Science and B-on databases, where six empirical studies were found that mirror the perception of professionals about the mentally disordered offenders. In the third chapter, the empirical study will be presented, which consists of interviews with professionals from the two forensic units in prison settings in Portugal at the Prison Establishment of Santa Cruz do Bispo and at the Prison Hospital São João de Deus where mentally disordered offenders receive treatment. The conclusions drawn from the second chapter, the systematic literature review, and the third chapter, the empirical study, will be compared in order to answer the main question of this investigation: “What is the perception of professionals in prison establishments about mentally disordered offenders?”.

Keywords: Mentally Disordered Offenders or Insanity Defense, Forensic Psychiatry, Professionals or Experts, Prisons or Prison Establishments.

AGRADECIMENTOS

Obrigada aos meus pais, o meu percurso até agora só foi possível graças a vocês.

Obrigada à Luna pela constante companhia e por todo o carinho.

Obrigada à Inês, à Maria João e à Sara, pela vossa amizade e por saber que posso sempre contar com vocês, seja para o que for.

Obrigada a todos os profissionais que participaram na minha investigação e pelo interesse que demonstraram. Em particular quero agradecer à Dra. Patrícia Henriques e à Dra. Ana Maria Veríssimo do Hospital Prisional São João de Deus, tal como à Dra. Sandra Jesus do Estabelecimento Prisional Santa Cruz do Bispo pelo cuidado dedicado ao meu estudo.

Obrigada à Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais pela autorização fornecida para conseguir dar início à minha investigação junto das Clínicas Prisionais de Psiquiatria e Saúde Mental do Estabelecimento Prisional Santa Cruz do Bispo e do Hospital Prisional São João de Deus.

Obrigada à Professora Doutora Gloria Jólluskin por ter aceite ser minha orientadora e pelo auxílio fornecido.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO..... | 1 |
| 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO..... | 5 |
| 1.1. Inimputabilidade em Portugal..... | 5 |
| 1.2. Enquadramento Internacional acerca da Inimputabilidade..... | 13 |
| 2. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA..... | 18 |
| 2.1. Introdução..... | 18 |
| 2.2. Método..... | 18 |
| 2.3. Resultados..... | 20 |
| 2.4. Discussão..... | 29 |
| 3. ESTUDO EMPÍRICO..... | 36 |
| 3.1. Introdução..... | 36 |
| 3.2. Método..... | 36 |
| 3.3. Resultados..... | 43 |
| 3.4. Discussão..... | 65 |
| CONCLUSÃO..... | 71 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 74 |
| ANEXOS..... | 83 |

LISTA DE ABREVIATURAS

CEPMPL – Código da Execução das Penas e Medidas Privativas de Liberdade

CPP – Código Penal Português

DGRSP – Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais

EP – Estabelecimento Prisional

GLM – Good Lives Model

HCR-20 – Historical Clinical Risk Management-20

HP – Hospital Prisional

LS/CMI – Level of Service/Case Management Inventory

LSM – Lei de Saúde Mental

REMS – Residenza per la Esecuzione delle Misure di Sicurezza

RNR – Risco-Necessidade-Responsividade

SAPROF – Structured Assessment of Protective Factors for violence risk

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Aplicação de medidas de segurança de internamento a indivíduos considerados inimputáveis desde 2018 até 2022, segundo as estatísticas anuais da DGRSP.

Figura 2 – Número de indivíduos considerados inimputáveis desde 2018 até 2022, segundo as estatísticas anuais da DGRSP

Figura 3 – Fluxograma acerca dos estudos empíricos selecionados.

Figura 4 – Cargos dos profissionais dos Estabelecimentos Prisionais incluídos na amostra da presente investigação

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Resumo dos artigos analisados

Tabela 2 – Caracterização dos profissionais entrevistados

Tabela 3 – Categorias e subcategorias da análise de conteúdo

Tabela 4 – Categorias e subcategorias da análise de conteúdo acerca da percepção das Clínicas de Psiquiatria e Saúde Mental

Tabela 5 – Categoria e subcategorias da análise de conteúdo acerca da percepção dos indivíduos considerados inimputáveis

Tabela 6 – Categorias e subcategorias da análise de conteúdo acerca do tratamento fornecido aos indivíduos considerados inimputáveis

Tabela 7 – Categorias e subcategorias da análise de conteúdo acerca do após o internamento dos indivíduos considerados inimputáveis

Tabela 8 – Matriz Referente às Categorias e Subcategorias de Análise de Conteúdo

INTRODUÇÃO

A presente dissertação aborda a inimputabilidade em razão de anomalia psíquica em Portugal e será ambicionado conhecer a perceção que os profissionais dos estabelecimentos prisionais têm acerca dos indivíduos considerados inimputáveis, nomeadamente a sua realidade a partir do momento em que são sujeitos a uma medida de segurança de internamento numa Clínica Prisional de Psiquiatria e Saúde Mental. Esta perceção foi captada através do contacto com os profissionais provenientes das duas clínicas prisionais do país onde está inserida a população estudada, no Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo e no Hospital Prisional São João de Deus.

A inimputabilidade está prevista no Código Penal Português (CPP) nos Art. 19.º e 20.º do Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de março, nomeadamente a inimputabilidade em razão de idade e a inimputabilidade em razão de anomalia psíquica. Segundo o Art. 19.º um menor até 16 anos se praticar um facto qualificado pela lei como crime é considerado inimputável em razão de idade, independentemente da gravidade dos seus comportamentos, e passa a ser estabelecida uma medida tutelar educativa segundo a Lei Tutelar Educativa aprovada pela Lei n.º 166/99, de 14 de setembro. Já segundo o Art. 20.º uma pessoa é considerada inimputável em razão de anomalia psíquica quando, por força de uma anomalia psíquica, for incapaz, no momento da prática do facto, de avaliar a ilicitude deste ou de se determinar de acordo com essa avaliação. Esta última faceta da inimputabilidade será a temática pela qual a presente investigação se irá debruçar, já que, no Art. 91.º ainda do Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de março, é mencionado que o agente é internado num estabelecimento de cura, tratamento ou segurança, sempre que, por virtude da anomalia psíquica e da gravidade do facto praticado, houver fundado receio de que venha a cometer outros factos da mesma espécie.

Este internamento num estabelecimento de cura, tratamento ou segurança trata-se de uma execução de medida de segurança privativa de liberdade numa clínica de psiquiatria e saúde mental. A presente realidade dos inimputáveis em Portugal é retratada, portanto, pelo internamento nestas unidades de psiquiatria forense, sejam elas prisionais – uma no Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo, no Porto, segundo o Decreto-Lei n.º 194/94, de 19 de julho, e outra no Hospital Prisional de São João de Deus, em Lisboa, segundo o Decreto-Lei n.º 469/88, de 17 de dezembro – ou não prisionais – uma no Hospital Magalhães Lemos, no Porto, outra no Hospital Sobral Cid, em Coimbra, e outra no Hospital Júlio de Matos, em Lisboa, segundo o Despacho n.º 12406/2019, de 27 de dezembro. É declarado no Art. 126.º da Lei n.º 115/2009, de 12 de outubro que, preferencialmente, as

medidas de segurança privativas de liberdade devem ser executadas em unidades de saúde mental não prisional.

Costa (2011) esclarece que a justiça penal e a ciência psiquiátrica se conjugam neste contexto já que é através da avaliação e da perícia psiquiátrica que é decretado pelo Juiz que um indivíduo é considerado inimputável. A perícia psiquiátrica, de forma a determinar a existência de um estado não normativo, tem que comprovar dois requisitos, o elemento biopsicológico, sendo que comprova que o agente do crime é portador de anomalia psíquica no momento da prática do facto, e o elemento normativo, que se traduz na incapacidade de avaliar a ilicitude do facto ou, portanto, de se determinar de acordo com essa mesma avaliação.

Após ser comprovado que, realmente, um indivíduo não pode ser julgado como imputável, este também não cumpre uma pena, mas sim uma medida de segurança de internamento, sendo que a última ambiciona não só prevenir o risco da reincidência, mas, também, tratar o indivíduo. Machado (2020) explica que estas medidas de segurança de internamento têm o objetivo de reintegrar e estabilizar o indivíduo, sendo o pressuposto fundamental a perigosidade, ou seja, a existência ou não da probabilidade que o indivíduo venha a cometer no futuro factos criminais. No entanto, tem-se verificado ao longo dos anos uma duração excessiva desta medida de segurança, uma vez que não existem limites mínimos e máximos propriamente fixos, o que permite que a medida se possa estender para além do previsto (Machado, 2020). Isto acontece, apesar de estar decretado no Art. 92.º do Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de março que o internamento finda quando o tribunal verificar que cessou o estado de perigosidade criminal e que o internamento não pode exceder o limite máximo da pena correspondente, pois quando a pena aplicada ao facto criminal praticado for superior a oito anos é possível renovar sucessivamente a medida de segurança a cada dois anos se o estado de perigosidade ainda se mantiver elevado e, conseqüentemente, a prática de novos factos.

Durante o cumprimento da medida de segurança privativa da liberdade, nomeadamente o internamento numa unidade de psiquiatria forense, podem ser optadas por medidas de segurança não privativas da liberdade quando for considerado que o indivíduo considerado inimputável não apresente um grau de perigosidade que possa suscitar a prática de novos factos criminais. Se, portanto, for aconselhável que o indivíduo considerado inimputável prossiga o seu tratamento em regime ambulatorio, rejeitando-se a necessidade de o internar, pode ser optada a medida da Suspensão da Execução do Internamento antes do internamento ou após o cumprimento de um período mínimo de internamento, como se

verifica no Art. 98.º do Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de março. Além desta medida, ainda existe a Liberdade para a Prova, como se confere no Art. 94.º do mesmo Decreto-Lei, que é executada na comunidade de forma a fornecer ao indivíduo considerado inimputável um período de reintegração na sociedade com condições impostas pelo tribunal, nomeadamente a submissão ao tratamento em ambulatório e a obrigação de se prestar a exames e observações, antes da liberdade definitiva.

É relevante diferenciar as medidas de segurança de internamento reguladas pelo Código da Execução das Penas e Medidas Privativas de Liberdade (CEPMPL), aprovado pela Lei n.º 115/2009, de 12 de outubro, e o internamento compulsivo ao abrigo da Lei de Saúde Mental (LSM), Lei n.º 36/98, de 24 de julho. Ambos os mecanismos concretizam a privação da liberdade ao portador de anomalia psíquica, mas em diferentes circunstâncias, no sentido em que as medidas de segurança de internamento são uma resposta às condutas criminais praticadas e o internamento compulsivo destina-se a proteger o indivíduo e terceiros antes que se cometa um facto criminal. No entanto, a Proposta de Lei n.º 24/XV/1.ª da nova LSM foi aprovada, concretizando-se na Lei n.º 35/2023, de 21 de julho, e ambiciona até 2026 terminar a duração ilimitada do internamento, nomeadamente as renovações sucessivas das medidas de segurança privativas da liberdade, e priorizar o tratamento em ambulatório.

A presente elucidação acerca da realidade dos indivíduos considerados inimputáveis em Portugal determina que o seu tratamento, segundo os Decretos-Leis que foram sendo mencionados, deve, sempre que possível, ser realizado em clínicas não prisionais de psiquiatria e saúde mental. Quando plausível, deve-se alternar o tratamento compulsivo pelo tratamento em ambulatório, rejeitando-se o internamento já que acarreta restrições aos direitos fundamentais, no entanto são consideradas estritamente necessárias e adequadas à efetividade do tratamento. Passando da teoria à prática, verifica-se que, de acordo com as estatísticas anuais da Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) que, apesar de nos últimos anos o número de internamentos em clínicas não prisionais ter vindo a aumentar, ainda prevalecem os internamentos em clínicas prisionais. Observa-se, também, um crescimento consistente no próprio número de indivíduos considerados inimputáveis ao longo dos anos. Por fim, apesar de ser referido que o internamento deve ser evitado quando o grau de perigosidade diminuir e, conseqüentemente, a probabilidade de praticar novos factos criminais, tem-se evidenciado que, devido à possibilidade de renovar a medida de segurança para factos criminais mais gravosos cuja pena for superior a 8 anos, a duração desta medida vai muito mais além do que é previsto.

O propósito da presente investigação passa por evidenciar a qualidade do tratamento fornecido aos indivíduos considerados inimputáveis em Portugal de forma a entender se este proporciona a reintegração destes indivíduos na sociedade. É relevante salientar que esta população acarreta dois estigmas, os problemas a nível de saúde mental e os factos criminais cometidos, significando que se prevê que a reinserção seja dificultada por estes dois fatores. Assim, através da opinião e perceção dos profissionais de ambas as clínicas prisionais de psiquiatria e saúde mental do país serão percebidas as circunstâncias presentes durante e, possivelmente, após o tratamento.

Pretende-se da realização desta investigação uma maior consciencialização e reflexão crítica da realidade vivida pelos inimputáveis em razão de anomalia psíquica, de forma a justificar-se a necessidade de uma alternativa mais funcional que reduza o tempo de internamento em clínicas de psiquiatria em estabelecimentos prisionais, que aumente a segurança pública, que reduza as taxas de reincidência, que melhore a qualidade de vida da população considerada inimputável, e que, também, promova uma reinserção eficaz com o auxílio do apoio social e de saúde mental.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste primeiro capítulo será realizada uma revisão da literatura acerca do internamento e tratamento fornecidos aos indivíduos considerados inimputáveis tanto num plano nacional como internacional. Em Portugal o internamento desta população é feito ou em clínicas prisionais, no Estabelecimento Prisional (E.P.) de Santa Cruz do Bispo e no Hospital Prisional (H.P.) de São João de Deus, ou não prisionais, no Hospital Magalhães Lemos, no Hospital Sobral Cid e no Hospital Júlio de Matos. A nível internacional, serão selecionados alguns países, maioritariamente europeus, de forma a compreender como é que as respostas fornecidas à mesma população variam consoante a legislação de cada país.

1.1. Inimputabilidade em Portugal

Nem sempre se teve uma grande preocupação e sensibilidade para lidar com indivíduos que padecem de uma doença mental e, muito menos, com indivíduos que devido à anomalia psíquica praticaram crimes. Esteves (2019) explica que as medidas de segurança se encontram praticamente universalizadas e em Portugal, tardiamente em relação com outros países, só se começou a dar alguma preocupação ao crime e à doença mental na primeira metade do século XIX. A solução para uma população que pratica factos criminosos e que padece de uma doença mental começou a ser pensada por médicos alienistas.

O alienismo surgiu na França e Philippe Pinel (1745-1827), influenciado pelas ideias do Iluminismo e da Revolução Francesa, foi pioneiro no tratamento de perturbações mentais e um dos precursores da psiquiatria moderna. Pinel, como refere Laios, *et al.* (2020), rejeitou a noção de que a doença mental era causada por possessões demoníacas ou forças mágicas e provou posteriormente que os utentes podem responder positivamente a um tratamento sem o recurso a punições como o uso de correntes, chicotes e isolamento. Apesar de um tratamento que não provoque dor e sofrimento para doenças mentais já ter sido introduzido por antigos médicos e filósofos gregos foi graças a Pinel que pessoas com doenças mentais passaram a ser reconhecidas, do ponto de vista médico, como indivíduos que sofrem de uma doença da mente (Laios, *et al.*, 2020). Portanto, Pinel introduziu um tratamento moral na psiquiatria, destacando o respeito pelos doentes e a confiança na relação médico-utente.

Curado (2007) menciona três ocasiões relevantes acerca de quando se começou a prestar mais atenção à população estudada, nomeadamente no Código Penal Português (CPP). No ano de 1852 no Art. 14.º lê-se que nenhum ato é perigoso quando o seu autor, no momento de o cometer, estava inteiramente privado de inteligência do mal que cometia, no Art. 22.º é referido que só poderiam ser considerados criminosos os agentes que têm a

necessária inteligência e liberdade e no Art. 23.º é alertado que os loucos não podem ser considerados criminosos, excepto nos momentos lúcidos. O CPP de 1896 decretava o que deveria acontecer à presente população quando praticasse um facto criminoso, como se verifica no Art. 47.º:

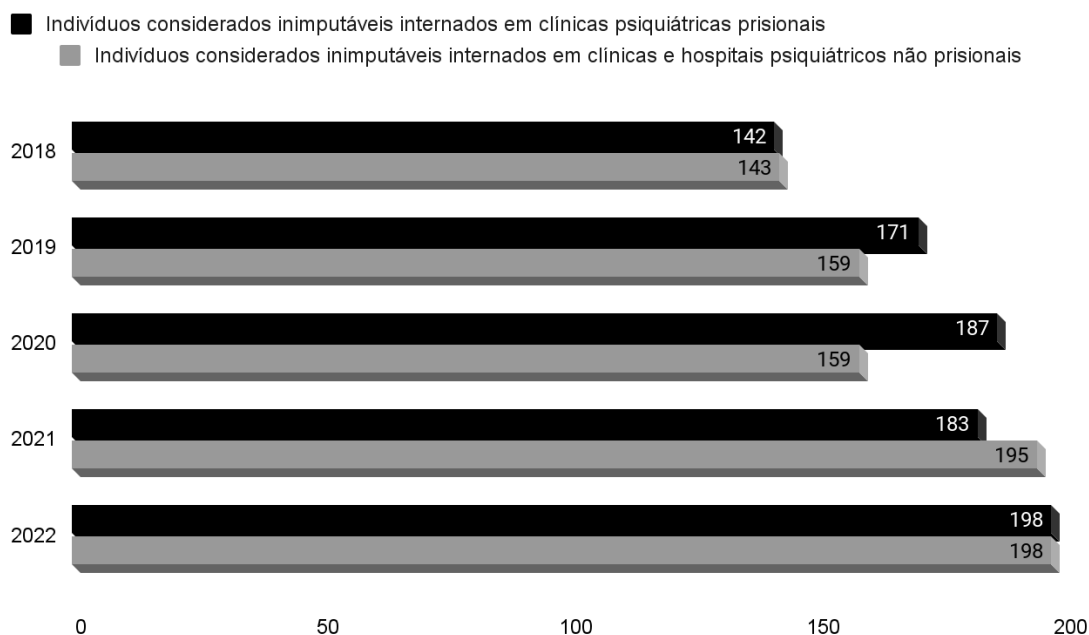
Os loucos, que, praticando o facto, forem isentos de responsabilidade criminal, serão entregues às suas famílias para os guardarem, ou recolhidos em hospital de alienados, se a mania for criminosa, ou se o seu estado o exigir para maior segurança (Curado, 2007, p. 108)

Por fim, Curado (2007) adiciona que com a Lei de 3 de abril de 1896 passou a ser necessário um exame médico-legal quando fosse praticado um facto criminoso e fossem suscitadas dúvidas acerca da saúde mental do agente seja pelo estado do mesmo e/ou pela natureza do crime. Atualmente, para um indivíduo ser considerado inimputável é, segundo Costa (2011), necessária uma avaliação e perícia psiquiátrica decretadas pelo Juiz de forma a determinar a existência de um estado não normativo. Este estado não normativo traduz-se na presença de dois requisitos, o elemento biopsicológico, sendo que comprova que o agente do crime é portador de anomalia psíquica no momento da prática do facto, e o elemento normativo, que se traduz na incapacidade de avaliar a ilicitude do facto ou, portanto, de se determinar de acordo com essa mesma avaliação.

As medidas de segurança de internamento que atualmente conhecemos são reguladas pelo Código da Execução das Penas e Medidas Privativas de Liberdade (CEPMPL), aprovado pela Lei n.º 115/2009, de 12 de outubro. No Art. 126.º da presente lei é referido que a execução da medida privativa da liberdade aplicada a inimputável, por decisão judicial, em estabelecimentos destinados a inimputáveis orienta-se para a reabilitação do internado e a sua reinserção no meio familiar e social, prevenindo a prática de outros factos criminosos e servindo a defesa da sociedade e da vítima em especial. Ainda no presente artigo, é referido que o internamento é executado preferencialmente em unidade de saúde mental não prisional e, sempre que se justificar, em estabelecimentos prisionais. Como se comprova na Figura 1 e 2, sustentada pelas estatísticas anuais dos últimos cinco anos apresentados pela DGRSP, a teoria não se tem traduzido na prática, já que se observa não só um aumento constante de indivíduos considerados inimputáveis com medidas de segurança aplicadas, mas, também, uma tendência em direcionar os internamentos para clínicas prisionais.

Figura 1

Aplicação de medidas de segurança de internamento a indivíduos considerados inimputáveis desde 2018 até 2022, segundo as estatísticas anuais da DGRSP.



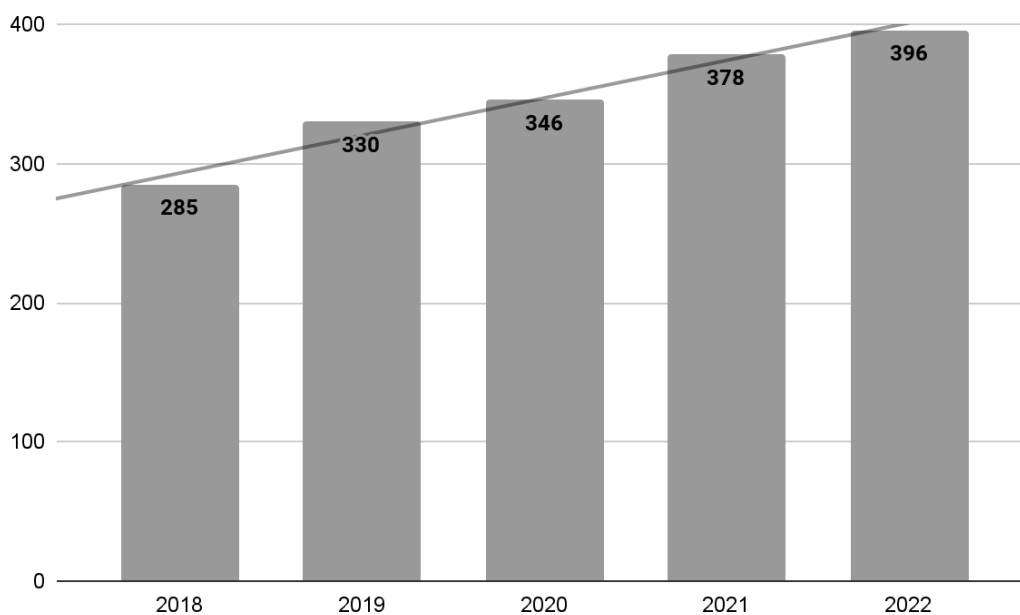
Nota. Os dados foram obtidos através das Estatísticas Anuais da DGRSP desde 2018 até 2022.

O ambiente das unidades prisionais forenses relembra constantemente quem lá se encontra que os utentes podem ser perigosos, segundo Perron e Holmes (2011), devido às infraestruturas presentes e a constante vigilância. A população considerada inimputável acarreta dois estigmas derivados da doença mental presente e da prática de factos criminosos. Goffman (1963) define estigma ao referir que é uma situação onde um indivíduo se encontra desqualificado da plena aceitação social. O autor realça três diferentes tipos de estigma, nomeadamente as deformidades físicas, os estigmas tribais (que se relacionam à raça, etnia e religião) e, por fim, os desvios de carácter (que se referem aos distúrbios mentais, reclusos, toxicodependências, desemprego, tentativas de suicídio, entre outros), sendo este último o que mais se enquadra com a população presente. Link *et al.* (2014) explicam que o estigma gera a exclusão e a atribuição de um *status* inferior a pessoas que violam normas sociais previamente impostas, significando que esta desobediência fortalece as normas estabelecidas e reduz o poder de quem não as obedece. Sendo a população considerada inimputável uma população singular, estigmatizada e vulnerável e que, segundo a Figura 2, se encontra em

constante aumento com o passar dos anos, é da maior importância tornar possível a sua reinserção social.

Figura 2

Número de indivíduos considerados inimputáveis desde 2018 até 2022, segundo as estatísticas anuais da DGRSP.



Nota. Os dados foram obtidos através das Estatísticas Anuais da DGRSP desde 2018 até 2022.

O Comité Europeu para a Prevenção da Tortura realizou em 2016 uma visita ao E.P. Santa Cruz de Bispo e ao H.P. São João de Deus, nomeadamente às Clínicas de Psiquiatria e Saúde Mental. Apontaram, no sumário executivo, que a clínica do E.P. apresentava uma sobrelotação e em ambas as clínicas foi evidenciado que um grande número de utentes não estava envolvido em nenhuma atividade significativa na maior parte do tempo e que a situação era mais grave no H.P. porque o acesso ao pátio externo era muito restrito. No relatório publicado em 2013 já era recomendado o encerramento da clínica do E.P. Santa Cruz do Bispo por não garantir os cuidados e o tratamento necessários para os indivíduos considerados inimputáveis, demonstrando novamente no relatório de 2018 que a clínica continua a ter características de prisão e a não oferecer um ambiente terapêutico adequado para cuidar e tratar de doentes com perturbações psiquiátricas. Na resposta do governo evidenciou-se que a DGRSP reconhece não só a sobrelotação, mas, também, a necessidade de

obras, já que a Clínica apresenta ter um edifício antigo, tendo sido, também referido que tem sido ambicionado outras alternativas que venham a reduzir os internamentos na Clínica.

De acordo com as Regras Penitenciárias Europeias deve ser realizado, o mais cedo possível, após a admissão do recluso no E.P uma avaliação que determine não só o risco que representam para a comunidade, mas, também, que analise o risco de tentativa de fuga. Após esta avaliação o indivíduo deve ser colocado nas condições de segurança adequadas ao nível de risco identificado, sendo necessária uma reavaliação regularmente ao longo do encarceramento (Navalho *et al.*, 2018). A aplicação de instrumentos de avaliação de risco de reincidência tem sido disseminada na Europa, sendo que um dos instrumentos mais utilizados tem sido o *Level of Service/Case Management Inventory* (LS/CMI), sob autoria de Andrews *et al.* (2000). O instrumento LS/CMI foi adotado pela DGRSP e é considerado uma ferramenta crucial para a tomada de decisão, já que permite a avaliação de risco de reincidência geral e fornece orientações para a gestão desse risco (Navalho *et al.*, 2018).

Navalho *et al.* (2018) explicam que a DGRSP adotou, também, o modelo Risco-Necessidades-Responsividade (RNR), desenvolvido no Canadá por Andrews *et al.* (1990), para possibilitar a intervenção com os reclusos. Este modelo é usado para avaliar e reabilitar os reclusos tendo em vista a prevenção da reincidência e tem, como o nome refere, três dimensões: o Risco que traduz o quanto se deve intervir tendo em conta o risco de reincidência; as Necessidades que espelham onde se deve intervir relativamente às necessidades criminógenas que mais contribuem para a probabilidade de reincidência e que são passíveis de serem trabalhadas; e, por fim, a Responsividade que espelha como se deve intervir atendendo aos estilos de aprendizagem e capacidades do recluso (Andrews *et al.*, 1990).

Navalho *et al.* (2018) esclarecem que a avaliação de risco de reincidência tem em consideração as necessidades criminógenas, ou seja, os fatores de risco que são preditores do comportamento e da reincidência criminal. Havendo um maior leque destes fatores equivale a uma maior reincidência criminal, porém as necessidades criminógenas contêm fatores estáticos e dinâmicos, sendo que estes últimos são passíveis de serem trabalhados (Stübner *et al.*, 2006), como é o exemplo da instabilidade familiar, do desemprego e do consumo de substâncias. Os fatores dinâmicos são, portanto, relevantes de se avaliar e de se intervir para se refletir uma quebra na reincidência e permitir a reinserção do indivíduo. São, ainda, importantes as reavaliações ao longo do tempo para determinar o impacto da intervenção e, conseqüentemente, a redução, manutenção ou aumento do nível de risco (Navalho *et al.*, 2018).

Em Portugal, os instrumentos mais utilizados para a avaliação de risco na população considerada inimputável são, segundo Toader (2022), o *Historical Clinical Risk Management-20* (HCR-20) de Webster *et al.* (1997) e o *Structured Assessment of Protective Factors for violence risk* (SAPROF) de De Vogel *et al.* (2009). O HCR-20 avalia 10 fatores históricos (H), 5 clínicos (C) e 5 fatores relacionados à avaliação de risco (R) e o SAPROF costuma ser usado como um complemento ao HCR-20, já que avalia os fatores de proteção contra a prática de atos violentos.

Foi necessário priorizar resultados provenientes de estudos académicos, nomeadamente dissertações de mestrado e teses de doutoramento, para deduzir a realidade do internamento de indivíduos considerados inimputáveis em clínicas de psiquiatria e saúde mental em Portugal. Esta necessidade surgiu devido à carência de artigos científicos que se debruçam na vivência e tratamento fornecido aos utentes nas presentes clínicas e, apesar das investigações reunidas não serem consideradas artigos científicos, têm a vantagem de refletir o internamento da população considerada inimputável em cada unidade forense do país.

Começando pelas unidades forenses não prisionais, Toader (2022) evidenciou que os indivíduos considerados inimputáveis a cumprir medidas de segurança de internamento no Hospital Júlio de Matos geralmente não têm apoio familiar quando concluída a medida, tendo em conta que a investigadora define apoio como uma resposta de acolhimento ou de cariz monetário e emocional. Houve utentes que conseguiram criar ou manter os laços com a família, porém a mesma não aceitava acolhê-los finda a medida de segurança, sendo esta decisão justificada através da falta de condições socioeconómicas e de receio. O enquadramento familiar destes indivíduos por não ser muito favorável, é adicionado por Toader (2022), que são necessárias outras soluções como lares, se a idade for avançada, instituições, casas de saúde, apartamentos terapêuticos, onde estejam presentes equipas de enfermagem, ou, então, quando se verificarem condições para tal, o indivíduo é colocado num quarto de arrendamento.

Machado (2020) já priorizou indivíduos considerados inimputáveis internados no Hospital Magalhães Lemos. Primeiramente, a amostra é descrita como sendo totalmente do sexo masculino, com uma idade média de 49,9 anos, sendo que as idades variavam dos 23 até aos 83 anos, e a escolaridade média é de 5,6 anos, sendo que variava dos 0 anos até 16, ou seja, a licenciatura. Antes da prática do crime mais de metade dos indivíduos exerciam profissões não qualificadas, seguidos de indivíduos com cargos qualificação na indústria, construção e artífices. Durante a realização da investigação a maioria dos utentes encontravam-se reformados em razão de invalidez ou no desemprego. Uma grande

percentagem de indivíduos considerados inimputáveis apresenta um quadro de patologias duais, isto é, a co-ocorrência de perturbações mentais e o abuso de substâncias (Almeida *et al.*, 2013; van Buitenen *et al.*, 2020; Vaughan, *et al.*, 2000). A violência doméstica parece ser o facto criminal mais praticado nesta população, na sua maioria contra a figura materna ou familiares próximos do utente, em seguida foi o crime de incêndio e homicídio na forma tentada. Foi, também, evidenciado que, além de uma minoria de crimes que não se realizam contra pessoas, o utente estabelece com a vítima uma relação familiar em grande parte dos factos criminais praticados.

Machado (2020) levanta uma questão relevante quando menciona que o limite máximo da pena de prisão é de 25 anos, porém quatro utentes a cumprir medidas de segurança de internamento no Hospital Magalhães Lemos na época da realização da investigação já estavam a cumpri-las há mais tempo que o limite, sendo que o utente mais antigo se encontrava internado há 34 anos. Além desta circunstância, é relatado que sete utentes excederam o tempo máximo previsto para o crime praticado se estivessem a cumprir a pena de prisão, porém como se encontravam a cumprir uma medida de segurança encontravam-se há mais anos a cumprir a medida do que se estivesse a cumprir a pena.

Alves (2017), por sua vez, comparou o grau de perigosidade dos utentes do sexo masculino considerados inimputáveis internados em duas unidades forenses não prisionais, provenientes do Hospital Sobral Cid e do Hospital Júlio de Matos, e os de uma unidade forense prisional, pertencente ao E.P. Santa Cruz do Bispo. Foi optado pelo HCR-20 de Webster *et al.* (1997) para a avaliação de perigosidade, sendo um instrumento favorável na área forense. Foi concluído que, realmente, os utentes em unidades forenses prisionais apresentam um nível de perigosidade criminal superior aos utentes em unidades forenses não prisionais. Alves (2017) alertou, ainda, para o facto de a avaliação de risco não ser realizada periodicamente com recurso a um instrumento padronizado, sendo algo relevante de se efetuar para monitorizar o risco já que um dos principais âmbitos da presente medida de segurança privativa da liberdade é, como já foi mencionado, reduzir a possibilidade de serem praticados novos factos criminais.

Como Toader (2022) menciona que grande parte dos utentes considerados inimputáveis que estavam internados na clínica do Hospital Júlio de Matos encontrava-se antes na do H.P. São João de Deus levanta-se a hipótese de que o encaminhamento de uma unidade prisional forense para uma unidade forense é realizado, não só devido à disponibilidade de vagas, mas, também, devido à diminuição do grau de perigosidade (Alves, 2017).

Esta dicotomia foi justificada a partir da possibilidade das clínicas não prisionais serem mais direcionadas à prestação de cuidados de saúde enquanto que as clínicas prisionais, devido à sua natureza contida, priorizarem a segurança (Alves, 2017). É adicionado que quando os utentes em unidades forenses não prisionais adotam comportamentos agressivos perante outros reclusos e/ou *staff* é pedida a transferência, preferencialmente, para a clínica do E.P. Santa Cruz do Bispo. A hipótese anteriormente levantada parece ser ainda mais reforçada com esta declaração, porém nesta circunstância o encaminhamento de uma unidade forense para uma unidade prisional forense deveu-se ao aumento do grau de perigosidade.

Na investigação de Marques (2003), na Clínica do E.P. Santa Cruz do Bispo, é declarado que as patologias mais prevalentes na população inimputável internada são a debilidade mental e esquizofrenia. Nos dados que Cunha (2003) reúne é possível verificar que a maioria dos indivíduos considerados inimputáveis com um diagnóstico de esquizofrenia viviam com a sua família de origem no momento da prática dos factos e que a vítima destes tende a ser um familiar direto, coincidindo com a investigação de Machado (2020). Cunha (2003) acrescenta que quase a totalidade da amostra era solteira lançando a hipótese de que este estado civil pode espelhar não só falta de aptidões sociais mediante ao nível das competências de relacionamento interpessoal, mas, também, as rupturas ao nível familiar devido à sintomatologia e ao estigma do diagnóstico.

Hean *et al.* (2017) referem que há uma tendência de estes indivíduos não terem um emprego estável e Machado (2020) reforça o referido ao apontar que uma grande parte dos indivíduos internados se encontravam reformados em razão de invalidez ou no desemprego. Além da situação profissional, Cunha (2003) relaciona os que viviam com a família de origem antes do internamento como uma eventual dificuldade de autonomização.

No que toca ao que ocorre após o internamento, foi realizada uma investigação por Almeida *et al.* (2013), onde foi feito um levantamento de dados entre 2000 até 2010 acerca de indivíduos considerados inimputáveis em liberdade que estiveram internados na clínica do E.P. de Santa Cruz do Bispo. Foi evidenciado que alguns utentes descompensados com diagnósticos de psicopatia, não tiveram qualquer tipo de acompanhamento ou tratamento psiquiátrico durante um período prolongado de tempo após a libertação. Adicionam que o comportamento destes utentes se agravou, tendo estado presente um comportamento agressivo, e que muitos indivíduos considerados inimputáveis não têm uma consciência clara, carecem de apoio familiar, não dispõem de uma supervisão competente e atenta e, consequentemente, descompensam novamente após abandonarem o tratamento (Almeida *et*

al., 2013). Salientam, também, que é frequente a recaída no consumo de álcool e/ou de drogas contribuindo para a descompensação da doença de que padecem e, conseqüentemente, para a reincidência criminal.

Os utentes considerados inimputáveis em Portugal, de acordo com os dados reunidos, aparentam ser na sua maioria do sexo masculino, ter patologias duais, ter como principais patologias a esquizofrenia ou então uma debilidade cognitiva, ter uma dependência de substâncias, ter escasso apoio familiar, ter uma baixa autonomização, ter cometido o facto criminal contra a família, ter um internamento de longa duração, ser solteiro/a, ter uma baixa escolaridade e, se for o caso de terem um emprego antes do internamento, exercem funções tipicamente como trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices. Parece que o que difere a população inimputável em unidades prisionais forenses das unidades não prisionais forenses tende a ser o nível de perigosidade avaliado no indivíduo.

1.2. Enquadramento Internacional acerca da Inimputabilidade

O tratamento fornecido aos indivíduos considerados inimputáveis varia consoante a legislação de cada país tal como terminologia dada a esta especificidade, sendo referida como *mentally ill prisoners*, *criminally insanity*, *insanity defense*, entre outros termos. Será apresentada nesta secção a forma como esta população é encarada e como lhe é fornecido o tratamento fora de Portugal.

O Departamento de Saúde e Centro Internacional de Estudos Prisionais já tinha alertado em 2004 que está presente uma preocupação crescente, a nível internacional, de que os cuidados de saúde mental não estão a ser adequados nos sistemas prisionais. Acrescentam que apesar de estar referido no Art. 12.º do Pacto Internacional Sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais que todas as pessoas têm o direito de usufruir do melhor estado de saúde física e mental possível, os cuidados de saúde em estabelecimentos prisionais não atingem esses padrões. As Regras Penitenciárias Europeias, por sua vez, declaram que os reclusos que sofrem de doença mental e cujo estado de saúde mental é incompatível com o internamento num estabelecimento prisional devem ser internados num estabelecimento especialmente concebido para esse efeito.

A prevalência de perturbações mentais e tentativas de suicídio é muito mais alta nas populações prisionais do que na população em geral (Bland *et al.*, 1990; Vogel *et al.*, 2013) e os reclusos têm, segundo Fazel e Baillargeon (2011), uma maior probabilidade de padecer de psicopatia, depressão, perturbações de personalidade, dependência de substâncias e comorbidades. Fellner (2006) comenta que nos Estados Unidos da América cada vez mais se

encontram mulheres e homens encarcerados com doenças mentais graves, porém as suas necessidades a nível de saúde mental não são respondidas já que os estabelecimentos prisionais não foram pensados para reclusos com doenças mentais. Muito pelo contrário, as condições que se destacam em estabelecimentos prisionais, como a sobrelotação, a violência, a falta de privacidade, o isolamento, o afastamento da família e/ou amigos e a falta de esperança perante a vida após o encarceramento, impactam severamente o bem-estar dos reclusos cujos serviços de saúde mental a que são sujeitos são por vezes insatisfatórios (Fellner, 2006).

As pessoas com doenças mentais graves muitas das vezes só conseguem ter acesso a serviços de saúde mental quando se encontram descompensadas, num estado psicótico agudo e quando são consideradas um perigo para si próprias e/ou para os outros (Fellner, 2006). Quando esta descompensação a nível de saúde mental ocorre há uma probabilidade acrescida de o indivíduo infringir a lei e, em seguida, entrar no sistema de justiça criminal, significando que a ausência de serviços de saúde mental leva a que estes indivíduos se tornem possíveis inimputáveis, se assim forem avaliados, ou então reclusos com problemas de saúde mental. Fazel, *et al.* (2011) explicam que a esquizofrenia e outras psicopatias estão associadas à violência e às ofensas violentas como o homicídio, porém o que potencia mais o grau de perigosidade aparenta ser a comorbidade com o abuso de substâncias. Fazel, *et al.* (2006) reforçam que está presente uma prevalência de abuso e dependência de substâncias em reclusos, particularmente em mulheres, sendo necessário que sejam alvos de uma triagem na altura da entrada no estabelecimento prisional, um tratamento eficaz enquanto estiver a ser cumprida a pena e um acompanhamento após a libertação.

Dressing e Salize (2009) investigaram os serviços de saúde mental em estabelecimentos prisionais de 24 países da União Europeia, incluindo Portugal, e revelaram que a prestação destes serviços demonstra sérias deficiências. No que toca a Portugal referem que a triagem e avaliação na entrada na prisão e durante o encarceramento é feita por um clínico geral, acarretando o risco de que as perturbações a nível mental não sejam detetadas. Também declaram que a regra geral é que o rastreio do estado mental à entrada da prisão por um psicólogo ou psiquiatra, cumprindo os padrões de qualidade necessários, parece ser algo raro em toda a Europa. Antes da libertação do recluso ou de um indivíduo considerado inimputável para a comunidade, Portugal foi assinalado como um de muitos países a não implementar nenhum procedimento de triagem e/ou avaliação da saúde mental.

Lutz *et al.* (2022) explicam que o objetivo principal do tratamento realizado à população considerada inimputável é diminuir o risco de reincidência. Um dos instrumentos

mais usados para a avaliação de risco para a presente população aparenta ser o RNR, que, segundo os investigadores, os tratamentos que aplicaram este instrumento foram capazes de reduzir a reincidência em geral e, também, a sexual e violenta. A Associação Europeia de Psiquiatria reitera que tanto o modelo RNR como o *Good Lives Model* (GLM) são bastante benéficos e produzem melhores resultados quando são aplicados (Völlm *et al.*, 2018). O GLM, desenhado por Ward (2002), foi originalmente pensado para agressores sexuais e ambiciona motivar os indivíduos a alcançar objetivos incompatíveis com uma futura reincidência e equipá-los com capacidades e recursos necessários para os atingir.

McInerny e Minne (2004) explicam que as problemáticas e necessidades sentidas pelos indivíduos considerados inimputáveis são diferentes das que são previstas em outros utentes com doenças mentais e de reclusos, no sentido em que o facto criminoso cometido os distancia de utentes com doenças mentais e as doenças mentais os diferencia da maioria dos reclusos. Estes indivíduos são, portanto, uma população única e que, segundo estes autores, para atingir a compensação a nível de saúde mental é preciso ter em mente alguns critérios. Segundo McInerny e Minne (2004) o tratamento deve ser realizado num ambiente seguro onde seja possível aplicar medidas de contenção, deve estar presente um equilíbrio entre a segurança e o tratamento, deve ser um ambiente estimulador a nível físico e social e o utente deve ser incluído quando for elaborado o seu plano de tratamento, de forma a que o mesmo entenda, participe e colabore, para minimizar a coerção.

Como já mencionado, o tratamento fornecido a esta população varia consoante a legislação de cada país e, também, dos estabelecimentos de cura que estão disponíveis a recebê-la. To *et al.* (2015) estudaram as diferenças do tratamento realizado em unidades forenses e em unidades prisionais forenses na Bélgica a partir da perceção dos utentes considerados inimputáveis. Os utentes comentam sentir-se pressionados e sem autonomia em unidades forenses, enquanto que já relatam experiências mais positivas em unidades prisionais forenses. Apesar de se encontrarem num contexto mais contido sentem-se mais em liberdade por não haver tantas exigências já que o tratamento aparenta ter um cariz voluntário em unidades prisionais. O facto de as medidas privativas de liberdade serem passíveis de serem renovadas e não terem uma data de término exata acaba por ser um factor que impacta negativamente não só os indivíduos considerados inimputáveis, mas, também, a eficácia do tratamento (To *et al.*, 2015).

Em Itália, segundo Peloso *et al.* (2014), em 2008 deu-se uma grande reforma nos cuidados de saúde mental para indivíduos considerados inimputáveis, já que os cuidados em estabelecimentos prisionais e hospitais forenses, os contextos onde geralmente se realizam os

internamentos destes utentes, foram transferidos para o Serviço Nacional de Saúde. Os hospitais forenses foram fechados progressivamente e foram instauradas instalações especializadas de pequena escala dedicadas ao tratamento destes indivíduos, juntamente com serviços de cuidados comunitários.

Apesar de esta medida parecer atrativa já que dividem a população considerada inimputável e a inserem na instalação cujo tratamento mais se adequa à doença mental que padecem, Peloso *et al.* (2014) apontam que cada instalação difere na sua organização e na quantidade de recursos, nomeadamente de serviços psiquiátricos, que fornecem. Di Mizio, *et al.* (2022) comprovam o referido ao declarar que, neste país, uma pessoa cuja perturbação mental (como psicopatia, depressão *major*, perturbações de personalidade graves e comorbidades) se manifestou na prática do crime receberá uma medida de segurança privativa de liberdade sendo a mesma cumprida numa Residência para a Execução de Medidas de Segurança – *Residenza per la Esecuzione delle Misure di Sicurezza* (REMS). Estas instituições foram concebidas com o foco no tratamento psiquiátrico e, além de estarem presentes numa escala nacional, é um serviço com um acesso muito limitado em termos de capacidade. Portanto, apesar de a Itália ter uma resposta bastante favorável para o internamento e tratamento dos indivíduos considerados inimputáveis, o acesso não se estende à maioria de quem precisa deste serviço (Di Mizio, *et al.*, 2022; Peloso, *et al.*, 2014).

Num estudo realizado por Streb *et al.* (2022) foi investigado se, realmente, existem diferenças entre homens e mulheres considerados inimputáveis internados em unidades forenses na Alemanha. Os investigadores confessam que a figura feminina neste contexto ainda é pouco estudada e consideram-na até uma minoria, ao refletir que o tratamento e as avaliações de risco foram pensados para a população reclusa masculina. No entanto, foi percebido que existem diferenças entre os dois sexos, as utentes do sexo feminino são mais propensas a terem passado por experiências adversas na infância, como o abuso sexual e negligência emocional, a usufruírem de intervenção psiquiátrica numa maior quantidade antes do internamento e a cometerem menos crimes violentos. Os utentes masculinos tendem a cometer crimes mais violentos, enquanto que as mulheres cometem mais crimes relacionados com a droga.

Ainda no estudo de Streb *et al.* (2022) é levantado uma questão importante já que na população considerada inimputável é averiguada uma certa tendência para estarem presentes problemas aditivos (Almeida *et al.*, 2013; van Buitenen *et al.*, 2020; Vaughan, *et al.*, 2000), sendo que é referido pelos autores que a origem destes problemas diverge consoante os sexos. Enquanto que no sexo feminino se pensa que, devido ao trauma infantil, se automedicam

recorrendo ao abuso de substâncias o que pode levar a um comportamento delinquente, no sexo masculino o abuso destas substâncias já serve como um meio de experienciar riscos, um mecanismo contra sentimentos negativos e uma forma de potenciar o *status* e poder, especialmente através da violência. Como a origem destes problemas aditivos tende a ser diferente em ambos os sexos, é relevante o tratamento também o ser.

Em unidades forenses na Alemanha, foi analisada a qualidade de vida sentida pelos utentes e foi concluído que, no caso dos utentes com perturbações mentais mais graves, quanto mais tempo se encontrarem internados mais positivamente classificam a sua qualidade de vida (Büsselmann *et al.*, 2021). Foi levantada a hipótese que esta tendência se deve ao hábito do internamento e, também, à crença de estarem desajustados para a vida em comunidade. Foi, ainda, sublinhada a importância de gradualmente se aliviar restrições aos utentes para tornar possível o contacto com o exterior e, possivelmente, reduzir essa sensação. McNerny e Minne (2004) explicam que o que pode ajudar o indivíduo a sentir-se funcional é integrar no seu tratamento atividades ocupacionais para, assim, assumirem responsabilidades e passarem a ter consciência que podem ter uma influência positiva no seu ambiente.

Jones e Mason (2002) investigaram a qualidade do tratamento dos indivíduos considerados inimputáveis em dois momentos, nomeadamente durante a detenção pela polícia e durante o internamento num hospital forense no Reino Unido a partir de entrevistas feitas aos utentes. As respostas espelham uma insatisfação geral com a qualidade do atendimento e tratamento por parte da polícia e dos profissionais de saúde. Enquanto que as atitudes dos polícias foram vistas como algo natural face à natureza do seu trabalho, já que se focam em proteger os cidadãos e manter ordem, as atitudes vindas da equipa de enfermagem provocaram desânimo e desilusão nos utentes, já que antecipavam uma postura receptiva e tranquilizadora. Os investigadores acrescentam que ter empatia e consideração pelo utente deve ser evidente em unidades forenses e que o tratamento passa a ser questionável sem elas.

McNerny e Minne (2004) reforçam que as crenças, atitudes e expectativas dos profissionais impactam o relacionamento que têm com os indivíduos considerados inimputáveis e o comportamento dos mesmos. Assim, uma boa postura pode minimizar o comportamento desestabilizador e uma postura estigmatizante e negativa pode originar um relacionamento conflituoso entre os profissionais e os utentes e, consequentemente, causar problemas a nível de segurança. Estando presente uma relação positiva entre o utente e os profissionais a necessidade de medicar para conter deve decrescer, sendo que o uso da medicação deve ser apenas direcionado à perturbação mental e não à agressividade em si.

2. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

2.1. Introdução

Antes de avançar para o estudo empírico é relevante reunir estudos científicos que espelham a percepção dos profissionais que desenvolvem funções com a população considerada inimputável acerca desta população e do tratamento que lhe é fornecido. Esta secção tem, portanto, este propósito de forma a posteriormente se comparar as conclusões de ambos os capítulos para, assim, se captar a realidade vivida pelos indivíduos considerados inimputáveis e se, para os profissionais, existem alternativas mais funcionais para esta população.

Como referem Vogel *et al.* (2013), apesar da regra geral ser que o tratamento deva ser realizado num hospital e não num estabelecimento prisional, a realidade destes indivíduos varia consoante a legislação, as condições de segurança pública e a disponibilidade de instalações dedicadas ao tratamento de cada país. Blackburn (2004) explica que, tradicionalmente, o tratamento para a presente população é realizado em hospitais de alta segurança, mas, progressivamente, se tem observado uma transição para um tratamento realizado em comunidade.

As unidades forenses onde a população considerada inimputável se encontra internada devem, principalmente, personificar instituições que fornecem tratamento, cuidado e apoio aos seus utentes sem nunca esquecer da sua natureza contida (To *et al.*, 2014). Assim, as principais finalidades destas unidades devem sempre passar pela redução do nível de perigosidade e, conseqüentemente, pela prevenção da reincidência, tal como a compensação e tratamento a nível de saúde mental. No entanto, investigadores e profissionais que desenvolvem funções com a população considerada inimputável têm levantado certas problemáticas presentes antes, durante e após o internamento que servem como entraves à qualidade de vida destes indivíduos.

2.2. Método

De forma a responder à questão orientadora desta investigação, “Qual é a percepção dos profissionais dos estabelecimentos prisionais acerca dos inimputáveis?”, recorreu-se à procura de artigos e estudos de diferentes bases de dados. Foram analisados os mais relevantes estudos publicados durante o ano 2000 até 2023, tendo como referência as bases de dados EBSCO, PubMed, Web of Science e B-On.

Foram utilizadas as bases de dados EBSCO, B-On, PubMed e Web of Science para a procura de artigos, tendo sido utilizada a seguinte expressão de pesquisa: TI ("criminal

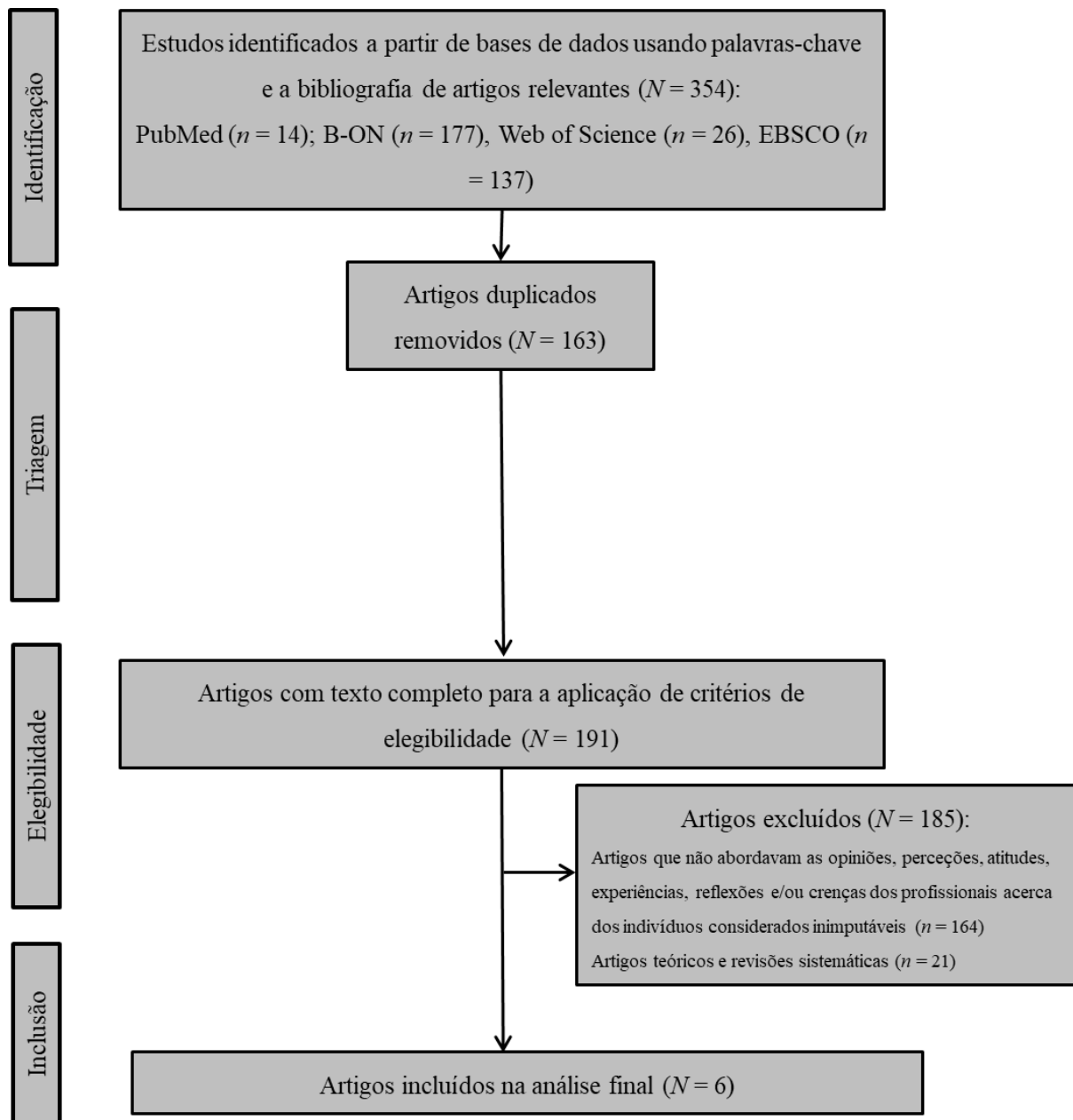
insanity" or "insanity defense" or "not guilty by reason of insanity" or "mentally ill offenders" or "mentally disordered offenders" or "mentally ill inmates") AND TX (professionals or therapists or counsellors or practitioners of staff) AND TX (perceptions or attitudes or opinion or experience or view or reflection or beliefs or experience).

Para obter os artigos de maior evidência empírica de forma a conseguir dar resposta à questão de investigação presente, empregou-se os seguintes limitadores na seleção de estudos: Revistas Científicas e/ou Académicas (Analisadas pelos pares); Texto integral; e, por fim, artigos publicados entre 2000 até 2023 de forma a incluir estudos recentes acerca da temática. No que toca aos critérios de inclusão, a revisão dos artigos irá incluir estudos empíricos, porventura na língua inglesa, que estejam relacionados com os profissionais que trabalham com as pessoas consideradas inimputáveis em razão de anomalia psíquica e a sua perceção acerca desta população e do seu tratamento. Durante este procedimento de seleccionar artigos empíricos, o cargo destes profissionais não fora um critério relevante, visto que bastava estar incluído na amostra profissionais cujos cargos exigissem o contacto com pessoas consideradas inimputáveis em razão de anomalia psíquica. Já em relação aos critérios de exclusão, foram excluídos artigos que não fossem empíricos, os que se focavam apenas na perceção das pessoas consideradas inimputáveis e/ou a sua família, os que comentavam diferentes tipos de tratamento, e, por fim, os que serviam para a validação de instrumentos de avaliação.

A análise dos artigos cumpriu duas etapas: a primeira correspondeu à leitura do título e resumo/*abstract* de cada artigo; a segunda, focou-se na leitura na íntegra dos artigos seleccionados na primeira etapa, seguindo e obedecendo os critérios de inclusão e de exclusão mencionados anteriormente. Para a melhor visualização das etapas de seleção e análise dos dados, utilizou-se o fluxograma *Prisma Statement*, como se observa na Figura 3.

Figura 3

Fluxograma acerca dos estudos empíricos selecionados.



2.3. Resultados

Previamente foram reunidos 354 artigos, porém, após a retirada de duplicados ($n = 163$) permaneceram 191 artigos. Estes 191 artigos foram analisados na sua íntegra e posteriormente foram escolhidos quais incluir ($n = 6$). Portanto, relativamente ao número total de artigos para esta revisão ($n = 354$), foi possível incluir 1,69% destes estudos, tendo

em conta os critérios de inclusão e exclusão definidos, nos últimos 23 anos (entre 2000 e 2023).

Na tabela 1 encontram-se as seis publicações selecionadas de acordo com os critérios de inclusão escolhidos e de acordo com a leitura dos artigos na íntegra destacando os seus autores, anos de publicação, país de origem, objetivos, amostra, procedimento, resultados e conclusões. Assim, os seguintes artigos analisam a perceção dos profissionais (guardas prisionais, psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, entre outros) acerca do tratamento fornecido a indivíduos considerados inimputáveis em diversos contextos, nomeadamente em unidades forenses.

A publicação dos artigos ocorreu em anos diferentes, sendo o de 2000 o mais antigo e o de 2017 o mais recente. A grande maioria dos artigos são europeus ($n = 5$) e foram englobados estudos provenientes da Noruega, Suécia, Reino Unido, Alemanha, Bélgica e Canadá, no entanto, um deles (To, *et al.*, 2014) procurou compreender a perceção de profissionais provenientes da Finlândia, Alemanha, Reino Unido, Dinamarca, Noruega, Holanda e Bélgica.

A maioria dos estudos são quantitativos ($n = 5$) e os instrumentos utilizados foram uniformes, no sentido em que cada estudo adotou uma metodologia diferente. Os estudos quantitativos aplicaram a Relational Coordination Scale (RCS) (Hean *et al.*, 2017), Capability to Perform Daily Occupations (CPDO) (Lindstedt, *et al.*, 2004), Self-Efficacy Scale (SES) (Lindstedt *et al.*, 2004), Importance scale (IMP) (Lindstedt *et al.*, 2004), Interview Schedule for Social Interaction (ISSI) (Lindstedt *et al.*, 2004), Allen Cognitive Level Screen (ACLS) (Lindstedt *et al.*, 2004), Psychosocial and Environmental Problems (Lindstedt *et al.*, 2004), Global Assessment of Functioning Scale (GAF) (Lindstedt *et al.*, 2004), questionários (Stübner *et al.*, 2006; To *et al.*, 2014; Vaughan *et al.*, 2000). Já o estudo qualitativo (Perron & Holmes, 2011) optou por realizar entrevistas, fazer observação de campo e analisar registos feitos pela equipa de enfermagem acerca da população estudada.

As amostras das presentes investigações englobam profissionais que estabelecem contacto com os indivíduos considerados inimputáveis em unidades prisionais forenses ($n = 2$), unidades forenses ($n = 3$) e equipas comunitárias de saúde mental ($n = 1$). Especificamente, a maioria dos estudos centram-se na perceção de profissionais de saúde mental ($n = 4$) enquanto que os restantes se focam na perspetiva dos guardas prisionais ($n = 1$) e das equipas de enfermagem ($n = 1$).

Os estudos procuraram entender se o tratamento fornecido aos indivíduos considerados inimputáveis é satisfatório a partir da perspetiva dos profissionais (To *et al.*

2014; Perron & Holmes, 2011; Vaughan *et al.*, 2000) e ambicionaram, também, entender certas questões mais específicas como a colaboração entre profissionais (Hean *et al.*, 2017), as capacidades dos indivíduos considerados inimputáveis (Lindstedt *et al.*, 2004) e, por fim, os critérios usados pelos profissionais para flexibilizar restrições dos utentes (Stubner *et al.*, 2006).

A investigação realizada por Hean *et al.* (2017) engloba 160 guardas prisionais de 13 estabelecimentos prisionais na Noruega. Lindstedt *et al.* (2004) estudaram as capacidades, nomeadamente o desempenho ocupacional e à participação social, de indivíduos considerados inimputáveis em hospitais forenses na Suécia ao comparar a perceção de 74 utentes com a de profissionais, especificamente um médico especialista em psiquiatria forense, um psicólogo, um assistente social e uma equipa de enfermagem. Já o estudo de Perron e Holmes (2011) espelha a perceção de 7 enfermeiros numa Unidade de Tratamento de Saúde Mental (MHTU) inserida num estabelecimento prisional no Canadá, tendo, ainda, feito uso de 421 registos de enfermagem acerca de 10 utentes. Foram incluídos profissionais de saúde de 14 hospitais forenses na Alemanha, não tendo sido discriminado o cargo dos mesmos, na investigação de Stübner *et al.* (2006) de forma a averiguar quais são os critérios que são usados para flexibilizar as restrições dos utentes. To *et al.* (2014) reuniram as perspectivas de 14 especialistas a nível internacional, nomeadamente da Finlândia, Alemanha, Reino Unido, Dinamarca, Noruega, Holanda e Bélgica, tendo sido apenas mencionado que 10 dos profissionais são psiquiatras, acerca do tratamento realizado a indivíduos considerados inimputáveis. Por fim, Vaughan *et al.* (2000) incluíram 346 profissionais de equipas comunitárias, nomeadamente de saúde mental, de toxicoddependências, de liberdade condicional e de dificuldades de aprendizagem no Reino Unido, não tendo sido especificado os cargos, de forma a determinar a capacidade destas equipas em fornecer o tratamento aos utentes considerados inimputáveis.

Ao reunir as seis investigações científicas são ressaltadas necessidades dos indivíduos considerados inimputáveis que não estão a ser saciadas e problemáticas presentes em cada contexto onde se fornece o tratamento a esta população, salientando a necessidade de o tratamento ser adequado à população considerada inimputável. Na secção seguinte, a discussão, estas necessidades e problemáticas serão analisadas com maior pormenor.

Tabela 1*Resumo dos Artigos Analisados*

| Autores, Ano e País | Objetivo | Amostra | Procedimento | Resultados | Conclusões |
|--|---|---|--|--|---|
| Hean, Ødegård, & Willumsen (2017) Noruega | Explorar a percepção de guardas prisionais acerca da colaboração com outros profissionais ao desenvolver funções com indivíduos considerados inimputáveis | Guardas Prisionais ($n = 160$) provenientes de 13 estabelecimentos prisionais | Relational Coordination Scale (RCS) Estudo Quantitativo | ↓ coordenação relacional com serviços especializados de saúde mental e médicos. ↑ coordenação relacional com enfermeiros, assistentes sociais e outros guardas prisionais | <ul style="list-style-type: none">• Desejam ter um maior contacto com especialistas de saúde mental quando lidam com indivíduos considerados inimputáveis.• Costumam recorrer aos enfermeiros, assistentes sociais e outros guardas prisionais quando necessitam de auxílio para gerir a saúde mental de um indivíduo considerado inimputável. |

| | | | | | |
|--|---|--|---|---|---|
| Lindstedt, Söderlund, Stålenheim, & Sjärdén (2004) Suécia | Descrever as capacidades dos indivíduos considerados inimputáveis em relação ao seu desempenho ocupacional e à participação social. | Indivíduos homens considerados inimputáveis a receber cuidados psiquiátricos em hospitais forenses (<i>n</i> = 74) Profissionais (Médico especialista em psiquiatria forense, Psicólogo, Assistente Social e Equipa de Enfermagem) | Capability to Perform Daily Occupations (CPDO) Self-Efficacy Scale (SES) Importance scale (IMP) Interview Schedule for Social Interaction (ISSI) Psychosocial and Environmental Problems Global Assessment of Functioning Scale (GAF) Allen Cognitive Level Screen (ACLS) | Indivíduos considerados inimputáveis encontram-se satisfeitos com as suas capacidades, porém os profissionais alertam para dificuldades em relação ao desempenho ocupacional e à participação social. | <ul style="list-style-type: none"> • Os indivíduos considerados inimputáveis demonstram uma consciência limitada das suas dificuldades • Os profissionais destacam que a maioria dos indivíduos considerados inimputáveis necessitam de apoio para conseguirem ter a capacidade de viver em comunidade. |
|--|---|--|---|---|---|

Estudo Quantitativo

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| <p>Perron & Holmes (2011) Canadá</p> | <p>Explorar a perceção dos enfermeiros de acerca dos indivíduos considerados inimputáveis numa Unidade de Tratamento de Saúde Mental (MHTU) inserida num estabelecimento prisional</p> | <p>Enfermeiros ($n = 7$) Registos de enfermagem ($n = 421$) acerca de 10 utentes</p> | <p>Entrevistas, registos de enfermagem e observação de campo Estudo Qualitativo</p> | <p>Os enfermeiros tendem a registar o estado de humor dos utentes e as atividades que estavam a realizar. A equipa de enfermagem é da opinião que são os enfermeiros que possuem as ferramentas para fornecer os cuidados aos utentes. Os registos contrastam as respostas dadas nas entrevistas, já que foram evidenciadas poucas interações entre utentes e enfermeiros.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Os enfermeiros tiveram uma posição de observadores passivos. ● A avaliação da saúde mental só acontecia uma única vez, durante a entrevista de admissão ● As entradas dos registos dos utentes não fazem menções ao diagnóstico nem à evolução clínica ao longo do tempo ● Quando está presente um episódio problemático a resposta mais comum parece ser de natureza farmacológica, pelos enfermeiros ou punitiva, pelos guardas prisionais. |
|---|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| <p>Stübner, Groß, & Nedopil (2006)</p> <p>Alemanha</p> | <p>Determinar os possíveis fatores de risco para imprevistos durante o internamento e os critérios que permitem flexibilizar restrições a indivíduos considerados inimputáveis</p> | <p>Profissionais de saúde de catorze hospitais forenses na Baviera</p> | <p>Questionário sobre os critérios usados pelos profissionais para flexibilizar restrições aos utentes, nomeadamente os fatores de risco e de proteção valorizados.</p> <p>Estudo Quantitativo</p> | <p>Os fatores dinâmicos são considerados os mais relevantes para intervir, enquanto que os fatores de risco estáticos são os mais úteis de se avaliar.</p> <p>Os fatores de proteção são tão importantes quanto os fatores de risco.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Não têm o hábito de usar instrumentos ou testes de triagem padronizados para avaliar a possibilidade de flexibilizar restrições, confiam mais na sua intuição e na sua experiência pessoal. ● Os critérios mais importantes para a flexibilização de restrições são a resposta ao tratamento, as capacidades sociais, as relações interpessoais com o <i>staff</i> do hospital e a rede de apoio. |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| To, Vanderve, Soyez, De Smet, Boers, & Vanheule (2014) | Reunir as perspectivas de especialistas internacionais acerca do tratamento de indivíduos considerados inimputáveis nas unidades forenses. | 14 especialistas provenientes da Finlândia, Alemanha, Reino Unido, Dinamarca, Noruega, Holanda e Bélgica, sendo 10 deles psiquiatras | Questionário baseado na percepção que os profissionais têm acerca do tratamento fornecido aos indivíduos considerados inimputáveis | Houve uma alta conformidade na opinião dos especialistas, pois houve concordância em 80% de todas as declarações propostas. As discordâncias foram principalmente encontradas nas classificações de subgrupos e em questões relativas ao tratamento. | <ul style="list-style-type: none"> ● Os objetivos do tratamento devem ser a prevenção de recaídas, o tratamento de perturbações psiquiátricas, a reintegração na sociedade, a melhoria da qualidade de vida, a ativação e a motivação. ● A intervenção deve seguir uma abordagem terapêutica integrativa. ● A avaliação e o diagnóstico deve seguir um procedimento padronizado com recurso a uma bateria de instrumentos de triagem e avaliação. |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|---|---|--|--|---|---|
| <p>Vaughan, Pullen, & Kelly (2000)</p> <p>Reino Unido</p> | <p>Determinar a capacidade das equipas da comunidade psiquiátrica de Wessex em apoiar indivíduos considerados inimputáveis.</p> | <p>346 profissionais de equipas de saúde mental da comunidade psiquiátrica de Wessex</p> | <p>Questionário sobre a perceção que os profissionais têm acerca das suas capacidades e competências ao desenvolver as suas funções com indivíduos considerados inimputáveis.</p> <p>Estudo Quantitativo</p> | <p>Todas as equipas experienciaram dificuldades no apoio aos inimputáveis. É relatado que após o tratamento a supervisão psiquiátrica era escassa e o número de articulações com instituições externas e equipas comunitárias eram insuficientes.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Os serviços que fornecem ou deviam fornecer apoio a esta população devem adotar um estilo de trabalho mais cooperativo com uma comunicação adequada entre as unidades forenses e equipas comunitárias. ● Os níveis de proficiência e de desempenho dos profissionais não saciam as necessidades sentidas pelos indivíduos considerados inimputáveis. |
|---|---|--|--|---|---|

2.4. Discussão

A presente revisão sistemática tem como principal finalidade entender a percepção dos profissionais que trabalham e desenvolvem funções com os indivíduos considerados inimputáveis acerca desta população e o tratamento a que são sujeitos e que principais conclusões retiram da sua experiência mediante o seu cargo profissional.

Os profissionais que desenvolvem funções com estes indivíduos costumam defini-los como pessoas com um comportamento desafiante cujas problemáticas principais são derivadas da doença mental, das dificuldades de aprendizagem, do comportamento de automutilação e/ou suicida e do consumo de substâncias (Vaughan, *et al.*, 2000). Desenvolver funções com a população considerada inimputável requer um cuidado especializado com recurso à empatia, porém Perron & Holmes (2011) evidenciam uma postura estigmatizante na equipa de enfermagem e nos guardas prisionais. Aponta-se que os guardas prisionais não têm uma percepção muito favorável dos utentes, já que os tratam como reclusos e costumam pedir aos enfermeiros para lhes dar medicação “para os calar” (Perron & Holmes, 2011, p. 202). Vogel *et al.* (2013) explicam que as perturbações mentais podem impactar negativamente as capacidades cognitivas e resultar em alterações no comportamento, podendo ser interpretado negativamente pelos guardas prisionais como um comportamento disruptivo e uma falta de colaboração às suas ordens e rotinas. Foi, ainda, constatado que era frequente a equipa de enfermagem se referir aos utentes como “crianças não amadas” (Perron & Holmes, 2011, p. 201) e que a suposta infância difícil dos utentes era ocasionalmente alvo de piadas, gargalhadas e sarcasmo.

Os utentes considerados inimputáveis aparentam ter uma percepção das suas capacidades que diverge da percepção dos profissionais (Lindstedt *et al.*, 2004). Apesar de os indivíduos considerados inimputáveis se demonstrarem satisfeitos com as suas capacidades, os profissionais destacam que os utentes têm dificuldades em relação ao desempenho ocupacional e à participação social. Esta circunstância acaba por ser problemática, já que ao não reconhecerem as suas fragilidades podem não aderir ao tratamento tão eficazmente, ou até mesmo rejeitá-lo devido à carência de motivação. To *et al.* (2014) chegam a mencionar que a motivação em contextos forenses é essencial para que o tratamento seja eficaz.

O desempenho ocupacional e a participação social são, segundo os investigadores, dos fatores mais importantes para a terapia ocupacional, principalmente para indivíduos com sérios problemas a nível de saúde mental. Lindstedt *et al.* (2011) explicam que, passado um ano desde que iniciaram o seu tratamento em unidades forenses, os indivíduos com estas especificidades encontravam-se mais satisfeitos e empenhados nas suas ocupações e

atividades diárias do que estavam na altura da admissão. No entanto, como é mencionado por Lindstedt *et al.* (2004), é preciso analisar a perceção dos utentes com algum cuidado já que não se costuma assemelhar à realidade. A terapia ocupacional é, realmente, bastante relevante para esta população já que através dela dá-se possibilidade a estes indivíduos de se envolverem em atividades significativas gerando uma melhoria na sua qualidade de vida e uma redução na reincidência.

Por sua vez, van Buitenen *et al.* (2021) explicam que as deficitárias habilidades sociais e funcionamento social associam-se às Perturbações do Espectro do Autismo (PEA). Estas perturbações são neurodesenvolvimentais e de quem delas padece frequentemente apresenta dificuldades na sua comunicação e interação social, tal como costumam exibir padrões repetitivos no que toca a comportamentos, atividades e interesses. É relevante debruçar-se sobre esta condição, já que, como é referida na hipótese levantada por van Buitenen *et al.* (2021), pode estar presente uma ligação entre este diagnóstico e o comportamento violento, sendo que uma interpretação errónea de pistas sociais pode precipitar um comportamento violento e as dificuldades na interação social pode facilitar o ingresso em grupos problemáticos ou, então, o isolamento social. A comorbidade de PEA com outros diagnósticos e uma rede social negativa aumenta significativamente o risco de ofensas violentas, tendo sido concluído que a comorbidade em indivíduos com PEA é a razão do risco de comportamento violento e não apenas o diagnóstico de PEA.

É necessário, então, que esteja presente uma intervenção individualizada focada no indivíduo e que a perceção do mesmo acerca das suas capacidades, seja ela aproximada ou não da realidade, seja integrada no tratamento (Lindstedt *et al.*, 2004). É, ainda, relevante que estas intervenções sejam precoces e direcionadas a objetivos bem delineados para se observarem alterações nos indivíduos considerados inimputáveis (Lindstedt *et al.*, 2011). To *et al.* (2014) explica que os profissionais tendem a concordar com os seguintes objetivos de intervenção: prevenção de recaídas; tratamento de perturbações psiquiátricas; reinserção na sociedade; melhoria da qualidade de vida; e, por fim, trabalhar a motivação do utente antes de se dar início ao tratamento. No entanto, é alertado que os objetivos mencionados não partilham a mesma importância no decorrer do tratamento, sendo a prevenção de recaídas considerado o mais relevante de se intervir já que a comorbidade com o abuso de substâncias parece potenciar um comportamento agressivo (Almeida *et al.*, 2013; van Buitenen *et al.*, 2020; Vaughan, *et al.*, 2000).

O tratamento para esta população varia em termos de contexto, ou seja, este é fornecido em unidades prisionais forenses, unidades não prisionais forenses e em equipas

comunitárias. A literatura científica refere que a presente população não deve receber o seu tratamento numa unidade prisional forense, mas, sim, num hospital de alta segurança, porém tem sido ambicionado um tratamento realizado em comunidade de forma a facilitar a reinserção do indivíduo (Blackburn, 2004; Vogel *et al.*, 2013).

Há uma necessidade de os utentes considerados inimputáveis serem avaliados frequentemente de forma a prevenir e gerir uma eventual descompensação, tal como o comportamento indesejado, no entanto foi evidenciado por Perron e Holmes (2011) que numa unidade prisional forense no Canadá a avaliação da saúde mental só ocorria uma única vez, no momento da admissão. Além desta circunstância as entradas dos registos dos utentes não faziam menções ao diagnóstico nem à evolução clínica ao longo do tempo, porém, pelo contrário, estiveram presentes diversas menções às atividades, comportamentos e a relação com os pares, nomeadamente a socialização, sendo que uma postura colaborante e calma parece equivaler a um indicador de um comportamento positivo e desejado pelos profissionais enquanto que a resistência e agressividade já é alvo de intervenção tanto pelos enfermeiros, ao fornecer a medicação, como pelos guardas prisionais, ao transportar o indivíduo de volta à sua cela.

As unidades prisionais forenses têm a sua dimensão terapêutica encoberta por medidas de contenção, com uma designação predominante dos utentes como reclusos, com uma preferência pela gestão a curto prazo de comportamentos disruptivos através do uso da medicação e pela ausência de avaliações de saúde mental (Perron & Holmes, 2011). Uma colaboração estreita entre profissionais é dos fatores mais relevantes para que o tratamento dos indivíduos considerados inimputáveis seja eficaz e funcional (Vogel *et al.*, 2013; To *et al.*, 2014), no entanto parece que em unidades prisionais forenses esta dinâmica é dificultada. To *et al.* (2014) reforçam que é da maior importância que esteja presente em unidades prisionais forenses um ambiente propício à troca de ideias, *feedback* e que seja possibilitado a colocação de dúvidas entre os profissionais para, assim, originar um ambiente de profissionalismo eficaz (To *et al.*, 2014).

Hean *et al.* (2017) explicam que os guardas prisionais, apesar de desejarem ter um maior contacto com os profissionais de saúde mental, consideram haver uma falta de articulação e colaboração com os mesmos. Adicionam que perante uma eventual crise costumam articular frequentemente com enfermeiros, assistentes sociais e outros guardas prisionais, sendo que isto acontece porque costumam receber *feedback* dos profissionais referidos acerca das necessidades sentidas pelos indivíduos considerados inimputáveis. Portanto, quando os guardas prisionais necessitam de auxílio para gerir a saúde mental de um

utente é mais provável articularem com enfermeiros, assistentes sociais e outros guardas prisionais. Esta conclusão é justificada a partir de constrangimentos de horários laborais, no sentido em que não passam tanto tempo no local e, conseqüentemente, têm um menor contacto e menos responsabilidades perante os indivíduos considerados inimputáveis. Apesar de os profissionais de saúde mental serem, claramente, os profissionais mais acertados para trabalharem a saúde mental da população em questão, os guardas prisionais não sentem que estes profissionais sejam tão acessíveis como os profissionais com quem costumam ter uma maior articulação.

Perron e Holmes (2011), por sua vez, espelham que a equipa de enfermagem relata que os guardas prisionais costumam corrigir as suas práticas e impedem a realização de certas atividades, no sentido em que não podem prosseguir sem a autorização e presença destes profissionais. To *et al.* (2014) salientaram que os profissionais que desenvolvem funções com a população considerada inimputável são da opinião que todos os profissionais devem trabalhar em equipas multidisciplinares, onde esteja presente uma hierarquia onde a responsabilidade de cada profissional seja claramente estabelecida. Concordaram, também, que os profissionais têm imenso impacto no sucesso da intervenção e cuidados fornecidos e que todos os membros devem ter formação específica para desenvolverem funções neste tipo de contexto.

É ressaltado que não deveria haver uma distinção tão clara entre os profissionais que fornecem os cuidados e os profissionais que contribuem para a segurança, apesar de este último elemento ser bastante significativo para o tratamento (To *et al.*, 2014). Em unidades prisionais forenses os enfermeiros têm à sua disposição a opção entre fornecer cuidado e estabelecer o controlo, no entanto perante uma situação problemática a resposta mais comum parece ser de natureza farmacológica ou punitiva (Perron & Holmes, 2011). É, ainda, declarado que os guardas prisionais têm o potencial de serem observadores-chave da população considerada inimputável e até figuras-chave para motivarem os utentes para os cuidados de saúde mental, segundo o pressuposto que são os profissionais que mais contacto têm com estes indivíduos (Hean *et al.*, 2017).

A última declaração é validada por Vogel *et al.* (2013) já que é sublinhada a importância do papel dos guardas prisionais para o encaminhamento para os cuidados de saúde mental, sendo que estes profissionais têm um contacto mais frequente com os utentes e, conseqüentemente, têm um maior conhecimento acerca do comportamento dos mesmos e podem, até, evidenciar sinais de deterioração a nível de saúde mental. No entanto, como não são dadas ferramentas a estes profissionais, acabam por não agir (Brandt, 2012).

Mesmo nas unidades forenses que não são prisionais a segurança é, ainda, mantida como um valor predominante (Slemon *et al.*, 2017). No entanto, parece que as avaliações de risco não costumam ocorrer frequentemente, apesar de serem essenciais para manter a segurança em contextos forenses e de deverem ocorrer antes, no início e durante o tratamento (Slemon *et al.*, 2017; To *et al.*, 2014). Além do referido, os profissionais a nível internacional concordam que o diagnóstico e a avaliação devem seguir um procedimento padronizado, incluindo uma bateria de instrumentos de triagem e avaliação, e que devem sempre ter em conta a avaliação de risco e a avaliação das necessidades de intervenção (To *et al.*, 2014).

Os procedimentos para se favorecer as restrições em contextos forenses são importantes já que preparam os utentes para a eventual saída e, conseqüentemente, a reinserção na sociedade. Stübner *et al.* (2006) determinam que os critérios de flexibilização de restrições usados pelos profissionais perante os indivíduos considerados inimputáveis tendem a ser implícitos, no sentido em que os profissionais baseiam as suas decisões nas suas experiências profissionais e intuição. Adicionam, ainda, que os profissionais costumam resistir em usar instrumentos e testes padronizados para aliviar as restrições de utentes, no entanto foram percebidos quais são os fatores de risco e de proteção na perspectiva dos profissionais.

Os fatores de risco de reincidência podem ser estáticos ou dinâmicos, sendo que os primeiros não se alteram enquanto que os dinâmicos, por serem passíveis de serem alterados ao longo do tempo, são os únicos que podem ser alvos de intervenção (Stübner *et al.*, 2006). Por sua vez, os fatores estáticos são os relevantes de se avaliar para elaborar previsões a longo prazo enquanto que os dinâmicos, por serem mutáveis, desempenham um papel importante durante o tratamento.

A rede social fora da unidade forense e a socialização são relevantes, já que na última fase do processo da reabilitação o enquadramento familiar e social é importante para o utente ocasionalmente se ausentar da unidade forense (Stübner *et al.*, 2006). Critérios relacionados com a socialização, especialmente a cooperação e a relação com o *staff* da unidade forense, a resposta ao tratamento e a ausência de toxicod dependências são os mais relevantes para os profissionais de saúde recomendarem a flexibilização das restrições enquanto que os critérios relacionados com um comportamento agressivo, impulsivo e instável, com a desobediência e com a antecipação de sanções têm o efeito contrário (Stübner *et al.*, 2006).

Além do tratamento fornecido em unidades forenses e em unidades prisionais forenses, resta o tratamento realizado em comunidade, nomeadamente as equipas comunitárias. Para tornar o tratamento em comunidade possível é necessário que se prestem

serviços a longo prazo e intervenções psicológicas mais complexas de forma a responder às múltiplas necessidades sentidas por esta população, nomeadamente as sociais e a nível do foro psiquiátrico (Blackburn, 2004).

Vaughan, *et al.* (2000) evidenciam que as equipas das comunidades psiquiátricas experienciam dificuldades em fornecer apoio aos indivíduos considerados inimputáveis, no sentido em que os níveis de proficiência exigidos não são atingidos. As equipas acolhem não só indivíduos considerados inimputáveis, mas, também, outros utentes com necessidades de tratamento psiquiátrico. Acabam, também, por dividir os seus serviços em quatro equipas, nomeadamente de saúde mental, de dificuldades de aprendizagem, de toxicodependências e de utentes em liberdade condicional.

Cada grupo de utentes tem as suas próprias características e necessidades que influenciam o tipo de tratamento a que serão sujeitos e competências específicas vindas dos profissionais, significando que cada equipa tem estabelecida de forma rigorosa o tipo de serviços e tratamento que fornecem aos seus utentes, havendo uma grande relutância por parte dos profissionais em trabalhar com utentes de outras equipas (Vaughan, *et al.*, 2000). Assim, muitas das necessidades sentidas pelos utentes não são saciadas porque estão fora do alcance das capacidades e serviços fornecidos pelas próprias equipas. É levantada, ainda, uma questão relevante, pois, a população presente tem a tendência de apresentar diagnósticos duplos (Almeida *et al.*, 2013; van Buitenen *et al.*, 2020; Vaughan, *et al.*, 2000), no entanto a equipa de toxicodependências acaba por ser equipa com a menor percentagem de indivíduos considerados inimputáveis porque a intervenção é apenas fornecida a quem tiver disposto e motivado para a mudança.

Finalmente, quando é finalizado o tratamento, Vaughan *et al.* (2000) alertam que a supervisão psiquiátrica é bastante escassa, já que os poucos que tiveram supervisão, muito provavelmente, estavam em liberdade condicional sob a condição de tratamento psiquiátrico ou supervisão. Além da ausência de supervisão, relatam que há uma grave lacuna na continuidade dos cuidados já que há uma articulação insuficiente com instituições devido à falta de interesse e ao estigma por parte dos serviços comunitários.

Desta forma, o tratamento fornecido a utentes considerados inimputáveis só é eficiente quando há uma continuidade de acesso a serviços de saúde mental na comunidade. Devido às fragilidades e especificidades destes indivíduos é necessário haver respostas de cariz social que os permita serem funcionais e viverem em sociedade (Lindstedt *et al.*, 2014). A problemática agrava-se quando é finalizado o tratamento e o indivíduo volta à comunidade, porém há uma ausência de supervisão psiquiátrica e de respostas a nível comunitário

(Vaughan, *et al.*, 2000). É recomendado que estes indivíduos sejam inseridos em acomodações com assistência diária com uma atividade comunitária programada ou um emprego apoiado (aumentam a probabilidade de acesso ao mercado de trabalho às pessoas com fragilidades), já que necessitam de um apoio mais significativo que os permita viver em comunidade (Lindstedt *et al.*, 2004).

Apesar dos artigos selecionados serem relevantes para o estudo em questão, pois englobam a forma como se dá o tratamento de indivíduos considerados inimputáveis em diferentes contextos e a percepção dos profissionais acerca do mesmo, as limitações sentidas foram, primeiramente, o facto de não existirem investigações portuguesas ou investigações sobre o tratamento fornecido em Portugal nas bases de dados que foram utilizadas, nomeadamente a EBSCO, B-on, Web of Science e PubMed, e, por último, o facto de não haver mais estudos debruçados acerca desta temática. Salienta-se a importância de que próximos estudos investiguem o tratamento fornecido aos indivíduos considerados inimputáveis e a óptica de profissionais, para assim se tomar conhecimento do que realmente funciona para esta população para tornar o tratamento eficiente não só a nível de saúde mental, mas, também, no que toca à diminuição da reincidência criminal.

3. ESTUDO EMPÍRICO

3.1. Introdução

Este estudo foi desencadeado pela ausência de dados empíricos acerca da inimizabilidade em Portugal, no sentido em que não é de fácil acesso entender a que tipo de intervenções esta população é sujeita e se essas intervenções são, de facto, frutíferas.

Os estabelecimentos prisionais garantem a execução das penas e medidas privativas da liberdade, contribuindo para a manutenção da ordem e paz social e a criação de condições de reinserção social dos reclusos. Encontram-se classificados em função do nível de segurança (especial, alta e média) e do grau de complexidade de gestão (grau elevado e médio). Em 49 Estabelecimentos Prisionais só dois têm Clínicas de Psiquiatria e Saúde Mental, o Estabelecimento Prisional (E.P.) de Santa Cruz do Bispo e o Hospital Prisional (H.P) São João de Deus, ambos com um grau de complexidade de gestão elevado e nível de segurança alta, para receberem os indivíduos considerados inimputáveis de forma a cumprirem a medida de segurança de internamento

Os indivíduos considerados inimputáveis que se encontram internados em unidades forenses têm, segundo To *et al.* (2015), necessidades complexas e múltiplas problemáticas para serem atendidas durante o tratamento. Uma grande especificidade relativa a esta população é que ao serem submetidos ao internamento numa unidade forense pretende-se alcançar dois ambiciosos objetivos, nomeadamente o tratamento do indivíduo considerado inimputável e a proteção da sociedade.

Assim, será averiguada a perceção dos profissionais que desenvolvem funções com os utentes considerados inimputáveis em unidades prisionais de forma a entender, além de outras especificidades, a que tipo de tratamento são sujeitos e se a reinserção é possível.

3.2. Método

De forma a responder ao objetivo geral ou à questão central desta investigação, “Qual é a perceção dos profissionais dos estabelecimentos prisionais acerca dos inimputáveis?”, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas. Estas entrevistas foram realizadas a profissionais que desenvolvem funções que impliquem o contacto com os utentes considerados inimputáveis das Clínicas de Psiquiatria e Saúde Mental tanto no Hospital Prisional de São João de Deus como no Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo, nomeadamente psicólogos, psiquiatras, técnicos, enfermeiros, guardas prisionais, entre outros.

Além do objetivo central, as entrevistas tiveram, também, os seguintes objetivos específicos:

- a) Compreender a realidade da inimputabilidade nos estabelecimentos prisionais e se esta é, ou não, ajustada às necessidades dos indivíduos considerados inimputáveis, em Portugal;
- b) Refletir acerca do futuro da população considerada inimputável finda a medida de segurança de internamento, em Portugal;
- c) Descrever em que consiste o internamento dos indivíduos considerados inimputáveis e as condições subjacentes, em Portugal;
- d) Averiguar se o internamento dos indivíduos considerados inimputáveis proporciona a sua integração ou reinserção na sociedade, em Portugal;
- e) Deduzir se a integração ou reinserção dos indivíduos considerados inimputáveis na sociedade é possível após o internamento, em Portugal.

As entrevistas consistiram, portanto, em questões relacionadas com a vivência dos indivíduos considerados inimputáveis nas duas Clínicas Prisionais de Psiquiatria e Saúde Mental do país e quais serão as perspetivas dos profissionais relativamente ao internamento, tratamento e posterior reinserção na sociedade. Optou-se pela metodologia qualitativa por ser a mais ajustada aos presentes objetivos e questão de investigação, já que se pretendeu captar a opinião destes profissionais através de entrevistas semiestruturadas. Este tipo de entrevistas, segundo DiCicco-Bloom e Crabtree (2006), são organizadas em torno de um conjunto de questões abertas pré-determinadas juntamente com outras que vão surgindo ao longo do diálogo entre o entrevistador e o entrevistado. Assim, através das questões que foram surgindo ao longo das entrevistas foi possível captar mais informação sobre diversas temáticas, até aquelas que não foram previamente pensadas.

Inicialmente, para se dar início à investigação, foi obtido o parecer positivo da Comissão Ética proveniente da Universidade Fernando Pessoa. Após obter o parecer positivo da Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) foi pedida a autorização à direção do Estabelecimento Prisional (E.P.) Masculino de Santa Cruz do Bispo e à do Hospital Prisional (H.P.) de São João de Deus para tornar possível a deslocação da investigadora até às duas Clínicas Prisionais de Psiquiatria e Saúde Mental. Assim que foram obtidas ambas as autorizações deu-se início às entrevistas.

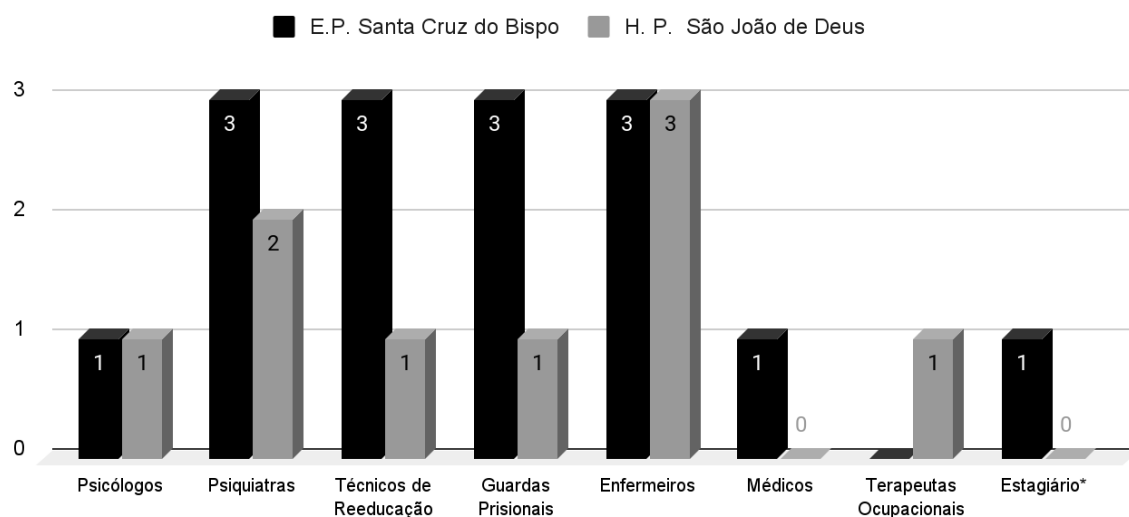
Apesar de se ter ambicionado que estas entrevistas fossem realizadas através de uma plataforma *online* por se ter levantado a hipótese que os profissionais demonstrassem mais

disponibilidade para participar, foi sugerido pela direção do E.P. de Santa Cruz do Bispo e do H.P. São João de Deus que as entrevistas fossem realizadas presencialmente. O facto de as entrevistas terem sido realizadas presencialmente acabou por ser um ponto bastante positivo, já que foi possível conhecer mais aprofundadamente o funcionamento e a estrutura das Clínicas e entender o dia-a-dia e rotinas dos utentes. É relevante mencionar que antes de iniciar as entrevistas foi realçado que apenas poderiam ser incluídos potenciais participantes cujas funções, mediante o seu cargo profissional, exigissem contacto com os indivíduos considerados inimputáveis para, assim, conseguirem dar voz às suas experiências e opiniões ao longo das suas vivências profissionais e pessoais. Durante o contacto com os profissionais foi explicado o âmbito da presente investigação e foi solicitada a sua participação ao mesmo tempo que foi demonstrado que a sua eventual participação tem um carácter voluntário e que a sua identificação seria salvaguardada. Salientou-se, também, que a sua interrupção ou recusa em participar não traria quaisquer benefícios ou prejuízos.

Foi apresentado o Consentimento Informado e após a leitura e preenchimento do mesmo deu-se o início de cada entrevista realizada até à data. Salienta-se que a realização das entrevistas com os profissionais dos dois E.P. decorreu entre os meses de março e abril de 2023. Foram reunidas 24 entrevistas, 15 no E.P. Santa Cruz do Bispo e 9 no H.P. São João de Deus, servindo a Figura 4 para exemplificar a quantidade de profissionais inseridos na amostra e os seus respetivos cargos.

Figura 4

Cargos dos profissionais dos Estabelecimentos Prisionais incluídos na amostra da presente investigação



Nota. *Participante a desenvolver funções com os indivíduos considerados inimputáveis como estagiário (estágio curricular de Psicologia). Apesar de não ser considerado um profissional de um estabelecimento prisional, foi valorizada a sua perceção e opinião já que as suas funções como estagiário envolvem tarefas de assessoria técnica, como a redação de relatórios, e atender aos pedidos dos indivíduos considerados inimputáveis.

Especificamente, na tabela 2, apresenta-se as características de cada participante entrevistado, tendo sido atingido o ponto de saturação teórica ao final de 24 entrevistas. Além dos cargos já mencionados, a maioria dos participantes é do sexo feminino (70,8%) e as idades variaram dos 26 até os 67 anos.

Tabela 2.

Caracterização dos profissionais entrevistados

| Participante | Cargo | Estabelecimento Prisional | Área de Formação | Anos de Serviço | Idade | Sexo |
|--------------|------------|---------------------------|------------------|-----------------|-------|----------|
| P1 | Enfermeira | E.P. Santa Cruz do Bispo | Enfermagem | 23 | 45 | Feminino |

| | | | | | | |
|-----|--------------------------------|--------------------------|---|------------------|----|-----------|
| P2 | Médica-Psiquiatra | E.P. Santa Cruz do Bispo | Medicina com especialização em Psiquiatria | 7 | 43 | Feminino |
| P3 | Médica-Psiquiatra | E.P. Santa Cruz do Bispo | Medicina com especialização em Psiquiatria | 6 | 46 | Feminino |
| P4 | Médica-Psiquiatra | E.P. Santa Cruz do Bispo | Medicina com especialização em Psiquiatria | 43 | 67 | Feminino |
| P5 | Guarda Prisional | E.P. Santa Cruz do Bispo | 12º ano | 23 | 44 | Masculino |
| P6 | Guarda Prisional | E.P. Santa Cruz do Bispo | 8º ano | 29 | 55 | Masculino |
| P7 | Guarda Prisional | E.P. Santa Cruz do Bispo | 12º ano | 27 | 50 | Masculino |
| P8 | Técnica Superior de Reeducação | E.P. Santa Cruz do Bispo | Psicologia Clínica | 11 (25 no total) | 50 | Feminino |
| P9 | Enfermeira | E.P. Santa Cruz do Bispo | Enfermagem | 2 | 26 | Feminino |
| P10 | Médica de Clínica Geral | E.P. Santa Cruz do Bispo | Medicina | 5 | 34 | Feminino |
| P11 | Enfermeira | E.P. Santa Cruz do Bispo | Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria | 7 | 33 | Feminino |
| P12 | Técnica Superior de Reeducação | E.P. Santa Cruz do Bispo | Psicologia | 20 | 43 | Feminino |
| P13 | Estagiário (curricular) | E.P. Santa Cruz do Bispo | Psicologia | N/A | 26 | Masculino |
| P14 | Técnica Superior de Reeducação | E.P. Santa Cruz do Bispo | NS | 1 (19 no total) | 44 | Feminino |
| P15 | Psicóloga | E.P. Santa Cruz do Bispo | Psicologia Clínica | 10 | 43 | Feminino |
| P16 | Enfermeira | H.P. São João de Deus | Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria | 28 | 51 | Feminino |
| P17 | Enfermeira | H.P. São João de Deus | Enfermagem de | 16 (40 no total) | 63 | Feminino |

| | | Deus | Saúde Mental e Psiquiatria | total) | | |
|-----|--------------------------------|-----------------------|--|------------------|----|-----------|
| P18 | Médica-Psiquiatra | H.P. São João de Deus | Medicina com especialização em Psiquiatria | 6 (39 no total) | 66 | Feminino |
| P19 | Médico-Psiquiatra | H.P. São João de Deus | Medicina com especialização em Psiquiatria | 8 | 44 | Masculino |
| P20 | Técnica Superior de Reeducação | H.P. São João de Deus | Psicologia Clínica | 5 | 57 | Feminino |
| P21 | Enfermeira | H.P. São João de Deus | Enfermagem | 8 | 30 | Feminino |
| P22 | Guarda Prisional | H.P. São João de Deus | 9º ano | 12 | 65 | Masculino |
| P23 | Psicóloga | H.P. São João de Deus | Psicologia Clínica | 7 | 44 | Feminino |
| P24 | Terapeuta Ocupacional | H.P. São João de Deus | Terapia Ocupacional | 22 (35 no total) | 55 | Masculino |

Alerta-se que a amostra reunida em cada Estabelecimento não traduz a quantidade total de profissionais cujas funções exigem o contacto com os inimputáveis e que, por sua vez, contribuem para a sua compensação a nível de saúde mental e segurança. Apesar do número significativo de entrevistas reunido, não foram entrevistados todos os profissionais já que foi priorizada a disponibilidade dos mesmos sem perturbar o funcionamento das Clínicas.

Ambicionou-se a gravação das entrevistas aos profissionais de ambos os estabelecimentos, sempre valorizando a vontade de cada potencial participante, porém como era necessária uma autorização superior de ambos os estabelecimentos procedeu-se à não gravação das mesmas, tendo sido priorizada a alternativa caso o participante não consentisse a gravação, a anotação do discurso dos profissionais. Foi pedida a permissão para se proceder à anotação antes de se iniciar cada entrevista, tendo sido autorizada na totalidade das mesmas.

Pretendeu-se entender mais claramente a perspetiva dos profissionais entrevistados relativamente à população considerada inimputável a partir da categorização e subcategorização da informação e conteúdo transmitido ao longo das entrevistas. As categorias e subcategorias de Bardin (1977) foram elaboradas após a análise de conteúdo das entrevistas. A técnica mencionada é, resumidamente e segundo Bardin (1977), uma análise de

comunicações e sendo que é defendido que tudo o que é comunicação pode ser alvo de análise, é explicado que a análise pode ser facilitada a partir do número de pessoas incluídas na interação e da natureza da mensagem. Assim, a partir destes fatores é possível classificar o conteúdo em unidades de codificação, nomeadamente transformar os dados brutos do texto em categorias, ou seja, em representações simplificadas dos dados brutos. Desta forma, a análise de conteúdo, a passagem de dados brutos a dados organizados, da presente investigação pretende transmitir a reflexão acerca das características do discurso dos participantes e responder às questões de investigação. Finalmente, a tabela 3 transmite todas as categorias e subcategorias que foram realizadas após a análise de conteúdo, sendo que a seguinte secção, os resultados, se irá debruçar de forma mais aprofundada nos dados obtidos.

Tabela 3.

Categorias e subcategorias da análise de conteúdo

| Categorias | Subcategoria |
|--|---|
| Perceção acerca das Clínicas Prisionais de Psiquiatria e Saúde Mental | Quantidade de internamentos |
| | Adequação de estruturas |
| | Disponibilidade de recursos |
| Opinião acerca de onde devam ocorrer os internamentos | Clínicas de Psiquiatria e Saúde Mental |
| | Clínicas Prisionais de Psiquiatria e Saúde Mental |
| | Alternativas |
| Perceção acerca dos indivíduos considerados inimputáveis | Vivência na Clínica |
| | Patologias |
| | Diferenças consoante o sexo |
| | Enquadramento familiar e social |
| Perceção acerca do tratamento fornecido aos indivíduos considerados inimputáveis | Condições a cumprir pré-tratamento |
| | Âmbito do tratamento |
| | Valências que integram o tratamento |
| | Resposta ao tratamento |
| | Entraves |

| | |
|---|---|
| Perceção acerca do que ocorre após o internamento | Condições a cumprir antes do término da medida de segurança |
| | Redução do contacto |
| | Reunificação familiar |
| | Ingresso em instituições e/ou lares |
| | Reincidência e/ou abandono do tratamento |
| | Sem resposta |
| Opinião acerca do que deveria ocorrer após o internamento | Maior articulação entre organismos |
| | Supervisão eficaz |
| | Novas entidades |

Para evitar a repetição, ao longo da secção dos resultados o E.P. Santa Cruz do Bispo e H.P. São João de Deus serão mencionados, respetivamente, apenas como E.P. e H.P..

3.3. Resultados

Ao entrar nas duas Clínicas Prisionais de Psiquiatria e Saúde Mental existentes em Portugal foi evidenciado, antes de tudo, uma diferença em termos de estrutura e capacidade, nomeadamente a quantidade de internamentos de indivíduos considerados inimputáveis. Durante a visita à Clínica Prisional de Psiquiatria e Saúde Mental do E.P. em finais de março e inícios de abril estavam internados por volta de 220 indivíduos – inimputáveis em cumprimento de medidas de segurança, condenados a cumprir pena de internamento como inimputáveis e os restantes a cumprir as penas preventivas – e apesar de não ser possível recusar o internamento de um indivíduo na Clínica devido à ordem do Tribunal foi referido por um dos guardas prisionais que só naquele mês iam acolher mais 20 utentes e foi estimado por uma técnica superior de reeducação que têm vagas, no sentido hipotético, para entre 250 a 300 internamentos. Apesar de não se ter obtido um número concreto de internamentos no H.P., soube-se que o número rondava os 30 em inícios de abril e as vagas, novamente no sentido hipotético, rodeiam os 50 internamentos. Evidencia-se, portanto, que há uma grande distinção na quantidade de indivíduos considerados inimputáveis internados nas duas Clínicas Prisionais.

Apesar das duas estruturas se tratarem de Clínicas Prisionais, foram percebidas diferenças na entrada de cada uma delas, como é o caso de se encontrarem celas na clínica do

E.P. e enfermarias na do H.P.. É importante notar que a Clínica Prisional do E.P. tem quatro unidades (além da geral existe uma unidade para os indivíduos mais dependentes e envelhecidos, uma para os internamentos preventivos e uma para os que estão na fase de transição para o regime aberto), enquanto que a do H.P. tem duas secções (unidade dos internamentos crónicos para os indivíduos que já se encontram compensados e a unidade dos internamentos agudos para os que, contrariamente, ainda se encontram no processo de compensação a nível de saúde mental), tendo sido explicado que é necessário uma avaliação psicológica para o utente passar do piso ajudado para o crónico. Existe, claramente, um desequilíbrio na quantidade de internamentos distribuídos pelas duas Clínicas, no entanto a capacidade de realizar esses internamentos, no que toca às estruturas, também se diferenciam.

Quando questionada a razão de haver uma distinção tão saliente no número de internamentos aos profissionais do E.P. Santa Cruz do Bispo, apesar de mencionarem não saberem a razão porque não existe uma articulação direta entre as duas estruturas, foram levantadas diversas hipóteses. Ainda, foi percebido que são os serviços centrais da Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) que informam quando uma das clínicas prisionais tem vagas para um possível encaminhamento de utentes. Portanto, apesar de as clínicas não terem qualquer tipo de articulação, a DGRSP trata de fazer a ligação entre ambas quando é necessário transferir os indivíduos considerados inimputáveis para a outra clínica.

“(...) o hospital prisional não costuma aceitar muitos inimputáveis, chega até a enviar os que têm para a nossa clínica (...)” (P4)

“(...) não têm tantas vagas como nós, mas muitos deles [utentes considerados inimputáveis] vêm do Sul (...) o hospital prisional entregou 11 inimputáveis ao nosso estabelecimento por causa de um incêndio, quando cá chegaram disseram que não sabiam o que se tinha passado e que nem souberam de nenhum incêndio (...)” (P7)

“(...) a medida de segurança pode ser longa, dependendo do facto cometido, e necessitam de camas para outros utentes (...)” (P8)

“(...) aceitam utentes mais debilitados como idosos (...)” (P9)

“(...) só aceitam utentes estabilizados (...)” (P11)

Os profissionais do H.P., por sua vez, justificam este desequilíbrio ao declarar que o hospital não deveria realizar os internamentos de indivíduos considerados inimputáveis já que o local não foi desenhado para esse âmbito.

“(...) na clínica só deveria ocorrer a avaliação na psiquiatria e depois deveriam ir para um Hospital, numa clínica não prisional (...)” (P17)

“(...) não temos condições para inimputáveis, só recentemente é que começamos a ter estes internamentos (...) ao fornecer o tratamento a esta população, estamos a ir contra o objetivo principal deste hospital que é fornecer cuidados aos reclusos de outros estabelecimentos prisionais (...) a clínica tornou-se um espaço para inimputáveis (...) temos que aceitar porque assim foi decretado pelo tribunal (...)” (P18)

“(...) os internamentos passam a ser crónicos, por isso não deveriam cá estar porque os serviços do hospital são dirigidos aos reclusos de outros estabelecimentos prisionais (...) aqui só se devia realizar relatórios e perícias, fazer assessoria técnica aos tribunais, e ter um internamento breve e não crónico (...)” (P19)

“(...) este hospital foi originado para dar resposta aos reclusos, agora como aceitamos inimputáveis e temos de lhe dar resposta por vezes temos que encaminhar os reclusos para o Serviço Nacional de Saúde desnecessariamente (...) o hospital deveria servir apenas para avaliação e triagem (...)” (P20)

“(...) não é um local propriamente adequado (...) o que deveria apenas ser um internamento agudo passa a ser uma situação crónica (...) não há tratamento adequado em geral (...)” (P21)

Ainda no tópico das estruturas das Clínicas, foi transmitido que no E.P., devido à grande quantidade de internamentos, há uma necessidade de as melhorar.

“(...) a clínica tem estruturas muito antigas (...)” (P9)

“(...) faltam estruturas adequadas para os utentes (...)” (P11)

Havendo só uma exceção, os profissionais do E.P. explicam que está presente uma sobrelotação de utentes na Clínica não só para os distribuir pelas celas, mas, também, para ser possível fornecer um tratamento adequado a cada um deles. No entanto, a mensagem, claramente, transmitida é que os indivíduos se encontram em melhores condições do que se encontrariam fora da Clínica, já que, mesmo com a quantidade significativa de internamentos, é prestado um acompanhamento que visa a compensação a nível de saúde mental através dos serviços de Psiquiatria, Psicologia, Enfermagem, Social, Assistência

Médica e Terapia Ocupacional complementados com os serviços do Corpo da Guarda Prisional que, por sua vez, garantem a segurança e tranquilidade da comunidade prisional, segundo o Decreto-Lei n.º 3/2014 de 9 de janeiro. Levanta-se a hipótese que a discrepância encontrada numa das respostas pode ser devido ao facto de o cargo da profissional não exigir um contacto tão próximo com os utentes considerados inimputáveis na clínica como exige, por exemplo, o cargo dos profissionais de saúde e dos guardas prisionais.

“(...) têm que fazer uma fila para tudo, parece um contentor de pessoas (...)” (P1)

“(...) a confusão é diária (...)” (P2)

“(...) há muitos conflitos entre eles, são muitas pessoas num só sítio (...)” (P7)

“(...) não há sobrelotação, os profissionais queixam-se (...) eles estão melhores cá do que lá fora” (P12)

Embora não estejam presentes tantos internamentos na Clínica do H.P., comparando com os que estão presentes na Clínica do E.P., é referido pelos profissionais que está presente a mesma necessidade de se melhorarem as estruturas e também os recursos para conseguirem fornecer um tratamento adequado.

“(...) é necessária uma reestruturação e mais recursos para conseguirmos dar uma melhor resposta aos inimputáveis tanto em quantidade como em qualidade (...)” (P20)

“(...) torna-se complicado porque faltam camas na clínica, por vezes é preciso pedir ao pavilhão clínico (...)” (P17)

Os profissionais do E.P. indicaram que está presente uma sobrelotação na clínica, o que acaba por gerar um risco do tratamento não ser adequado nem individualizado a cada utente. Já os profissionais do H.P. mencionaram que o hospital não foi pensado para a população considerada inimputável, mas, sim, para a imputável, ou seja, para os reclusos. No entanto, a opinião prevalente é que os utentes se encontram em melhor estado dentro das clínicas prisionais do que em comunidade devido à rede de apoio que têm dentro delas, sendo que ambas as clínicas prestam os mesmos serviços.

Além da grande quantidade de internamentos, é realçado que as medidas de segurança de internamento costumam ser longas.

“(...) duram no mínimo dois anos (...) de 2 em 2 anos é feita a avaliação de perigosidade e é costume a medida de segurança de internamento ser renovada (...)” (P18)

“(...) normalmente ficam internados durante dois ou três anos (...)” (P19)

“(...) têm uma permanência um pouco prolongada, a parte preventiva é mais ou menos um ano e depois continuam aqui internados (...)” (P24)

É mencionado que o indivíduo com a medida de segurança de internamento mais longa iniciou o seu internamento na Clínica do E.P. em 1984, há 39 anos atrás. É caracterizado como um indivíduo com uma debilidade mental, sem apoio familiar e que se encontrava em situação de sem-abrigo, no entanto já esteve numa clínica não prisional quando apresentou um baixo nível de perigosidade, porém como não se adaptou, voltou para o E.P. A razão da não adaptação foi porque o indivíduo queria voltar para “casa”, nomeadamente para o E.P., levantando-se a hipótese de que a quantidade de tempo que permaneceu até agora internado, juntamente com o seu diagnóstico, reduz as suas possibilidades de reinserção. No H.P. o utente mais antigo é de 2018, sendo também um indivíduo com uma debilidade mental.

Foi, também, questionado aos profissionais de ambas as Clínicas as suas opiniões acerca dos internamentos em clínicas não prisionais, como é o caso do Hospital Magalhães Lemos, Hospital Sobral Cid e Hospital Júlio de Matos, havendo uma postura de maior favorecimento de internamentos em clínicas prisionais nos profissionais do E.P., devido ao nível de perigosidade evidenciado inicialmente nos indivíduos considerados inimputáveis e, também, devido aos meios de contenção que não se encontram disponíveis em clínicas não prisionais. Mesmo assim, houve profissionais que levantaram novamente a problemática das infraestruturas da clínica onde exercem funções já que não consideram que seja adequada a esta população.

“(...) o internamento prisional é o mais acertado até porque se se encontram num grau de perigosidade elevado vão receber um melhor tratamento em clínicas prisionais porque temos medidas de contenção, o que não acontece em hospitais porque os seguranças não podem tocar nos utentes (...)” (P3)

“(...) encontram-se mais inimputáveis em clínicas prisionais porque acaba por ser o mais seguro, temos guardas prisionais para pessoas com um grau acrescido de perigosidade (...)” (P13)

“(...) há mais vigilância cá, apesar de ser um ambiente prisional (...) sente-se uma tensão por causa das grades e dos portões (...)” (P15)

Os profissionais do H.P. já deram preferência ao internamento em clínicas não prisionais, dando relevância à importância de serem abertas mais vagas para a população considerada inimputável.

“(...) o Serviço Nacional de Saúde por vezes ajuda ao informar que existem vagas para distribuir os inimputáveis perante as três clínicas não prisionais (...) os indivíduos mais perigosos devem estar nas clínicas prisionais e quando compensarem deviam ir logo para o SNS (...)” (P18)

“(...) o internamento deveria ser feito em unidades seguras e forenses no Serviço Nacional de Saúde, mas estão bastante cheias, costumamos encaminhar para lá utentes quando há vagas (...) é necessário abrir a mentalidade da sociedade e ter mais vagas em clínicas não prisionais do Serviço Nacional de Saúde (...)” (P19)

“(...) deviam de estar em unidades forenses (...) as unidades forenses são melhor geridas e têm melhores meios para a articulação com outros serviços (...)” (P20)

“(...) costumam ser encaminhados os que estão estabilizados e compensados para unidades forenses (...) os inimputáveis não deveriam estar presos (...)” (P23)

No entanto, houve profissionais que têm a opinião de que a solução não está presente nem nas clínicas prisionais nem nas clínicas não prisionais. Desta forma, forneceram alternativas sobre o que deveria acontecer a partir do momento em que uma medida de segurança privativa de liberdade é decretada a um indivíduo.

“(...) deviam estar mais separados, deviam ser criados diversos estabelecimentos só para eles e, assim, seriam separados consoante os crimes que cometeram (...)” (P5)

“(...) penso que deveria haver um espaço maior com um maior acompanhamento, uma unidade mais aberta para os que estão compensados e uma mais fechada e com normas mais apertadas para um nicho de inimputáveis que são mais problemáticos (...)” (P7)

“(...) não deveria haver um regime misto, deve haver segurança, mas uma vigilância mais aberta para não haver entraves, sem celas, um hospital psiquiátrico dentro do estabelecimento prisional (...)” (P11)

“(...) não apoio a segregação, porém acho que devia haver uma divisão terapêutica e não estrutural, assim o tratamento passava a fazer mais sentido (...)” (P15)

Um dos profissionais entrevistados chegou a mencionar que a solução se encontra nas instituições italianas, nomeadamente as Residências para a Execução de Medidas de Segurança (REMS). Di Mizio, *et al.* (2022) e Peloso, *et al.* (2014) explicam que apesar das REMS aparentarem ser respostas atrativas para a presente população, estas acarretam algumas problemáticas como um acesso e recursos limitados.

“(...) o mais acertado seria seguirmos o exemplo da Itália, o tratamento lá é personalizado à específica perturbação (...)” (P8)

Tabela 4

Categorias e subcategorias da análise de conteúdo acerca da perceção das Clínicas de Psiquiatria e Saúde Mental

| Categorias | Subcategoria |
|---|---|
| Perceção acerca das Clínicas Prisionais de Psiquiatria e Saúde Mental | Quantidade de internamentos |
| | Adequação de estruturas |
| | Disponibilidade de recursos |
| Preferência acerca de onde devam ocorrer os internamentos | Clínicas de Psiquiatria e Saúde Mental |
| | Clínicas Prisionais de Psiquiatria e Saúde Mental |
| | Alternativas |

Os profissionais em certos momentos descreveram a população que se encontra internada na Clínica onde exercem funções. A caracterização, como pode ser percebido, varia consoante o profissional. Os utentes foram caracterizados como dependentes e manipuladores, mas capazes. A descrição desta população como manipuladora já tinha sido evidenciada na investigação de Perron e Holmes (2011), no sentido em que a equipa de enfermagem alertou para a possibilidade de serem manipulados pelos utentes e que é necessário diferenciar os pedidos legítimos e as tentativas para ganhos secundários, tal como acontece na presente investigação.

“(...) a realidade deles é triste, desamparada e solitária (...)” (P1)

“(...) temos uma população muito doente, envelhecida e cada vez mais dependente (...)” (P3)

“(...) muitos deles são crianças em corpo de adultos (...) um disse-me que parecia que estava na creche (...) os mais fortes aproveitam-se dos mais frágeis (...) a maioria deles tem noção do que fizeram (...)” (P5)

“(...) são indivíduos manipuladores porque querem atenção e muitas vezes pedem medicação a mais do que uma enfermeira para depois venderem ou para troca de favores (...)” (P9)

“(...) gostam de estar entretidos, são bem capazes (...)” (P11)

Tantos os profissionais do E.P. como os do H.P. relatam que as patologias mais prevalentes nos internamentos dos indivíduos considerados inimputáveis são a esquizofrenia e a debilidade mental, tal como algumas perturbações de personalidade. É explicado por alguns participantes que a esquizofrenia é algo mais simples de se controlar e de se compensar devido ao tratamento e medicação fornecidos ao utente, enquanto que a intervenção na debilidade cognitiva já é mais complexa. É comum, como sustenta a literatura científica (Almeida *et al.*, 2013; van Buitenen *et al.*, 2020; Vaughan, *et al.*, 2000), que os utentes considerados inimputáveis apresentem diagnósticos duplos, ou seja uma dependência de substâncias juntamente com uma perturbação do foro psiquiátrico. Foi, também, sublinhado que reunir diversos indivíduos com diferentes perturbações também acarreta algumas problemáticas na sua interação.

“(...) costumam ter patologias duais (...)” (P3)

“(...) a esquizofrenia e a debilidade mental são as patologias mais prevalentes (...) a reestruturação cognitiva é muito difícil em débeis mentais (...) com a idade a capacidade delirante desce ao mesmo tempo que aumenta o quadro demencial (...)” (P8)

“(...) temos mais casos de esquizofrenia e de debilidade mental (...) os indivíduos com perturbações de personalidade costumam-se aproveitar dos indivíduos com debilidade mental (...) muitos são toxicodependentes” (P15)

“(...) a maioria das patologias são esquizofrenia, debilidade mental e algumas perturbações da personalidade como a bipolaridade” (P19)

Enquanto que o E.P. só reúne indivíduos considerados inimputáveis masculinos, no H.P. já se encontram utentes de ambos os sexos. A literatura científica informa que existem diferenças na origem dos problemas aditivos e no tipo de crime cometido em indivíduos considerados inimputáveis, sendo que os homens costumam praticar crimes mais gravosos e começam a consumir substâncias como um meio de potenciar o *status* enquanto que o abuso de substâncias costuma surgir em mulheres como uma resposta às experiências adversas na infância (Streb *et al.*, 2022). No entanto, as únicas discrepâncias reunidas pelos profissionais entrevistados foram o nível de perigosidade e o número de internamentos.

“(...) são iguais, não diferem muito (...)” (P17)

“(...) as mulheres e homens inimputáveis são muito parecidos, os homens costumam ter uma maior perigosidade (...) as mulheres costumam ser mais ajudadas pelo SNS e também pode não haver um número tão grande porque nos casos de Violência Doméstica os homens não denunciam devido ao estigma (...)” (P19)

“(...) temos ordens superiores para não os juntar, no verão é mais fácil porque dá para reparti-los, podem ir para o pátio ou para o bar, no inverno já é mais difícil (...)” (P22)

A maioria dos profissionais menciona que uma grande parte dos factos cometidos por indivíduos considerados inimputáveis foram cometidos contra a família, como as figuras parentais, impactando negativamente a eventual ressocialização. O enquadramento familiar destes indivíduos nem sempre é favorável seja devido ao facto criminoso ter sido cometido contra a família e/ou devido à localização da Clínica onde se encontram internados ser demasiado afastada da zona de residência dos familiares. Sem esquecer da diferença no número de internamentos, houve uma maior incidência de profissionais a declarar que os indivíduos considerados inimputáveis não têm apoio familiar na Clínica do E.P.

“(...) o contacto com a família costuma ser escasso (...)” (P4)

“(...) muitos deles ficam longe da família o que é um sofrimento desnecessário, um pai estava internado em Caxias [H.P. São João de Deus], entretanto veio para aqui e deixou de ver os filhos (...)” (P5)

“(...) a família quer saber deles quando estão cá dentro, quando chegam lá fora já é outra história (...)” (P7)

“(...) a maioria não tem contacto familiar (...)” (P11)

“(...) muitos são negligenciados pelas famílias (...) a família dos utentes por vezes é de muito longe e de um nível socioeconómico baixo, havendo uma menor capacidade de os visitar e talvez de os voltar a receber após o internamento (...)” (P13)

“(...) recebem muitas menos visitas do que os de regime comum, muitas vezes os familiares são de longe (...)” (P15)

Enquanto que os profissionais do H.P. referem, de forma geral, que o comum é os indivíduos considerados inimputáveis continuarem a receber apoio familiar.

“(...) são eles que costumam tomar a iniciativa de telefonar à família e se não atenderem vêm logo falar connosco preocupados (...)” (P16)

“(...) a maioria dos inimputáveis tem apoio familiar (...)” (P17)

Os profissionais tendem a relacionar inimputabilidade à Violência Doméstica cometida contra os pais quando partilharam as suas opiniões acerca da razão pela qual se tem vindo a observar um aumento considerável de indivíduos considerados inimputáveis (cf. Figura 2).

“(...) a Violência Doméstica na maioria das vezes é concretizada contra os pais, os pais tentam pedir o internamento compulsivo e são avisados que deveriam apresentar queixa de Violência Doméstica, é feita uma queixa porque o internamento compulsivo não é uma solução a longo prazo, muitas das vezes ficam internados uns três dias, é receitada medicação e vão-se embora (...)” (P8)

“(...) muitos dos crimes são feitos contra a família, como Violência Doméstica contra os pais, namoradas e esposas (...)” (P18)

“(...) tem acontecido cada vez mais recebermos doentes que praticaram Violência Doméstica contra os pais, chega a uma altura em que estão tão descompensados que já nem os reconhecem (...)” (P23)

Tabela 5

Categoria e subcategorias da análise de conteúdo acerca da percepção dos indivíduos considerados inimputáveis

| Categoria | Subcategorias |
|---|---------------------------------|
| Percepção acerca dos indivíduos considerados inimputáveis | Vivência na Clínica |
| | Patologias |
| | Diferenças consoante os sexos |
| | Enquadramento familiar e social |

Antes do indivíduo considerado inimputável ser internado numa das Clínicas Prisionais de Psiquiatria e Saúde Mental é referido que são avaliados dois critérios, o comportamento e o nível de perigosidade e que cada internamento origina um Plano Terapêutico e de Reabilitação (PTR). No Art. 128.º da Lei n.º 115/2009, de 12 de outubro é referido que a realização do PTR é obrigatória e que deve apontar as necessidades, aptidões individuais e avaliação de risco de cada utente a cumprir medidas de segurança de internamento. A elaboração deste plano deve ter a participação de especialistas em saúde mental e ser periodicamente avaliado e atualizado consoantes as necessidades de tratamento e condições de reinserção social e familiar, para, assim, ser possível remetê-lo ao tribunal de execução de penas.

“(...) avalia-se o comportamento e o nível de perigosidade para saber a forma de os conter (...)” (P2)

“(...) elaboramos o PTR, um relatório que temos que enviar para o tribunal (...)” (P4)

“(...) cada internamento gera um PTR (...)” (P8)

O tratamento fornecido aos internados é intercalado com algumas atividades ocupacionais tanto no E.P. como no H.P.. Durante o seu internamento, é fornecido ao utente apoio psiquiátrico e psicológico, terapia ocupacional, programas de prevenção de recaída no que toca às toxicodependências e atividades lúdicas e profissionais, sendo algumas delas remuneradas. No entanto, os profissionais da clínica do E.P. mencionam que o tratamento fornecido na mesma não atinge a sua proficiência.

“(...) o tratamento devia ser mais personalizado a cada doente, é tudo muito impessoal (...)” (P1)

“(...) o ambiente na clínica é coercivo e rígido, há uma reduzida capacidade de acompanhamento e de fornecer atividades (...) não respondem ao tratamento, já que o acompanhamento psicológico é feito uma vez por mês e o acompanhamento psiquiátrico é mais frequente por causa da medicação (...)” (P13)

No E.P. foi referido pelos profissionais que estes indivíduos têm acesso à escola, através de professores voluntários, e ao ginásio. A escola serve para a qualificação escolar e até profissional, tendo em vista a futura reinserção do indivíduo na sociedade.

“(...) só 12 é que participam na escola e 20 no ginásio (...)” (P7)

“(...) as aulas são dadas juntamente com os reclusos do regime comum (...)” (P8)

“(...) a escola tem que se ajustar aos inimputáveis e não o contrário, assim não resulta (...)” (P12)

Além destas duas atividades, está a ser implementado o Projeto Pelos Dois não só a reclusos, mas, também, a indivíduos considerados inimputáveis, sendo que se baseia no treino de cães pelos próprios, sempre acompanhados pelos responsáveis do projeto que supervisionam todas as interações entre o indivíduo e o cão.

“(...) hoje foi o último dia desta edição [do Projeto Pelos Dois] e inimputáveis que não pareciam ter empatia hoje quando se despediram dos cães já tinham lágrimas a escorrer pela cara (...) as sessões acontecem duas vezes por semana (...)” (P15)

Os indivíduos considerados inimputáveis têm direito a fazer passeios terapêuticos dentro do E.P. e os que se encontram em regime aberto costumam passear com uma voluntária fora do estabelecimento durante 10h e duas vezes por mês, sendo relatado pelos profissionais que são episódios bastante satisfatórios. Os que estão em regime aberto podem, ainda, passar até sete dias com a família.

“(...) chegam animados, contam-nos como foi o dia (...)” (P1)

“(...) eles adoram, costumam trazer-nos lembranças (...)” (P8)

O tratamento fornecido aos indivíduos considerados inimputáveis no H.P. é semelhante, com a prestação dos mesmos serviços. As atividades na clínica do H.P. dirigidas aos utentes são relacionadas a épocas festivas, como a páscoa, carnaval, entre outras, também têm aulas de ginástica uma vez por semana dadas por uma guarda prisional que tem formação para dar aulas de ginástica. Uma grande distinção é o facto de os utentes não terem direito a passeios terapêuticos. Outra distinção é o facto de não haver programas vocacionados para as dependências.

“(...) nem passeios dentro do recinto, só podem estar no pátio e sempre acompanhados por guardas (...)” (P17)

“(...) não há programas vocacionados para as dependências por falta de recursos, mas a coordenadora da Clínica fornece intervenção individualizada para os que precisam (...) quando saem é aconselhado o tratamento para as dependências (...)” (P18)

Alguns dos indivíduos desempenham atividades remuneradas (desenvolvem funções no bar, lavandaria e estão a tentar fazer com que passe a existir serviços de barbeiro) e quatro trabalham, mas pernoitam na Clínica. Os profissionais do H.P. explicam que o tratamento fornecido na Clínica é orientado não só para a gestão da doença, mas, também, para o fortalecimento dos laços familiares.

“(...) é feita a psicoeducação e a gestão da doença também (...) aqui até se prestam bons cuidados (...)” (P16)

“(...) a reeducação também passa muito por trabalhar as famílias (...) é explicado, mesmo que o crime tenha sido contra a família, que o indivíduo é doente e precisa da medicação (...) é muito importante ir trabalhando a família para depois conseguirmos assegurar que o inimputável volta para o seu seio familiar” (P17)

“(...) focamos na melhoria de saúde do inimputável e tentamos fazer a ponte para os contactos no exterior (...)” (P20)

Salienta-se uma dicotomia na forma como se fornecem as consultas de Psicologia, porém também é preciso ter em conta que, mesmo se encontrando dois psicólogos na unidade de psiquiatria forense no E.P. Santa Cruz do Bispo, e apenas um profissional no H.P. São João de Deus, existe uma grande diferença na quantidade de internamentos realizados em ambas as

unidades, sendo que é levantada a hipótese de que a grande quantidade de utentes considerados inimputáveis no E.P. é a razão pela qual a terapia é mais abrangente do que individualizada a cada utente, nomeadamente às suas necessidades e diagnóstico(s). Além das terapias individuais, em ambas as unidades está a ser ambicionada a realização de intervenções em grupo.

“(...) terapia é caso a caso, porém é mais abrangente do que individual (...) costumo aplicar o modelo cognitivo-comportamental e uso a técnica do contrato comportamental (...) seria importante (fazer intervenções em grupo) para promover competências assertivas, mas torna-se difícil quando são muitas perturbações juntas e alguns temas não se adequam a certos indivíduos ou patologias (...) também neste momento não temos espaço (...)” (P15)

“(...) o modelo vai variando, por exemplo para perturbações obsessivo-compulsivas costumam ser usados os modelos cognitivos e para perturbações de personalidade o modelo psicanalítico (...) a minha avaliação passa muito pelo quadro clínico e as necessidades do utente (...) estou a tentar organizar dinâmicas de grupo para utentes com capacidade de insight (...)” (P23)

Os utentes de ambas as Clínicas costumam recorrer muitas vezes aos serviços destes profissionais de forma voluntária, demonstrando a necessidade que estes indivíduos têm de socializar e expor possíveis receios e preocupações. O facto de os indivíduos considerados inimputáveis terem muito interesse nas consultas demonstra estar subjacente uma colaboração com os profissionais.

“(...) eles gostam muito das consultas, chegam até a marcar sem necessidade só para poderem conversar (...)” (P4)

“(...) muitas vezes marcam consultas para terem atenção, outros por necessidade e outros, em último recurso, por terem vergonha de exporem um problema (...)” (P10)

“(...) solicitam bastante as consultas de Psicologia, há consultas obrigatórias marcadas por mim, mas costumam pedir também (...) costumam falar nas consultas sobre as suas preocupações do momento, como a família (...) falam muito da família e das saudades e quando não têm família focam-se nas dificuldades que estão a ter no

momento (...) depende do estado como se encontram, mas costumam colaborar com os profissionais (...)” (P13)

Foi mencionado pelos profissionais de ambas as Clínicas que há uma necessidade de valorizar a Educação Sexual para alertar para os riscos e fornecer métodos contraceptivos. Na Clínica do E.P. foi alertado que em inícios de abril de 2023 estavam presentes quinze indivíduos considerados inimputáveis infetados com doenças sexualmente transmissíveis. Enquanto que na Clínica do E.P. os utentes têm que se dirigir aos profissionais para pedir preservativos, na do H.P. os métodos contraceptivos são deixados na própria clínica.

“(...) é muito difícil de controlar, pode acontecer por livre vontade ou para troca de favores (...) têm que ser eles a pedir os preservativos, já experimentamos deixar na Clínica e chegamos ao final do dia e já não restam preservativos e não é porque os usam para esse propósito (...)” (P10)

“(...) é preciso investir na saúde sexual dos inimputáveis, eles têm diversos parceiros sexuais cá na clínica e não sabem usar a proteção, magoam-se na masturbação (...)” (P15)

“(...) é importante dar formação acerca dos métodos contraceptivos, o grupo nunca é o mesmo nas enfermarias, há rotatividade e por isso é importante realçar a importância dos preservativos (...) há preservativos em todas as casas de banho, trata-se de um cuidado diário (...)” (P16)

No tópico de troca de favores, é explicado que estas situações são frequentes, sendo referido pelos profissionais que adotam certas técnicas para evitar que esta problemática aconteça. Durante a entrevista a um dos guardas prisionais do E.P. aproximou-se um utente avisar que um deles estava a subornar outro para trazer café e droga.

“(...) muitas vezes pedem medicação a mais do que uma enfermeira para depois venderem ou para troca de favores (...)” (P9)

“(...) vendem a medicação, agora tentamos diluí-la para não a conseguirem vender (...)” (P10)

“(...) a toma da medicação é assistida para evitar venda de medicamentos (...)” (P11)

Além destas circunstâncias relativas ao tratamento, são mencionados alguns entraves que são sentidos pelos profissionais, mais especificamente pela equipa de enfermagem. As enfermeiras entrevistadas tanto no E.P. como no H.P. relatam ter dificuldades em levar a cabo as suas atividades devido à exigência de estarem sempre presentes guardas prisionais e de precisarem de autorização dos mesmos para as realizar. A equipa de enfermagem considera ter mais sensibilidade ao lidar com indivíduos com esta especificidade e que, de certa forma, carecem de autonomia para levarem a cabo as suas atividades. A forma como as enfermeiras descrevem a atuação dos guardas prisionais perante os indivíduos considerados inimputáveis coincide com a investigação de Perron e Holmes (2011). No entanto, uma das profissionais do E.P. refuta esta perspetiva.

“(...) o treino de competências é dificultado pelos guardas prisionais, queremos verificar se limpam a cela e não nos deixam entrar (...) se queremos ir para algum lado com eles um guarda também tem que vir “(...) os guardas precisam de formação porque tratam os inimputáveis como reclusos, ao falarem com um tom de voz mais alto eles ainda ficam mais agitados (...) por exemplo, eles não percebem os horários como os reclusos (...)” (P11)

“(...) as enfermeiras não se sentem à vontade com os inimputáveis, pedem para dar a consulta com os guardas lá dentro, não dão consultas sem ninguém lá (...)” (P12)

“(...) os guardas veem os inimputáveis como reclusos (...) têm formação para guardas, mas, também, deveria haver uma formação específica para saberem como lidar com os inimputáveis (...) temos mais sensibilidade ao lidar com eles, às vezes é necessário explicar aos guardas que é preciso ter calma ao dar ordens e ao falar com os inimputáveis porque se não eles ficam mais agitados (...) por vezes não é possível fazer as atividades quando as enfermeiras querem porque há falta de guardas (...) primeiro é preciso ter autorização dos guardas para saber que vão estar no local onde decorre a atividade para assegurar a segurança (...)” (P17)

Uma profissional, além da sua experiência no H.P., recordou a altura em que desenvolveu funções com esta população como enfermeira numa unidade forense não prisional, nomeadamente no Hospital Sobral Cid,

“(...) não se compara, as enfermeiras têm muito mais autonomia (...) lá não há guardas e é um contexto completamente diferente (...)” (P17)

Hean *et al.* (2017) evidenciaram que os guardas prisionais desejam ter um maior contacto com os profissionais de saúde mental pois consideram haver uma falta de articulação e colaboração com os mesmos, sendo mais provável articularem com enfermeiros, assistentes sociais e com outros guardas prisionais. Estes resultados não espelham completamente a realidade sentida pelos guardas prisionais entrevistados, já que foi partilhado que além das enfermeiras também costumam articular com psiquiatras. Consideram, ao contrário do referido por Hean *et al.* (2017), que há um *feedback* constante entre profissionais.

“(...) somos os primeiros a notar quando algo está a acontecer na clínica (...) falamos primeiro com as enfermeiras (...) com as psiquiatras também (...)” (P7)

A colaboração estreita entre profissionais é essencial para que o tratamento dos indivíduos considerados inimputáveis seja eficaz (Vogel *et al.*, 2013; To *et al.*, 2014), no entanto é mencionado por uma profissional do E.P. que a colaboração deveria ser mais reforçada.

“(...) os profissionais têm objetivos diferentes, por isso muitas vezes não conseguem trabalhar para o mesmo (...) queria que os inimputáveis nos vissem como uma equipa e não como profissionais com propósitos diferentes (...)” (P15)

Visto que os indivíduos nas presentes clínicas ficaram internados por terem cometido um facto criminal sob o efeito de descompensação foi levantada a hipótese que estes indivíduos não tinham tido acesso a cuidados a nível de saúde mental antes do internamento, contudo esta hipótese foi refutada.

“(...) a regra geral é que muitos deles já tiveram tratamento antes do internamento, mas sem sucesso (...) desistiam do tratamento, achavam que já estavam melhores e deixavam de tomar a medicação (...) alguns deles já tinham sido submetidos a um internamento compulsivo (...)” (P15)

Tabela 6

Categorias e subcategorias da análise de conteúdo acerca do tratamento fornecido aos indivíduos considerados inimputáveis

| Categorias | Subcategorias |
|---|-------------------------------------|
| Percepção acerca do tratamento fornecido aos indivíduos considerados inimputáveis | Condições a cumprir pré-tratamento |
| | Âmbito do tratamento |
| | Valências que integram o tratamento |
| | Resposta ao tratamento |
| | Entraves |

Finda a medida de segurança privativa de liberdade é realçada pelos profissionais, tanto na clínica do E.P. como na do H.P., a carência de respostas para a população considerada inimputável. É realçado no Art. 92.º do Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de março que o internamento finda quando o tribunal verificar que cessou o estado de perigosidade criminal que lhe deu origem e o Art. 94.º explora a possibilidade de se aplicar a medida Liberdade para Prova para, assim, fornecer ao indivíduo um período de reintegração na sociedade antes da liberdade definitiva com condições impostas pelo tribunal. Os profissionais entrevistados informam que quando a medida de internamento estiver a cessar é necessário seguir certos procedimentos.

“(...) seis meses antes dos inimputáveis saírem é necessário articular com a Segurança Social para se encontrarem instituições para os ingressar (...) se forem para a família é marcada uma entrevista com a mesma de forma a explicar a Lei de Saúde Mental e a necessidade de irem articulando com o Delegado de Saúde, informa-se sobre o que é o internamento compulsivo caso seja necessário aplicá-lo e que se houver existência de crime que voltam para a clínica (...)” (P8)

“(...) antes de terminar a medida tem que se comunicar à Assessoria Técnica do Tribunal de Execução das Penas (...)” (P12)

“(...) a equipa de reinserção acompanha o caso antes da medida terminar (...)” (P14)

“(...) caso o inimputável não tiver família ou não voltar a ser aceite, é feita uma articulação com o hospital e/ou centro de saúde da zona pela assistente social para assegurar que é fornecido a continuação do tratamento ao indivíduo (...)” (P17)

“(...) é feita uma articulação com assistentes sociais após o terminar o internamento (...) por vezes é decretado pelo tribunal uma condição para o inimputável sair do hospital prisional, que é o Tratamento Ambulatório Compulsivo, o psiquiatra sinaliza a importância deste regime nos relatórios ao tribunal e o Juiz decreta que 2 em 2 meses tem que estar registado que o inimputável está a receber os injetáveis (...)” (P19)

A realidade dos indivíduos considerados inimputáveis após o internamento não é evidenciada positivamente pelos profissionais, apesar de só um dos profissionais referir ter contacto com os utentes após o internamento na Clínica onde desenvolve funções. No entanto, este contacto acontece quando os utentes são transferidos para clínicas não prisionais e o profissional os visita, significando que o contacto com estes indivíduos é anulado quando o internamento se dá como terminado e voltam para a comunidade.

“(...) não temos contacto com os inimputáveis depois do internamento (...)” (P4)
“(...) aqui temos muito contacto com eles, mas depois quando saem deixamos de o ter (...)” (P7)
“(...) às vezes recebo cartas e algumas prendas (...) já me deram uns sapatos (...) também costumo visitá-los quando são transferidos para outras clínicas (...)” (P22)

O que se pretende é que o indivíduo considerado inimputável volte para o seu seio familiar sendo a resposta mais facilitadora e favorável para os profissionais só que por vezes esta deixa de ser possível quando a família não aceita o indivíduo de volta, seja devido ao facto de o crime ter sido cometido contra a mesma, devido à(s) patologia(s) ou então a combinação dos dois fatores, ou quando este não tem família, por exemplo os indivíduos que estavam em situação de sem-abrigo. Quando o retorno ao seio familiar não for possível de ser concebido, as restantes soluções são o ingresso numa instituição, numa Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas (ERPI), se a idade já for avançada, ou, então, num alojamento temporário. A problemática instala-se quando não há vagas para receber estes indivíduos, sendo a única alternativa conseguir um alojamento temporário para o indivíduo através da Linha Nacional de Emergência Social (LNES).

“(...) assegurar o contacto familiar é importante quando possível porque as vagas em instituições são escassas (...)” (P15)

“(...) não existem técnicos de reinserção suficientes para conseguirem assegurar habitação e condições, tal como não existem instituições para acolherem os inimputáveis (...)” (P18)

“(...) o apoio social é inexistente para os inimputáveis (...)” (P19)

Os profissionais mencionam que os indivíduos considerados inimputáveis após o internamento costumam encontrar-se mais em instituições do que no seio familiar. Mesmo quando é possível concretizar a reunificação familiar ou o ingresso numa instituição, os profissionais mencionam que não são respostas ideais.

“(...) mantêm-se compensados durante o internamento, a problemática acontece quando saem e o tratamento não lhes é exigido, as famílias não sabem lidar com eles e a toma de medicação não acontece, é decretado o internamento compulsivo ou voltam para a clínica caso cometam outro crime (...)” (P4)

“(...) os inimputáveis muitas vezes saem e querem voltar, fazem o crime de forma consciente e deixam de ser inimputáveis, vão para regime comum (...)” (P9)

“(...) muitos dizem que quando saírem daqui não vão tomar a medicação (...)” (P11)

“(...) muitas vezes a família também precisava de acompanhamento (...) podem estar presentes famílias disfuncionais (...)” (P12)

“(...) muitos voltam, já que podem desistir do acompanhamento institucional e na reunificação familiar podem desistir do tratamento (...)” (p13)

“(...) estão à sorte deles lá fora (...)” (p15)

No que toca ao que os profissionais acham que deveria ocorrer após o internamento, foi realçado que falta algo não só para manter a compensação a nível de saúde mental após o internamento, mas, também, diminuir a reincidência. As soluções reunidas de certo modo são convergentes e todas têm a mesma mensagem: não deixar esta população desamparada após o internamento e ativar mecanismos para se comprovar que, realmente, estão a continuar a receber tratamento e a proceder à toma da medicação. Foi salientada a necessidade de se aplicar sempre o regime Liberdade para a Prova, sendo uma medida executada na comunidade de forma a fornecer ao indivíduo considerado inimputável um período de reintegração na sociedade com condições impostas pelo tribunal.

“(...) falta algo (...) era preciso que fosse uma equipa na comunidade a trazer os serviços aos inimputáveis, de forma a garantir que se mantêm compensados e assegurar que a rede presta cuidados (...) era importante que uma equipa local fosse averiguar o local de residência dos inimputáveis para ver se existem condições” (P1)

“(...) falta um intermédio entre o internamento e a saída em liberdade, deveria haver uma forma de se comprovar que o indivíduo é totalmente independente e que é capaz de tomar a sua medicação e frequentar as consultas (...)” (P11)

“(...) devia haver um órgão lá fora que impusesse condições e restrições para evitar a descompensação (...)” (P13)

“(...) a Liberdade para a Prova é o mecanismo que se deveria seguir; se o inimputável não vai às consultas deveria ser acionada a polícia ou a equipa de reinserção social para ele voltar à clínica (...)” (P15)

Além desta perspetiva, foi, também, sugerido que fossem inseridos em instituições próprias para a especificidade desta população, nomeadamente para a compensação a nível de saúde mental e a diminuição do nível de risco de reincidência.

“(...) seriam necessárias instituições próprias para acolher estes indivíduos com equipas multidisciplinares (...)” (P23)

A alternativa mais referida foi uma maior e eficiente articulação entre o Serviço Nacional de Saúde, o Instituto de Reinserção Social, o Instituto da Segurança Social, o Ministério Público e os Serviços Prisionais, nomeadamente a DGRSP, já que os profissionais consideraram que falta um intermédio entre o internamento e a saída em liberdade.

“(...) deveria haver uma articulação estreita entre a Reinserção Social e a Segurança Social, uma supervisão eficaz, e um tratamento ambulatorio compulsivo (...)” (P2)

“(...) devia haver uma colaboração mais próxima entre o Ministério Público e o Serviço Nacional de Saúde (...)” (P3)

“(...) deveria existir protocolos com o hospital da zona, centro de saúde e com equipas de reinserção de forma a ser comprovado que o inimputável segue com o tratamento e não descompensa (...)” (P10)

“(…) deveria haver também uma articulação com o Serviço Nacional de Saúde para ser assegurado que os inimputáveis cumprem a medida de tratamento ambulatorio compulsivo após o internamento (…)” (P18)

Tabela 7

Categorias e subcategorias da análise de conteúdo acerca do após o internamento dos indivíduos considerados inimputáveis

| Categorias | Subcategorias |
|---|---|
| Perceção acerca do que ocorre após o internamento | Condições a cumprir antes do término da medida de segurança |
| | Redução do contacto |
| | Reunificação Familiar |
| | Ingresso em Instituições e/ou Lares |
| | Reincidência e/ou abandono do tratamento |
| | Sem resposta |
| Opinião acerca do que deveria ocorrer após o internamento | Maior articulação entre organismos |
| | Supervisão eficaz |
| | Novas entidades |

Os profissionais de ambas as clínicas prisionais de psiquiatria e saúde mental do país alertam para o crescimento do número de internamentos de indivíduos considerados inimputáveis e para o facto de não terem recursos suficientes para os mesmos. Apesar desta limitação é, também, destacado que os utentes se encontram em melhores condições dentro de unidades prisionais do que na comunidade. A problemática mais significativa para esta população parece não se encontrar durante o internamento, mas, sim, após, devido à ausência de uma supervisão eficaz que, posteriormente, pode resultar na falta da toma da medicação se não se aplicar o regime Liberdade para a Prova. Além da desistência do tratamento, a reunificação familiar parece ser encarada com uma grande relevância, mas totalmente dificultada já que uma grande parte dos factos criminosos praticados parecem ser contra a família. Assim, a única solução que resta para estes indivíduos é o ingresso em estruturas institucionais e nem sempre é uma opção facilitadora já que não existem entidades só dedicadas às problemáticas e necessidades desta população e o normativo de acontecer é

haver uma carência de vagas perante o elevado número de indivíduos considerados inimputáveis.

3.4. Discussão

Após a análise dos resultados obtidos através da realização de entrevistas a profissionais do E.P. Santa Cruz do Bispo e do H.P. São João de Deus foram constatadas as necessidades não só clínicas, mas, também, sociais sentidas pela população considerada inimputável.

van Buitenen *et al.* (2020) identificaram na sua amostra de indivíduos considerados inimputáveis que mais de metade destacava ter diagnósticos duplos e sofrer de esquizofrenia. O uso de substâncias, a impulsividade, as deficitárias habilidades sociais e comportamentos disruptivos foram, também, as problemáticas mais evidenciadas na população estudada. Estes resultados sustentam o que foi reunido a partir das respostas dos profissionais dos estabelecimentos prisionais, já que os diagnósticos duplos e a esquizofrenia são as condições mais presentes na população considerada inimputável em Portugal. Relativamente ao que pode suscitar o comportamento violento nestes indivíduos, os diagnósticos duplos ou duais parecem ser um grande preditor de criminalidade (Almeida *et al.*, 2013; van Buitenen *et al.*, 2020; Vaughan, *et al.*, 2000).

Vaughan *et al.* (2000) comentam que o tipo de ofensa ou comportamento desafiante mais praticado nesta população é a violência contra pessoas (incluindo o homicídio). Machado (2020), por sua vez, levanta uma questão relevante ao afirmar que a população considerada inimputável, apesar de não exclusivamente porque há factos criminosos que não são praticados contra pessoas ou, então, que não são praticados contra pessoas da família, parece ser uma maior ameaça para o seu meio familiar do que para a população em geral, sendo um fator que parece estabelecer uma dicotomia entre a inimputabilidade e a imputabilidade. Os profissionais entrevistados fazem menção que se tem observado um aumento considerável de indivíduos considerados inimputáveis com medidas de segurança aplicadas devido à violência doméstica que cometem contra os pais.

Ainda na temática familiar, foi sublinhada a importância de intervir não só na saúde mental do indivíduo, mas, também, na família do mesmo. Os profissionais explicam que é relevante trabalhar a família não só porque existe uma carência de vagas em instituições e, assim, a resposta após o internamento seria mais facilitada, mas, também, porque é referido que têm características disfuncionais e não sabem lidar com a doença mental do próprio. Stübner *et al.* (2006) realça a importância de se trabalhar a família do utente, já que durante o

tratamento deve ser priorizada a intervenção nos fatores de risco de reincidência que sejam dinâmicos, já que são passíveis de serem alterados, sendo o enquadramento familiar e social do indivíduo um dos critérios mais relevantes de serem trabalhados para uma eventual reinserção.

Os profissionais destacaram que o internamento e, conseqüentemente, o tratamento deve realizar-se em clínicas não prisionais, pelo menos quando os indivíduos já não demonstrassem um elevado grau de perigosidade devido à impossibilidade de os conter nestas unidades já que não estão presentes guardas prisionais. Vogel *et al.* (2013) declara que apesar de o tratamento de um indivíduo considerado inimputável ser, preferencialmente, fornecido num hospital, a decisão final deve sempre ter em conta as considerações de segurança pública, da legislação nacional e da disponibilidade de instalações de tratamento.

Os profissionais de ambas as clínicas prisionais do país mencionaram que as clínicas não têm opção de escolha entre aceitar ou rejeitar um utente, mesmo quando consideram não ter espaço para o mesmo, sendo que a partir do momento em que o tribunal decreta que o indivíduo cumpra uma medida de segurança de internamento numa delas a clínica tem que, obrigatoriamente, o aceitar. Os profissionais do E.P. Santa Cruz do Bispo fizeram, ainda, menção a uma sobrelotação, tendo o Comité Europeu para a Prevenção da Tortura já declarado em 2018, quando o número de utentes ainda era mais baixo, a presença de uma sobrelotação na clínica, sendo um fator que impacta negativamente o bem-estar e que impossibilita fornecer tratamento de qualidade devido ao número de utentes ser bastante superior ao número de profissionais (Fellner, 2006). O tratamento acarreta, portanto, riscos de não ser individualizado a cada utente e, conseqüentemente, de não atingir os seus objetivos.

Ainda no mesmo tópico, é curioso refletir acerca da diferença na quantidade de internamentos de indivíduos considerados inimputáveis na Clínica do E.P. Santa Cruz do Bispo em vinte anos, sendo que no estudo de Cunha (2003) é informado que estavam presentes 88 internamentos enquanto que na presente investigação já se evidenciaram 220, um aumento de 150%. Marques (2003) já menciona que em finais de fevereiro de 2003 se encontravam 101 doentes internados, sendo que a capacidade máxima de internamentos nesse ano na Clínica era de 110 internamentos. Em vinte anos a capacidade máxima aumentou de 110 para 250 até 300 internamentos, porém segundo o Comité Europeu para a Prevenção da Tortura a mesma Clínica não demonstrou grandes alterações nas suas infraestruturas no decorrer dos anos.

O ambiente das unidades prisionais forenses, nomeadamente a constante vigilância e as grades, relembram constantemente que os utentes que lá se encontram podem ser perigosos

(Perron & Holmes, 2011). Os profissionais entrevistados fizeram referência à necessidade de se fazerem alterações às infraestruturas das clínicas para diminuir a sensação de estar presente um ambiente prisional e, também, devido à sobrelotação denunciada. Oostermeijer *et al.* (2021) apontam que as estruturas destes contextos têm a possibilidade de reduzir a sensação de reclusão e de contenção de quem lá se encontra. Esta possibilidade pode ser alcançada através de um espaço adequado, sem sobrelotação, com exposição à luz do dia e iluminação apropriada, níveis reduzidos de ruídos desagradáveis, acesso a jardins e instalações recreativas e desportivas, privacidade e o uso de cores, no fundo um ambiente confortável.

Acredita-se que devido ao facto de os profissionais entrevistados considerarem que as clínicas estão sobrelotadas, principalmente no E.P. Santa Cruz do Bispo, a sugestão de ter níveis reduzidos de ruídos desagradáveis nas clínicas seja difícil de concretizar. O facto de os utentes não conseguirem evitar locais aglomerados e o barulho constante contribuem para um comportamento agressivo e, conseqüentemente, para o uso de medidas de contenção (Muir-Cochrane *et al.*, 2015; Oostermeijer *et al.*, 2021). Oostermeijer *et al.* (2021) levantam, ainda, algumas soluções para esta problemática, como usar os espaços disponíveis (como os jardins e/ou salas com baixa estimulação) como uma alternativa a estas medidas.

Kinner *et al.* (2016) evidenciaram que, principalmente, os profissionais de saúde mental acreditam que o isolamento e algumas formas de contenção produzem alguns benefícios como o aumento da segurança não só para os restantes utentes, mas, também, para os profissionais e o estabelecimento de normas a cumprir na clínica. Esta conclusão é muito semelhante à justificação dos profissionais que consideram que o internamento em unidades prisionais forenses é o mais acertado para a população considerada inimputável. No entanto, Kinner *et al.* (2016) alertam que tanto os utentes como os profissionais confessam que estas medidas de contenção acabam por comprometer a relação terapêutica entre ambos e, conseqüentemente, prejudicam o tratamento.

Os profissionais de ambos os estabelecimentos prisionais ressaltam a necessidade de os guardas prisionais receberem formação para melhorarem a sua prática quando estão perante a população considerada inimputável. As equipas de enfermagem protestaram o impacto que a segurança tem na sua prática, já que dependem da autorização e presença dos guardas prisionais para levarem a cabo as suas atividades. Lurigio (2000) explica que os guardas prisionais tipicamente carecem de experiência e conhecimento necessário para lidar com indivíduos com estas especificidades. Perron e Holmes (2011) explicam que os guardas prisionais não costumam ter uma perceção muito favorável dos indivíduos considerados

inimputáveis já que não os distinguem de reclusos, tendo o mesmo sido reportado nas entrevistas realizadas aos profissionais. Seria imprescindível incluir estes profissionais no tratamento destes utentes, já que, como referem Hean *et al.* (2017) e Vogel *et al.* (2013), são os guardas prisionais que têm um maior contacto com esta população o que significa que podem ser as figuras-chave para a motivar para os cuidados de saúde mental. Os guardas prisionais entrevistados referem que costumam ser os primeiros a notar quando está presente uma crise na clínica e são os próprios a alertar os outros profissionais, servindo esta declaração para suscitar a relevância de não subestimar a possibilidade de envolver os guardas prisionais no tratamento dos indivíduos considerados inimputáveis.

No entanto, Brandt (2012) demonstra que fornecer esta formação aos guardas prisionais pode significar uma dicotomia nestes profissionais perante as suas funções já que podem ficar divididos entre a contenção/manter a segurança e fornecer o tratamento. A verdade é que, apesar de estes profissionais não poderem nem deverem ignorar a sua principal função de manter a segurança, são figuras importantes já que podem vir a reconhecer sintomatologia nos utentes que possa estar a ser manifestada, porém como não têm recursos nem formação para atuar acabam por não agir (Brandt, 2012).

Vogel *et al.* (2013) explicam que as perturbações mentais podem impactar negativamente as capacidades cognitivas e resultar em alterações no comportamento, podendo ser interpretado negativamente pelos guardas prisionais como se fosse um comportamento disruptivo e uma não colaboração às suas ordens e rotinas. Devido a esta circunstância foi dada relevância à formação ao *staff*, de forma a aumentar o estado de alerta para um comportamento não normativo o que pode vir a significar um encaminhamento mais precoce para serviços de saúde mental. Apesar de haver estas interpretações erróneas acerca do comportamento dos indivíduos considerados inimputáveis, a verdade é que também podem ocorrer simulações por parte dos utentes (Vogel *et al.*, 2013), sendo relatado pelos profissionais entrevistados que é frequente ocorrer esta simulação para obterem medicação seja para venderem ou para troca de favores.

Esta formação pode ser facilitada através de uma eficiente colaboração entre profissionais, de forma a que se sintam confortáveis em partilhar incertezas e questões acerca de como lidar com indivíduos considerados inimputáveis (To *et al.*, 2014). Os profissionais, na sua maioria, fizeram sobressair que existe uma colaboração entre eles, no entanto é, como já referido, necessário que os guardas prisionais recebam formação, sendo adicionado por Vogel *et al.* (2013) que esta pode ser realizada por profissionais especializados em psiquiatria. Uma profissional entrevistada chegou a adicionar que sente que a equipa presente

na clínica não trabalha para os mesmos objetivos, sendo um entrave para que o tratamento seja eficaz (Vaughan *et al.*, 2000).

Os indivíduos considerados inimputáveis, segundo Lindstedt *et al.* (2004), têm uma baixa capacidade de desempenho ocupacional e participação social. No entanto, os profissionais dos estabelecimentos prisionais partilham a mensagem que está presente a vontade nos indivíduos considerados inimputáveis de se manterem ocupados, nomeadamente com a terapia ocupacional e atividades, mas, mesmo assim, há uma reduzida capacidade de as realizar seja devido aos entraves ou à espera de autorizações e de material necessário.

A sugestão mencionada por alguns profissionais de que, durante o internamento, os indivíduos considerados inimputáveis deveriam ser divididos consoante os factos criminosos cometidos e ingressarem em diferentes estabelecimentos feitos só para estes utentes, pode acarretar outras problemáticas já que criar diversos organismos pode resultar em menos capacidade de fornecer serviços (Vaughan *et al.*, 2000). Criar diversas equipas com diferentes serviços acaba por não ser proficiente já que muitas das necessidades sentidas pelos utentes não são saciadas porque estão fora do alcance das capacidades e serviços fornecidos pelas próprias equipas. Então, a compartimentação dos indivíduos considerados inimputáveis em diferentes grupos mediante o seu sexo, idade, diagnóstico e necessidades é descrito como algo prejudicial já que impossibilita um trabalho mais cooperativo entre especialistas e torna-se mais complexo conseguir saciar as necessidades sentidas pelos utentes já que os serviços se encontram dispersos (Vaughan, et al., 2000).

Lurigio (2000) declara que uma grande parte de programas psiquiátricos são destinados para uma específica problemática, seja para as debilidades cognitivas, para o abuso de substâncias ou então para pessoas com problemas a nível de saúde mental, sendo frequente que cada programa não seja capaz de ajudar indivíduos em mais do que uma problemática. Assim, sabendo através das entrevistas realizadas e da literatura científica (Machado, 2020; Marques, 2003; Streb, *et al.*, 2022) que os indivíduos considerados inimputáveis normalmente apresentam estas três problemáticas simultaneamente prevê-se que compartimentalizar serviços em diversos estabelecimentos significa que poderiam ser privados de receberem o tratamento que saciasse as suas necessidades na sua totalidade.

A presente população acaba por ser, também, alvo de escassez de recursos já que não existem serviços na comunidade que permitam a continuidade dos cuidados (Vaughan, *et al.*, 2000; To, *et al.*, 2014) e não existem organismos próprios para a população considerada inimputável, como referem os profissionais entrevistados. Os serviços comunitários acabam por ser muito restritos, seja devido à falta de vagas ou, então, ao estigma associado ao

diagnóstico e comportamento (Hoge, 2022; Vaughan, *et al.*, 2000). Assim, como refere Hoge (2022) estes indivíduos acabam por se encontrar num ciclo vicioso de descompensação, reincidência e de sanções criminais.

Blackburn (2004) aponta que a supervisão durante a liberdade condicional, o que equivale ao regime Liberdade para a Prova em Portugal, diminui substancialmente mais a reincidência dos indivíduos considerados inimputáveis do que se apenas tivessem sido colocados em liberdade sem normas a cumprir. Salienta, ainda, que o tratamento após o internamento não só melhora a qualidade de vida da presente população, não os deixando desamparados como refere um dos profissionais entrevistados, mas, também, protege a sociedade, ao assegurar que o indivíduo continua a proceder à toma de medicação e a receber o tratamento.

Os resultados das entrevistas realizadas acerca da população considerada inimputável em Portugal coincidem, na sua maioria, com os resultados de estudos científicos acerca da mesma população, mas em diferentes contextos, significando que apesar de esta população ser singular, as suas realidades e necessidades sentidas parecem ser aproximadas, sendo um ponto crucial para se dar início ao desenho de intervenções destinadas, unicamente, para indivíduos considerados inimputáveis.

No entanto, não foi possível responder na sua totalidade se a integração ou reinserção dos indivíduos considerados inimputáveis na sociedade é possível após o internamento, em Portugal, já que a maioria dos profissionais não tem conhecimento acerca do que acontece aos indivíduos considerados inimputáveis após o internamento. Devido a esta circunstância, seria imprescindível em futuros estudos reunir a perceção de técnicos de equipas de reinserção social pertencentes à Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) e captar como é realizada a reinserção de indivíduos considerados inimputáveis. Devido às necessidades e fragilidades apontadas ao longo da investigação a reinserção aparenta ser deveras complexa já que as respostas sociais são muito limitadas em termos de vagas e não existem organismos apenas direcionados a esta população.

CONCLUSÃO

Foram delineados diferentes objetivos para a presente investigação, como compreender se a realidade da população considerada inimputável internada em unidades prisionais forenses é, ou não, ajustada às necessidades destes indivíduos a partir da perceção dos profissionais dos estabelecimentos prisionais. É uma questão relevante já que se levantou a hipótese de que se o tratamento for, realmente, satisfatório durante o internamento há uma maior probabilidade da realidade destes indivíduos após o internamento também o ser. No entanto, parece que esta relação é mais complexa do que realmente aparenta ser.

Para responder à questão central de investigação, “Qual é a perceção dos profissionais dos estabelecimentos prisionais acerca dos inimputáveis?”, foi realizada uma revisão sistemática da literatura e foram feitas entrevistas a profissionais cujas funções exigem o contacto com indivíduos considerados inimputáveis internados em unidades prisionais forenses. Chegou-se, portanto, à conclusão que esta população tem fragilidades específicas, não só clínicas, mas, também, sociais. O que se reuniu na teoria parece coincidir com a prática, já que a população considerada inimputável, não só, mas, também, em Portugal, costuma apresentar diagnósticos duplos, ter diagnóstico de esquizofrenia, ter um enquadramento familiar e social nada favorável, ser uma população estigmatizada (devido à prática de factos criminais e à doença mental) e ter uma maior probabilidade de passar mais tempo internada do que encarcerada se estivesse a cumprir uma pena.

Perante esta última problemática, uma nova reforma à Lei de Saúde Mental foi aprovada e ambiciona-se aplicá-la até 2026. Esta reforma, a Proposta de Lei n.º 24/XV/1.^a que se concretizou na Lei n.º 35/2023, de 21 de julho, tenta dar como terminada a duração ilimitada do internamento, nomeadamente as renovações sucessivas das medidas de segurança privativas da liberdade, e priorizar o tratamento em ambulatório, no entanto o que acontece a estes indivíduos após o internamento continua a ser um problema significativo e um risco para a segurança pública.

O tratamento durante o internamento apesar de visar a compensação a nível de saúde mental, é referido pelos profissionais que é difícil a manter quando se encontram em comunidade já que é frequente deixarem de tomar a medicação e de irem às consultas. Assim, há um elevado risco de reincidência criminal nestes indivíduos quando não é decretada uma medida de segurança não privativa de liberdade após o internamento, sendo da opinião dos profissionais que a medida Liberdade para a Prova devia ser sempre aplicada. Se assim acontecesse seria fornecido aos indivíduos considerados inimputáveis um período de tempo na comunidade com condições impostas pelo tribunal para averiguar se o indivíduo é

realmente capaz de prosseguir o seu tratamento. Sendo que uma das características mais evidenciadas nesta população são os diagnósticos duplos é relevante que se integre na intervenção a prevenção de recaídas e que se dê a continuação do tratamento destas dependências após o internamento já que, como é evidenciado ao longo do presente estudo, pode potenciar a probabilidade de se realizarem novos factos criminosos.

Ao desistir do tratamento, tanto o próprio indivíduo como a comunidade, nomeadamente a sua segurança, ficam fragilizados, sendo, portanto, um problema emergente. O que acaba por potenciar esta problemática é o aumento constante de indivíduos considerados inimputáveis com medidas de segurança aplicadas ao longo dos anos, sendo que continuam a não existir respostas para esta população após o internamento. Assim, a partir do momento que estes indivíduos se ausentam das unidades forenses há uma probabilidade de não terem apoio familiar nem social acarretando o risco do desemprego, de não terem um local de habitação e de acabarem por reincidir criminalmente.

Os profissionais de ambas as clínicas prisionais onde se realizam os internamentos a indivíduos considerados inimputáveis em Portugal sugeriram algumas alternativas face à realidade após o internamento. Foi salientada a necessidade de uma colaboração estreita entre o Serviço Nacional de Saúde, o Instituto de Reinserção Social, o Instituto da Segurança Social, o Ministério Público e os Serviços Prisionais, nomeadamente a DGRSP, para tornar possível a reinserção do indivíduo em sociedade e para se assegurar que dá continuação ao seu tratamento, ou seja, que se faça uma supervisão eficiente e que haja respostas a nível social para o próprio. Além desta articulação, foi, também, dada relevância a equipas comunitárias que fizessem a ponte para o tratamento e a toma da medicação. No fundo, foi sentido pelos profissionais que falta um intermédio entre o internamento e a saída em liberdade, devendo estar presente um organismo que evitasse a descompensação.

Uma das limitações sentidas na elaboração da presente investigação foi o facto de os estudos científicos, portugueses ou não, acerca da população considerada inimputável em Portugal serem bastante escassos, sendo que houve a necessidade de se debruçar em dissertações de mestrado e teses de doutoramento acerca desta temática para obter informação relativamente às características da presente população. Esta carência de estudos dá a entender que esta população acaba por ser esquecida a partir do momento em que ingressam em unidades forenses, no entanto esta população necessita de soluções que sejam funcionais e que representem um equilíbrio entre a segurança e o tratamento durante o internamento. Além do internamento, os indivíduos considerados inimputáveis precisam de auxílio na sua autonomia fíada a medida de segurança privativa de liberdade, já que o apoio

familiar costuma ser pouco provável e, simplesmente, não existem respostas para os mesmos que saiem as suas necessidades nem a nível social nem a nível de saúde mental.

Ao longo da presente investigação foram reunidas as características mais prevalentes e as necessidades sociais e clínicas dos indivíduos considerados inimputáveis tal como a perspectiva dos profissionais cujas funções exigem o contacto com esta população. Pretende-se, através dos dados levantados, suscitar a relevância de se desenvolver mais estudos acerca da inimputabilidade em Portugal para, assim, tornar a realidade da presente população funcional e adequada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, F., Moreira, D., Moura, H., & Mota, V. (2013). Psicose Esquizofrénica e Recidiva Criminal – importância dos programas de acompanhamento em ambulatório dos inimputáveis – um estudo de caso. *Atas do VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, 1212–1220. <http://hdl.handle.net/10400.24/452>
- Alves, S. M. (2018). A execução da medida de segurança de internamento: uma reflexão sobre a sua estrutura dogmática e compreensão prática, no contexto do Direito Criminal centrado na perigosidade. [Master's dissertation, Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa]. Retrieved from Repositório da Universidade de Lisboa: <http://hdl.handle.net/10451/39791>
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal justice and Behavior*, 17(1), 19–52. <https://doi.org/10.1177/0093854890017001004>
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, S. J. (2000). Level of service/case management inventory: LS/CMI. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Azenha, S. S. D. (2014). Internamento e tratamento compulsivos em pessoas com perturbação mental : estudo das atitudes éticas [Doctoral thesis, Instituto de Bioética]. Retrieved from Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa: <http://hdl.handle.net/10400.14/18579>
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Editora Edições 70.
- Blackburn, R. (2004). “What works” with mentally disordered offenders. *Psychology, Crime & Law*, 10(3), 297–308. <https://doi.org/10.1080/10683160410001662780>
- Bland, R. C., Newman, S. C., Dyck, R. J., & Orn, H. (1990). Prevalence of psychiatric disorders and suicide attempts in a prison population. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 35(5), 407–413. <https://doi.org/10.1177/070674379003500508>

- Büsselmann, M., Titze, L., Lutz, M., Dudeck, M., & Streb, J. (2021). Measuring the quality of life in forensic psychiatric hospitals. *Frontiers in Psychology*, *12*, 701231. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.701231>
- Costa, J. (2011). A relevância jurídico-penal das perturbações da personalidade no contexto da inimputabilidade. *Revista Julgar da Associação Sindical dos Juizes Portugueses*, *15*, 53–81
- Council of Europe (2006). *European Prison Rules*. Council of Europe Publishing: Strasbourg, France.
- CPT (2013). *Report to the Portuguese Government on the visit to Portugal carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 7 to 16 February 2012*. Strasbourg: Council of Europe. Retrieved from: <https://rm.coe.int/16806979c2>
- CPT (2018). *Report to the Portuguese Government On the visit to Portugal carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 27 September to 7 October 2016*. Strasbourg: Council of Europe. Retrieved from: <https://rm.coe.int/168078e1c8>
- Cunha, S. M. P. A. L. (2003). Esquizofrenia e crime: Contributo para o estudo da agressividade dos inimputáveis perigosos. [Master's Thesis, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto]. Retrieved from Repositório Aberto da Universidade do Porto: <https://hdl.handle.net/10216/9825>
- Curado, M. (2007). O ataque aos tribunais pelos psiquiatras portugueses de oitocentos. *Diacrítica, Filosofia e Cultura*, *21*(2), 103–115 <https://hdl.handle.net/1822/12519>
- De Vogel, V., De Ruiter, C., Bouman, Y., & de Vries Robbé, M. (2009). Structured assessment of protective factors for violence risk. *BMC Psychiatry*. <https://doi.org/10.1037/t49538-000>

- Decreto-Lei n.º 194/94 do Ministério da Justiça (1994). *Diário da República*: Série I-A, n.º 165. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1994/07/165a00/39023906.pdf>
- Decreto-Lei n.º 3/2014 do Ministério da Justiça (2014). *Diário da República*: Série I, n.º 6. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2014/01/00600/0007100086.pdf>
- Decreto-Lei n.º 469/88 do Ministério da Justiça (1988). *Diário da República*: Série I, n.º 290. <https://files.dre.pt/1s/1988/12/29000/49724975.pdf>
- Decreto-Lei n.º 48/95 do Ministério da Justiça (1995). *Diário da República*: Série I-A, n.º 63. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1995/03/063a00/13501416.pdf>
- Despacho n.º 12406/2019 do Ministério da Justiça e Ministério da Saúde (2019). *Diário da República*: Série II, n.º 249. <https://files.dre.pt/2s/2019/12/249000000/0006100061.pdf>
- Di Mizio, G., Bolcato, M., Rivellini, G., Di Nunzio, M., Falvo, V., Nuti, M., Enrichens, F., Lucania, L., Di Nunno, N. & Clerici, M. (2022). Protection of Prisoners with Mental Health Disorders in Italy: Lights and Shadows after the Abolition of Judicial Psychiatric Hospitals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), 9984. <https://doi.org/10.3390/ijerph19169984>
- DiCicco-Bloom, B., & Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical education*, 40(4), 314–321. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x>
- Dressing, H., & Salize, H. J. (2009). Pathways to psychiatric care in European prison systems. *Behavioral Sciences & the Law*, 27(5), 801–810. <https://doi.org/10.1002/bsl.893>
- Esteves, A. (2019). Crime e alienação no Portugal de finais do século XIX e inícios do século XX. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, 11(21), 116–137. <https://doi.org/10.14295/rbhcs.v11i21.554>

- Fazel, S., & Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *The Lancet*, 377(9769), 956–965.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61053-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61053-7)
- Fazel, S., Bains, P., & Doll, H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*, 101(2), 181–191.
<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01316.x>
- Fellner, J. (2006). A corrections quandary: Mental illness and prison rules. *Harv. CR-CLL Rev.*, 41, 391.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon & Schuster
- *Hean, S., Ødegård, A., & Willumsen, E. (2017). Improving collaboration between professionals supporting mentally ill offenders. *International Journal of Prisoner Health*, 13(2), 91–104. <https://doi.org/10.1108/IJPH-12-2016-0072>
- Hoge, S. K. (2022). Providing transition and outpatient services to the mentally ill released from correctional institutions. *Public health behind bars: From prisons to communities*, 445–460. http://doi.org/10.1007/978-0-387-71695-4_26
- International Centre for Prison Studies (2004). *Prison Health and Public Health: The integration of Prison Health Services. Report from a conference*. London: Department of Health and the International Centre for Prison Studies. Retrieved from: https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/prison_health_4.pdf
- Jones, S. L., & Mason, T. (2002). Quality of treatment following police detention of mentally disordered offenders. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 9(1), 73–80.
<https://doi.org/10.1046/j.1351-0126.2001.00445.x>
- Kinner, S. A., Harvey, C., Hamilton, B., Brophy, L., Roper, C., McSherry, B., & Young, J. T. (2017). Attitudes towards seclusion and restraint in mental health settings: findings

- from a large, community-based survey of consumers, carers and mental health professionals. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(5), 535–544.
<https://doi.org/10.1017/S2045796016000585>
- Laios, K., Michaleas, S. N., & Karamanou, M. (2020). Ethics in Mental Disorder Treatment: How Ancient Greece Contributed to Modern Psychiatry. *Erciyes Medical Journal*, 42(1), 117–118. <https://doi.org/10.14744/etd.2019.75547>
- Lei n.º 166/99 da Assembleia da República (1999). *Diário da República*: Série I-A, n.º 215.
<https://files.dre.pt/1s/1999/09/215a00/63206351.pdf>
- Lei n.º 115/2009 da Assembleia da República (2009). *Diário da República*: Série I, n.º 197.
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2009/10/19700/0742207464.pdf>
- Lei n.º 35/2023 da Assembleia da República (2023). *Diário da República*: Série I, n.º 141.
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/07/14100/0000200023.pdf>
- Lei n.º 36/98 da Assembleia da República (1998). *Diário da República*: Série I-A, n.º 169.
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/1998/07/169a00/35443550.pdf>
- Lindstedt, H., Grann, M., & Söderlund, A. (2011). Mentally disordered offenders' daily occupations after one year of forensic care. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18(4), 302–311. <https://doi.org/10.3109/11038128.2010.525720>
- *Lindstedt, H., Söderlund, A., Stålenheim, G., & Sjöden, P. O. (2004). Mentally disordered offenders' abilities in occupational performance and social participation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 11(3), 118–127.
<http://doi.org/10.1080/11038120410020854>
- Link, B. G., Phelan, J. C., & Hatzenbuehler, M. L. (2014). Stigma and social inequality. *Handbook of the social psychology of inequality*, 49–64.
https://doi.org/10.1007/978-94-017-9002-4_3

- Lurigio, A. J. (2000). Persons with serious mental illness in the criminal justice system: Background, prevalence, and principles of care. *Criminal Justice Policy Review*, 11(4), 312–328. <https://doi.org/10.1177/0887403400011004003>
- Lutz, M., Zani, D., Fritz, M., Dudeck, M., & Franke, I. (2022). A review and comparative analysis of the risk-needs-responsivity, good lives, and recovery models in forensic psychiatric treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 988905. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.988905>
- Machado, C. I. P. (2020). O doente mental e o crime, uma perspectiva global da inimputabilidade em Portugal. [Master's dissertation, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Retrieved from Repositório Comum: <https://hdl.handle.net/10216/128120>
- Marques, E. T. (2003). Da loucura à doença mental da doença mental à inimputabilidade: Avaliação de doentes esquizofrénicos inimputáveis internados numa clínica psiquiátrica em meio prisional. [Master's dissertation, Instituto Superior de Psicologia Aplicada]. Retrieved from Repositório do ISPA: <http://hdl.handle.net/10400.12/644>
- McInerney, T., & Minne, C. (2004). Principles of treatment for mentally disordered offenders. *Crim. Behav. & Mental Health* 14, 14. <https://doi.org/10.1002/cbm.608>
- Muir-Cochrane, E. C., Baird, J., & McCann, T. V. (2015). Nurses' experiences of restraint and seclusion use in short-stay acute old age psychiatry inpatient units: A qualitative study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22(2), 109–115. <https://doi.org/10.1111/jpm.12189>
- Navalho, F., Neves, A. C., & Silva, A. C. (2018). A avaliação de risco e a prevenção da reincidência nas penas de execução na comunidade em Portugal. *Sombras e Luzes*, 1, 47–62.

- Oostermeijer, S., Brasier, C., Harvey, C., Hamilton, B., Roper, C., Martel, A., Fletcher, J., & Brophy, L. (2021). Design features that reduce the use of seclusion and restraint in mental health facilities: A rapid systematic review. *BMJ open*, *11*(7), e046647. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046647>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., Stewart, L. A., Thomas, J., Tricco, A. C., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, *372*(71), 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Peloso, P. F., D'Alema, M., & Fioritti, A. (2014). Mental health care in prisons and the issue of forensic hospitals in Italy. *The Journal of nervous and mental disease*, *202*(6), 473–478. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000147>
- *Perron, A., & Holmes, D. (2011). Constructing mentally ill inmates: Nurses' discursive practices in corrections. *Nursing inquiry*, *18*(3), 191–204. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2011.00526.x>
- Slemon, A., Jenkins, E., & Bungay, V. (2017). Safety in psychiatric inpatient care: The impact of risk management culture on mental health nursing practice. *Nursing Inquiry*, *24*(4), e12199. <https://doi.org/10.1111/nin.12199>
- Streb, J., Lutz, M., Dudeck, M., Klein, V., Maaß, C., Fritz, M., & Franke, I. (2022). Are women really different? Comparison of men and women in a sample of forensic psychiatric inpatients. *Frontiers in Psychiatry*, *13*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.857468>
- *Stübner, S., Groß, G., & Nedopil, N. (2006). Inpatient risk management with mentally ill offenders: Results of a survey on clinical decision-making about easing restrictions.

Criminal Behaviour and Mental Health, 16(2), 111–123.

<https://doi.org/10.1002/cbm.619>

*To, W. T., Vandeveld, S., Soye, V., De Smet, S., Boers, A., & Vanheule, S. (2014).

Treatment perspectives on interned mentally ill offenders in a forensic psychiatric center (FPC): a Delphi study on experts' opinions. *Psychology, crime & law*, 20(1), 61–77. <https://doi.org/10.1080/1068316X.2012.736511>

To, W. T., Vanheule, S., De Smet, S., & Vandeveld, S. (2015). The treatment perspectives of

mentally ill offenders in medium-and high-secure forensic settings in Flanders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 59(14), 1605–1622. <https://doi.org/10.1177/0306624X14566355>

Toader, E. C. (2022). *A Inimputabilidade em razão de anomalia psíquica e a medida de*

segurança de internamento. [Master's dissertation, Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna]. Retrieved from Repositório Comum: <http://hdl.handle.net/10400.26/40406>

*Vaughan, P. J., Pullen, N., & Kelly, M. (2000). Services for mentally disordered offenders in

community psychiatry teams. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 11(3), 571–586. <https://doi.org/10.1080/09585180010004829>

van Buitenen, N., Meijers, J., van den Berg, C. J. W., & Harte, J. M. (2021). Risk factors of

violent offending in mentally ill prisoners with autism spectrum disorders. *Journal of psychiatric research*, 143, 183–188. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.09.010>

van Buitenen, N., van den Berg, C. J., Meijers, J., & Harte, J. M. (2020). The prevalence of

mental disorders and patterns of comorbidity within a large sample of mentally ill prisoners: A network analysis. *European Psychiatry*, 63(1), e63, 1–12. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.63>

- Vogel, T., Lanquillon, S., & Graf, M. (2013). When and why should mentally ill prisoners be transferred to secure hospitals: a proposed algorithm. *International journal of law and psychiatry*, 36(3-4), 281–286. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.04.021>
- Völlm, B. A., Clarke, M., Herrando, V. T., Seppänen, A. O., Gosek, P., Heitzman, J., & Bulten, E. (2018). European Psychiatric Association (EPA) guidance on forensic psychiatry: Evidence based assessment and treatment of mentally disordered offenders. *European Psychiatry*, 51, 58–73. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.12.007>
- Ward, T. (2002). Good lives and the rehabilitation of offenders: Promises and problems. *Aggression and Violent Behavior*, 7(5), 513-528. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(01\)00076-3](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(01)00076-3)
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). *HCR-20: Assessing the risk of violence (Version 2)*. Canada: Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University.

ANEXOS

ANEXO 1.

AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO-GERAL DE REINserÇÃO E SERVIÇOS PRISIONAIS (DGRSP)

Exmo(a) Senhor(a)
Dra. Ana Raquel Correia Cardoso
38594@ufp.edu.pt

| V/ referência | N/ referência | Ofício N.º | Data |
|---------------|---------------|------------|------------|
| | | 47/CCCRE | 09.03.2023 |

Assunto: Investigação académica para Mestrado em Psicologia da Justiça na Universidade Fernando Pessoa

Tenho a honra de informar V. Exa que, por despacho do Sr. Diretor-Geral, Prof. Doutor Rui Abrunhosa Gonçalves, datado de 8/03/2023, está autorizada, no âmbito do Mestrado em Psicologia da Justiça na Universidade Fernando Pessoa, a realizar a investigação académica junto dos profissionais do EP Santa Cruz do Bispo masculino e do Hospital Prisional de São João de Deus.

Considerando o interesse do projeto, este estudo, foi autorizado, mediante as seguintes condições:

- a calendarização e modo de organização da pesquisa seja acordada com a Direção do Estabelecimento Prisional, por forma a que se conciliem os objetivos académicos com a exequibilidade do trabalho, sem perturbação do quotidiano;
- o desenvolvimento do estudo esteja sempre dependente da disponibilidade dos profissionais para colaborarem, reservando-se-lhes o direito de, a qualquer momento, poderem interromper a sua cooperação, o mesmo se passando relativamente à gravação áudio das entrevistas;
- a investigadora fique obrigada a preservar o anonimato dos dados e das pessoas que venham a cooperar;

Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais

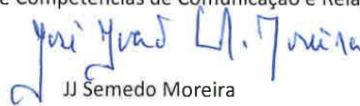
Morada 1: Travessa Cruz do Torel, 1 – 1150-122 Lisboa
Morada 2: Rua Braamcamp, 90 – 1250-012 Lisboa
Tel. (+351) 218 812 200 | Fax (+351) 218 853 653
correio.dgrsp@dgrsp.mj.pt | dgrsp.justica.gov.pt

Centro de Competências de Comunicação e Relações Externas
Travessa Cruz do Torel, 1 – 1150-122 Lisboa
Tel. (+351) 218 812 200 | Fax (+351) 218 853 653
cccre@dgrsp.mj.pt

- do resultado final do trabalho, deve ser remetida cópia ao Centro de Competências de Comunicação e Relações Externas.

Com os melhores cumprimentos,

O Chefe do Centro de Competências de Comunicação e Relações Externas


JJ Semedo Moreira

ML/2022

Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais

Morada 1: Travessa Cruz do Torel, 1 – 1150-122 Lisboa
Morada 2: Rua Braamcamp, 90 – 1250-012 Lisboa
Tel. (+351) 218 812 200 | Fax (+351) 218 853 653
correio.dgrsp@dgrsp.mj.pt | dgrsp.justica.gov.pt

Centro de Competências de Comunicação e Relações Externas
Travessa Cruz do Torel, 1 – 1150-122 Lisboa
Tel. (+351) 218 812 200 | Fax (+351) 218 853 653
cccce@dgrsp.mj.pt

ANEXO 2.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, que exerço o cargo de _____ no local _____ aceito cooperar de livre vontade na investigação da autoria de Ana Raquel Correia Cardoso como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Justiça: Vítimas de Violência e de Crime pela Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa. Declaro que tomei conhecimento dos objetivos do estudo, fui informado/a de todos os aspetos que considero importantes e tive a oportunidade de esclarecer as minhas dúvidas sobre a investigação. Aceito responder a uma entrevista relativa ao tema “Inimputabilidade em Portugal sob a Perceção dos Profissionais dos Estabelecimentos Prisionais” e fui informado/a de que a minha participação, a sua interrupção, ou recusa em participar, não traria quaisquer benefícios ou prejuízos. Desta forma, encontrando-me esclarecido/a e aceito participar na presente investigação,

Assinatura do participante: _____

Data ___/___/___

ANEXO 3.

GUIÃO DE ENTREVISTA

PERFIL DO ENTREVISTADO:

Nome: _____

Sexo: Masculino __ Feminino __ Idade: __

Profissional do Estabelecimento Prisional: _____

Cargo no Estabelecimento Prisional: _____

Anos de Serviço: __ Formação: _____

INIMPUTABILIDADE EM PORTUGAL SOB A PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DOS ESTABELECIMENTOS PRISIONAIS:

1. Como caracteriza a vivência dos inimputáveis no vosso Estabelecimento Prisional?
2. Relativamente ao seu cargo no Estabelecimento Prisional, que funções implicam o contacto com os inimputáveis?
3. Durante o internamento, os inimputáveis são sujeitos a algum tipo de programas ou atividades? Quais?
4. Durante o internamento, que tipo de recursos são fornecidos aos inimputáveis?
5. Porque é que há inimputáveis internados em estabelecimentos prisionais? Qual é a sua opinião acerca desta medida?
6. Como caracteriza os inimputáveis após o internamento? Costumam ter ajuda de instituições, família e/ou amigos para necessidades básicas (como a alimentação e residência)?
7. Considera que os inimputáveis têm os recursos necessários para se manterem compensados após o internamento?
8. Os inimputáveis costumam ser acompanhados por profissionais após a saída do Estabelecimento Prisional? De que forma?
9. Os apoios fornecidos aos inimputáveis durante o internamento promovem a inserção? E a compensação? De que forma?

10. Considera haver a necessidade de existir outra alternativa que promova a funcionalidade, a inserção social e a melhoria de vida destes indivíduos além do internamento em Clínicas de Psiquiatria? Porquê?
11. Que funcionalidades deveriam ser incluídas para que fosse possível promover tanto a inserção social como a compensação a nível de saúde mental?
12. Ao longo dos seus anos de serviço, tem alguma experiência em particular que gostaria de partilhar?

ANEXO 4.

CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DE ANÁLISE DE CONTEÚDO

Tabela 8

Matriz Referente às Categorias e Subcategorias de Análise de Conteúdo

| Categorias | Subcategoria | Registo Semântico |
|---|-----------------------------|--|
| Perceção acerca das Clínicas Prisionais de Psiquiatria e Saúde Mental | Quantidade de internamentos | <p>Existe sobrelotação (P1; P2; P5; P7; P17)</p> <p><i>“(…) têm que fazer uma fila para tudo, parece um contentor de pessoas (…)” (P1)</i></p> <p><i>“(…) a confusão é diária (…)” (P2)</i></p> <p><i>“(…) às vezes basta um ir contra o outro para se chatearem, tenho que intervir e explicar que foi um acidente (…)” (P5)</i></p> <p><i>“(…) há muitos conflitos entre eles, são muitas pessoas num só sítio (…)” (P7)</i></p> <p><i>“(…) torna-se complicado porque faltam camas na clínica, por vezes é preciso pedir ao pavilhão clínico (…)” (P17)</i></p> <p>Não existe sobrelotação (P12)</p> <p><i>“(…) não há sobrelotação, os profissionais queixam-se (…)” (P12)</i></p> |

| | | |
|--|-----------------------------|--|
| | Adequação de estruturas | <p>São necessárias melhores condições (P1; P2; P9)</p> <p><i>“(...) deveriam melhorar as infraestruturas (...)” (P1)</i></p> <p><i>“(...) é preciso estarem presentes melhores condições (...)” (P2)</i></p> <p><i>“(...) a clínica tem estruturas muito antigas (...)” (P9)</i></p> <p>As estruturas não são adequadas para o tratamento (P11; 15)</p> <p><i>“(...) faltam estruturas adequadas para os utentes (...)” (P11)</i></p> <p><i>“(...) sente-se uma tensão por causa das grades e dos portões (...)” (P15)</i></p> |
| | Disponibilidade de recursos | <p>Sem recursos para a intervenção (P18; P20)</p> <p><i>“(...) não há programas vocacionados para as dependências por falta de recursos (...)” (P18)</i></p> <p><i>“(...) é necessária uma reestruturação e mais recursos para conseguirmos dar uma melhor resposta aos inimputáveis tanto em quantidade como em qualidade (...)” (P20)</i></p> |

| | | |
|--|---|---|
| | | <p>Sem recursos para transferir os utentes para unidades não prisionais (P24)</p> <p><i>“(...) não há recursos económicos, para o Serviço Nacional de Saúde aceitar o inimputável é preciso pagar por ele (...)” (P24)</i></p> |
| <p>Opinião acerca de onde devam ocorrer os internamentos</p> | <p>Clínicas de Psiquiatria e Saúde Mental</p> | <p>É priorizado o encaminhamento (P18; P19; P23)</p> <p><i>“(...) o Serviço Nacional de Saúde por vezes ajuda ao informar quando existem vagas para distribuir os inimputáveis pelas três clínicas não prisionais (...) quando compensarem deviam ir logo para o SNS (...)” (P18)</i></p> <p><i>“(...) o internamento deveria ser feito em unidades seguras e forenses no Serviço Nacional de Saúde, mas estão bastante cheias, costumamos encaminhar para lá utentes quando existem vagas (...)” (P19)</i></p> <p><i>“(...) costumam ser encaminhados os que estão estabilizados e compensados para unidades forenses (...) os inimputáveis não deveriam estar presos (...)” (P23)</i></p> <p>Melhor percecionadas (P20)</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | | <p><i>“(...) deviam de estar em unidades forenses (...) as unidades forenses são melhor geridas e têm melhores meios para a articulação com outros serviços (...)” (P20)</i></p> <p><i>“(...) não se compara, as enfermeiras têm muito mais autonomia (...) lá não há guardas e é um contexto completamente diferente (...)” (P17)</i></p> |
| | Clínicas Prisionais de Psiquiatria e Saúde Mental | <p>Mais seguras para o nível de perigosidade (P3; P13; P15; P18)</p> <p><i>“(...) o internamento prisional é o mais acertado até porque se se encontram num grau de perigosidade elevado vão receber um melhor tratamento em clínicas prisionais porque temos medidas de contenção, o que não acontece em hospitais porque os seguranças não podem tocar nos utentes (...)” (P3)</i></p> <p><i>“(...) encontram-se mais inimputáveis em clínicas prisionais porque acaba por ser o mais seguro, temos guardas prisionais para pessoas com um grau acrescido de perigosidade (...)” (P13)</i></p> <p><i>“(...) há mais vigilância cá, apesar de ser um ambiente prisional (...)” (P15)</i></p> <p><i>“(...) os indivíduos mais perigosos devem estar nas clínicas prisionais (...)” (P18)</i></p> |
| | Alternativas | <p>Maior número de vagas em unidades forenses (P2; P19)</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p><i>“(...) deveriam existir mais vagas em unidades hospitalares (...)” (P2)</i></p> <p><i>“(...) é necessário abrir a mentalidade da sociedade e ter mais vagas em clínicas não prisionais do Serviço Nacional de Saúde (...)” (P19)</i></p> <p>Separação de utentes (P5; P15)</p> <p><i>“(...) deviam estar mais separados, deviam ser criados diversos estabelecimentos só para eles e, assim, seriam separados consoante os crimes que cometeram (...)” (P5)</i></p> <p><i>“(...) não apoio a segregação, mas acho que devia haver uma divisão terapêutica e não estrutural, assim o tratamento passava a fazer mais sentido (...)” (P15)</i></p> <p>Novas entidades (P7; P8; P11; P13; P15)</p> <p><i>“(...) penso que deveria haver um espaço maior com um maior acompanhamento, uma unidade mais aberta para os que estão compensados e uma mais fechada e com normas mais apertadas para um nicho de inimputáveis que são mais problemáticos (...)” (P7)</i></p> |
|--|--|---|

| | | |
|---|----------------------------|---|
| | | <p><i>“(...) o mais acertado seria seguirmos o exemplo da Itália, o tratamento lá é personalizado à específica perturbação (...)” (P8)</i></p> <p><i>“(...) não deveria haver um regime misto, deve haver segurança mas, uma vigilância mais aberta para não haver entraves, sem celas, um hospital psiquiátrico dentro do estabelecimento prisional (...)” (P11)</i></p> <p><i>“(...) devia haver uma instituição com medidas contidas, de forma a não prejudicar a segurança, e dedicadas às atividades com os utentes sem haver uma grande espera para autorizações (...)” (P13)</i></p> <p><i>“(...) deveria haver uma solução fora do ambiente prisional, num hospital psiquiátrico preparado para atender as necessidades desta população, ao desajuste comportamental (...)” (P15)</i></p> |
| <p>Perceção acerca dos indivíduos considerados inimputáveis</p> | <p>Vivência na Clínica</p> | <p><i>“(...) a realidade deles é triste, desamparada e solitária (...)” (P1)</i></p> <p><i>“(...) temos uma população muito doente, envelhecida e cada vez mais dependente (...)” (P3)</i></p> <p><i>“(...) muitos deles são crianças em corpo de adultos (...) um disse-me que parecia que estava na creche (...) os mais fortes aproveitam-se dos mais frágeis (...) a maioria deles tem noção do que fizeram (...)” (P5)</i></p> <p><i>“(...) são indivíduos manipuladores porque querem atenção e muitas vezes pedem medicação a mais do que uma enfermeira para depois venderem ou para troca de favores (...)” (P9)</i></p> |

| | | |
|--|-------------------|--|
| | | <p><i>“(...) gostam de estar entretidos, são bem capazes (...)” (P11)</i></p> <p><i>“(...) costumam perguntar quando é que saem e porque é que tomam a medicação, é preciso sentar-me com eles e explicar (...)” (P17)</i></p> <p><i>“(...) os inimputáveis no piso dos agudos não percebem o porquê de estarem aqui, estão sempre a perguntar o que estão aqui a fazer e quando é que se vão embora (...)” (P19)</i></p> <p><i>“(...) o que eles querem é estar entretidos (...)” (P24)</i></p> |
| | <p>Patologias</p> | <p><i>“(...) costumam ter patologias duais (...)” (P3)</i></p> <p><i>“(...) a esquizofrenia e a debilidade mental são as patologias mais prevalentes (...) a reestruturação cognitiva é muito difícil em débeis mentais (...) com a idade a capacidade delirante desce ao mesmo tempo que aumenta o quadro demencial (...)” (P8)</i></p> <p><i>“(...) muitos têm diagnósticos de esquizofrenia (...)” (P13)</i></p> <p><i>“(...) temos mais casos de esquizofrenia de de debilidade mental (...) os indivíduos com perturbações de personalidade costumam-se aproveitar dos indivíduos com debilidade mental (...)” (P15)</i></p> <p><i>“(...) a maioria das patologias são esquizofrenia, debilidade mental e algumas perturbações da personalidade como a bipolaridade” (P19)</i></p> <p><i>“(...) a maior parte dos casos é esquizofrenia e debilidade cognitiva (...)” (P20)</i></p> |

| | | |
|--|---------------------------------|---|
| | Diferenças consoante o sexo | <p><i>“(...) são iguais, não diferem muito (...)” (P17)</i></p> <p><i>“(...) as mulheres e homens inimputáveis são muito parecidos, os homens costumam ter uma maior perigosidade (...) as mulheres costumam ser mais ajudadas pelo SNS e também pode não haver um número tão grande porque nos casos de Violência Doméstica os homens não denunciam devido ao estigma (...)” (P19)</i></p> <p><i>“(...) temos ordens superiores para não os juntar, no verão é mais fácil porque dá para reparti-los, podem ir para o pátio ou para o bar, no inverno já é mais difícil (...)” (P22)</i></p> |
| | Enquadramento familiar e social | <p>Sem apoio familiar (P4; P7; P11; P13)</p> <p><i>“(...) o contacto com a família costuma ser escasso (...) (P4)</i></p> <p><i>“(...) a família quer saber deles quando estão cá dentro, quando chegam lá fora já é outra história (...)” (P7)</i></p> <p><i>“(...) a maioria não tem contacto familiar (...)” (P11)</i></p> <p><i>“(...) muitos são negligenciados pelas famílias” (P13)</i></p> <p>Com apoio familiar (P16; P17; P22)</p> <p><i>“(...) são eles que costumam tomar a iniciativa de telefonar à família e se não atenderem vêm logo falar connosco preocupados (...)” (P16)</i></p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>“(…) a maioria dos inimputáveis tem apoio familiar (…)” (P17)</p> <p>“(…) o piso crónico mantém o contacto com a família (…)” (P22)</p> <p>Crime cometido contra a família (P7; P8; P13; P18; P23)</p> <p>“(…) temos recebido muitos casos de Violência Doméstica contra os pais (…)” (P7)</p> <p>“(…) a Violência Doméstica na maioria das vezes é concretizada contra os pais, os pais tentam pedir o internamento compulsivo e são avisados que deveriam apresentar queixa de Violência Doméstica, é feita uma queixa porque o internamento compulsivo não é uma solução a longo prazo, muitas das vezes ficam internados uns três dias, é receitada medicação e vão-se embora (…)” (P8)</p> <p>“(…) muitos deles estão aqui porque praticaram violência contra elas [as famílias] (…)” (P13)</p> <p>“(…) muitos dos crimes são feitos contra a família, como Violência Doméstica contra os pais, namoradas e esposas (…)” (P18)</p> <p>“(…) tem acontecido cada vez mais recebermos doentes que praticaram Violência Doméstica contra os pais, chega a uma altura em que estão tão descompensados que já nem os reconhecem (…)” (P23)</p> |
|--|--|--|

| | | |
|---|---|---|
| | | <p>Contacto dificultado pela distância (P5; P13; P15)</p> <p><i>“(...) muitos deles ficam longe da família o que é um sofrimento desnecessário, um pai estava internado em Caxias [H.P. São João de Deus] entretanto veio para aqui e deixou de ver os filhos (...)” (P5)</i></p> <p><i>“(...) a família por vezes é de muito longe e de um nível socioeconómico baixo, havendo uma menor capacidade de os visitar e talvez de os voltar a receber depois do internamento (...)” (P13)</i></p> <p><i>“(...) recebem muitas menos visitas do que os de regime comum, muitas vezes os familiares são de longe (...)” (P15)</i></p> <p>Famílias disfuncionais (P12)</p> <p><i>“(...) muitas vezes a família também precisava de acompanhamento (...) podem estar presentes famílias disfuncionais (...)” (P12)</i></p> |
| <p>Perceção acerca do tratamento fornecido aos indivíduos considerados inimputáveis</p> | <p>Condições a cumprir pré-tratamento</p> | <p><i>“(...) avalia-se o comportamento e o nível de perigosidade para saber a forma de os conter (...)” (P2)</i></p> <p><i>“(...) elaboramos o PTR, um relatório que temos que enviar para o tribunal (...)” (P4)</i></p> <p><i>“(...) cada internamento gera um PTR (...)” (P8)</i></p> |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>Âmbito do tratamento</p> | <p><i>“(...) é feita a psicoeducação e a gestão da doença também (...) aqui até se prestam bons cuidados (...)” (P16)</i></p> <p><i>“(...) a reeducação também passa muito por trabalhar as famílias (...) é explicado, mesmo que o crime tenha sido contra a família, que o indivíduo é doente e precisa da medicação (...) é muito importante ir trabalhando a família para depois conseguirmos assegurar que o inimputável volta para o seu seio familiar” (P17)</i></p> <p><i>“(...) focamos na melhoria de saúde do inimputável e tentamos fazer a ponte para os contactos no exterior (...)” (P20)</i></p> |
| | <p>Valências que integram o tratamento</p> | <p>Terapia ocupacional (P11; P12; P15; P24)</p> <p><i>“(...) fazem expressão artística (...)” (P11)</i></p> <p><i>“(...) a terapia ocupacional passa pela estimulação da cognição”. P12</i></p> <p><i>“(...) “a terapia ocupacional passa muito por autorregular emoções e sentimentos (...)” (P15)</i></p> <p><i>“(...) as atividades que faço com os reclusos também faço com os inimputáveis, só faço distinção quando estiverem muito descompensados (...) quando é uma atividade mais complexa junto inimputáveis com debilidade cognitiva com outros que o possam ajudar</i></p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p><i>a participar (...) fazemos o jornal, torneios e atividades relacionadas com épocas festivas (...)” (P24)</i></p> <p>Psicologia (P15; P23)</p> <p><i>“(...) terapia é caso a caso, porém é mais abrangente do que individual (...) costume aplicar o modelo cognitivo-comportamental e uso a técnica do contrato comportamental (...) seria importante [fazer intervenções em grupo] para promover competências assertivas, mas torna-se difícil quando são muitas perturbações juntas e alguns temas não se adequam a certos indivíduos ou patologias (...) também neste momento não temos espaço” (P15)</i></p> <p><i>“(...) o modelo vai variando, por exemplo para perturbações obsessivo-compulsivas costumam ser usados os modelos cognitivos e para perturbações de personalidade o modelo psicanalítico (...) a minha avaliação passa muito pelo quadro clínico e as necessidades do utente (...) estou a tentar organizar dinâmicas de grupo para utentes com capacidade de insight (...)” (P23)</i></p> <p>Prevenção da recaída (P15; P18)</p> |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|---|
| | | <p><i>“(...) a intervenção no alcoolismo já é algo promovido pela DGRSP (...)” (P15)</i></p> <p><i>“(...) não há programas vocacionados para as dependências por falta de recursos, mas a coordenadora da Clínica fornece intervenção individualizada aos que precisam (...) quando saem é aconselhado o tratamento para as dependências (...)” (P18)</i></p> <p>Educação sexual (P9; P10; P15; P16; P17; P21)</p> <p><i>“(...) explico numa conversa informal como estamos a fazer agora (...)” (P9)</i></p> <p><i>“(...) é muito difícil de controlar, pode acontecer por livre vontade ou para troca de favores (...) têm que ser eles a pedir os preservativos, já experimentamos deixar na Clínica e chegamos ao final do dia e já não restam preservativos e não é porque os usam para esse propósito (...)” (P10)</i></p> <p><i>“(...) é preciso investir na saúde sexual dos inimputáveis, eles têm diversos parceiros sexuais cá na clínica e não sabem usar a proteção, magoam-se na masturbação (...)” (P15)</i></p> <p><i>“(...) é importante dar formação acerca dos métodos contraceptivos, o grupo nunca é o mesmo nas enfermarias, há rotatividade e por isso é importante realçar a importância dos preservativos (...) há</i></p> |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|--|
| | | <p><i>preservativos em todas as casas de banho, trata-se de um cuidado diário (...)</i>” (P16)</p> <p><i>“(...) eles dormem em enfermarias, algumas com 7 camas, são colocados preservativos na casa de banho (...)</i>” (P17)</p> <p><i>“(...) às vezes é preciso explicar que os preservativos servem apenas por precaução, já tive um senhor que pensava que era obrigatório, disse que se recusava a fazer seja o que fosse e que não estava cá para isso (...)</i>” (P21)</p> <p>Atividades (P7; P8, P12; P15)</p> <p><i>“(...) só 12 é que participam na escola e 20 no ginásio (...)</i>” (P7)</p> <p><i>“(...) as aulas são dadas juntamente com os reclusos do regime comum (...)</i>” (P8)</p> <p><i>“(...) a escola tem que se ajustar aos inimputáveis e não o contrário, assim não resulta (...)</i>” (P12)</p> <p><i>“(...) hoje foi o último dia desta edição [do Projeto Pelos Dois] e inimputáveis que não pareciam ter empatia hoje quando se despediram dos cães já tinham as lágrimas a escorrer pela cara (...) as sessões acontecem duas vezes por semana (...)</i>” (P15)</p> |
|--|--|--|

| | | |
|--|------------------------|---|
| | Resposta ao tratamento | <p>Colaboram e procuram o contacto e atenção dos profissionais (P4; P10; P11; P13; P15; P17; P21)</p> <p><i>“(...) eles gostam muito das consultas, chegam até a marcar sem necessidade só para poderem conversar (...)” (P4)</i></p> <p><i>“(...) muitas vezes marcam consultas para terem atenção, outros por necessidade e outros, em último recurso, por terem vergonha de exporem um problema (...)” (P10)</i></p> <p><i>“(...) recorrem a muitas consultas (...)” (P11)</i></p> <p><i>“(...) solicitam bastante as consultas de Psicologia, há consultas obrigatórias marcadas por mim mas costumam pedir também (...) costumam falar nas consultas sobre as suas preocupações do momento, como a família (...) falam muito da família e das saudades e quando não têm família focam-se nas dificuldades que estão a ter no momento (...) depende do estado como se encontram mas costumam colaborar com os profissionais (...)” (P13)</i></p> <p><i>“(...) costumam aderir às consultas seja à vontade deles, marcado ou obrigatório (...)” (P15)</i></p> <p><i>“(...) muitos requisitam as consultas até para conversar (...)” (P17)</i></p> <p><i>“(...) tendem a conversar de tópicos mais pessoais como a família com a equipa de psiquiatria (...)” (P21)</i></p> |
|--|------------------------|---|

| | | |
|--|----------|---|
| | Entraves | <p>Tratamento não é adequado (P1; P13)</p> <p><i>“(...) o tratamento devia ser mais personalizado a cada doente, é tudo muito impessoal (...)” (P1)</i></p> <p><i>“(...) o ambiente na clínica é coercivo e rígido, há uma reduzida capacidade de acompanhamento e de fornecer atividades (...) não respondem ao tratamento, já que o acompanhamento psicológico é feito uma vez por mês e o acompanhamento psiquiátrico é mais frequente por causa da medicação (...)” (P13)</i></p> <p>Insuficiente articulação entre profissionais (P15)</p> <p><i>“(...) os profissionais têm objetivos diferentes, por isso muitas vezes não conseguem trabalhar para o mesmo (...) queria que os inimputáveis nos vissem como uma equipa e não como profissionais com propósitos diferentes (...)” (P15)</i></p> <p>Guardas prisionais (P9; P11; P16; P17; P21)</p> <p><i>“(...) o corpo de segurança não os vê como inimputáveis, mas sim reclusos (...)” (P9)</i></p> |
|--|----------|---|

| | | |
|--|--|--|
| | | <p><i>“(…) o treino de competências é dificultado pelos guardas prisionais, queremos verificar se limpam a cela e não nos deixam entrar (...) se queremos ir para algum lado com eles um guarda também tem que vir</i></p> <p><i>“(…) os guardas precisam de formação porque tratam os inimputáveis como reclusos, ao falarem com um tom de voz mais alto eles ainda ficam mais agitados (...) por exemplo, eles não percebem os horários como os reclusos (...)” (P11)</i></p> <p><i>“(…) os guardas nas atividades têm que estar presentes (...)” (P16)</i></p> <p><i>“(…) os guardas veem os inimputáveis como reclusos (...) têm formação para guardas, mas, também, deveria haver uma formação específica para saberem como lidar com os inimputáveis (...) temos mais sensibilidade ao lidar com eles, às vezes é necessário explicar aos guardas que é preciso ter calma ao dar ordens e ao falar com os inimputáveis porque se não eles ficam mais agitados (...) por vezes não é possível fazer as atividades quando as enfermeiras querem porque há falta de guardas (...) primeiro é preciso ter autorização dos guardas para saber que vão estar no local onde decorre a atividade para assegurar a segurança (...)” (P17)</i></p> <p><i>“(…) costumamos fazer atividades relacionadas a épocas festivas e primeiro é sempre preciso articular com os guardas (...)” (P21)</i></p> |
|--|--|--|

| | | |
|---|--|--|
| <p>Percepção acerca do que ocorre após o internamento</p> | <p>Condições a cumprir antes do término da medida de segurança</p> | <p><i>“(...) quem trata disso é a equipa de reinserção social (...)” (P4)</i></p> <p><i>“(...) seis meses antes dos inimputáveis saírem é necessário articular com a Segurança Social para se encontrarem instituições para os ingressar (...) se forem para a família é marcada uma entrevista com a mesma de forma a explicar a Lei de Saúde Mental e a necessidade de irem articulando com o Delegado de Saúde, informa-se sobre o que é o internamento compulsivo caso seja necessário aplicá-lo e que se houver existência de crime que voltam para a clínica (...)” (P8)</i></p> <p><i>“(...) o gabinete jurídico faz a ponte para arranjar instituições para os inimputáveis (...)” (P9)</i></p> <p><i>“(...) cada inimputável é responsabilizado por um técnico que faz a ponte até à família e ao médico de família quando sair do internamento (...)” (P10)</i></p> <p><i>“(...) antes de terminar a medida tem que se comunicar à Assessoria Técnica do Tribunal de Execução das Penas (...)” (P12)</i></p> <p><i>“(...) a equipa de reinserção acompanha o caso antes da medida terminar (...)” (P14)</i></p> <p><i>“(...) os inimputáveis ao saírem recebem uma carta para entregar ao médico de família, o problema é que podem nem ter médico de família (...)” (P15)</i></p> |
|---|--|--|

| | | |
|--|-----------------------|--|
| | | <p><i>“(...) caso o inimputável não tiver família ou não voltar a ser aceite, é feita uma articulação com o hospital e/ou centro de saúde da zona pela assistente social para assegurar que é fornecido a continuação do tratamento ao indivíduo (...)” (P17)</i></p> <p><i>“(...) é feita uma articulação com assistentes sociais após o terminar o internamento (...) por vezes é decretado pelo tribunal uma condição para o inimputável sair do hospital prisional, que é o Tratamento Ambulatório Compulsivo, o psiquiatra sinaliza a importância deste regime nos relatórios ao tribunal e o Juiz decreta que 2 em 2 meses tem que estar registado que o inimputável está a receber os injetáveis (...)” (P19)</i></p> |
| | Redução do contacto | <p><i>“(...) não temos contacto com os inimputáveis depois do internamento (...)” (P4)</i></p> <p><i>“(...) aqui temos muito contacto com eles, mas depois quando saem deixamos de o ter (...)” (P7)</i></p> <p><i>“(...) às vezes recebo cartas e algumas prendas (...) já me deram uns sapatos (...) também costumo visitá-los quando são transferidos para outras clínicas (...)” (P22)</i></p> |
| | Reunificação familiar | <p><i>“(...) assegurar o contacto familiar é importante quando possível porque as vagas em instituições são escassas (...)” (P15)</i></p> |

| | | |
|--|--|--|
| | Ingresso em instituições e/ou lares | <i>“(…) não existem técnicos de reinserção suficientes para conseguirem assegurar habitação e condições, tal como não existem instituições para acolherem os inimputáveis (…)” (P18)</i> |
| | Reincidência e/ou abandono do tratamento | <p><i>“(…) mantêm-se compensados durante o internamento, a problemática acontece quando saem e o tratamento não lhes é exigido, as famílias não sabem lidar com eles e a toma de medicação não acontece, é decretado o internamento compulsivo ou voltam para a clínica caso cometam outro crime (…)” (P4)</i></p> <p><i>“(…) os inimputáveis muitas vezes saem e querem voltar, fazem o crime de forma consciente e deixam de ser inimputáveis, vão para regime comum (…)” (P9)</i></p> <p><i>“(…) muitos dizem que quando saírem daqui não vão tomar a medicação (…)” (P11)</i></p> <p><i>“(…) muitos voltam, já que podem desistir do acompanhamento institucional e na reunificação familiar podem desistir do tratamento (…)” (p13)</i></p> |
| | Sem resposta | <p><i>“(…) o apoio social é inexistente para os inimputáveis (…)” (P19)</i></p> <p><i>“(…) estão à sorte deles lá fora (…)” (p15)</i></p> |

| | | |
|---|------------------------------------|--|
| Opinião acerca do que deveria ocorrer após o internamento | Maior articulação entre organismos | <p><i>“(...) deveria haver uma articulação estreita entre a Reinserção Social e a Segurança Social, uma supervisão eficaz, e um tratamento ambulatorio compulsivo (...)” (P2)</i></p> <p><i>“(...) devia haver uma colaboração mais próxima entre o Ministério Público e o Serviço Nacional de Saúde (...)” (P3)</i></p> <p><i>“(...) devia haver uma articulação estreita entre a Reinserção Social e a Segurança Social (...)” (P4)</i></p> <p><i>“(...) deveria existir protocolos com o hospital da zona, centro de saúde e com equipas de reinserção de forma a ser comprovado que o inimputável segue com o tratamento e não descompensa (...)” (P10)</i></p> <p><i>“(...) deveria haver também uma articulação com o Serviço Nacional de Saúde para ser assegurado que os inimputáveis cumprem a medida de tratamento ambulatorio compulsivo após o internamento (...)” (P18)</i></p> |
| | Supervisão eficaz | <p>Equipas comunitárias (P1; P4; P23)</p> <p><i>“(...) falta algo (...) era preciso que fosse uma equipa na comunidade a trazer os serviços aos inimputáveis, de forma a garantir que se mantêm compensados e assegurar que a rede presta cuidados (...) era importante que uma equipa local fosse averiguar o local de residência dos inimputáveis para ver se existem condições” (P1)</i></p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p><i>“(...) seria preciso uma equipa local para visitar os inimputáveis e incentivá-los a medicar-se e a receber o tratamento (...)” (P4)</i></p> <p><i>“(...) uma equipa deveria fazer a ponte para o tratamento e para a toma da medicação após o término do internamento (...)” (P23)</i></p> <p>Necessidade de acompanhamento (P9; P11; P13)</p> <p><i>“(...) deveria haver um acompanhamento depois do internamento para assegurar a toma da medicação e a ida às consultas (...)” (P9)</i></p> <p><i>“(...) falta um intermédio entre o internamento e a saída em liberdade, deveria haver uma forma de se comprovar que o indivíduo é totalmente independente e que é capaz de tomar a sua medicação e frequentar as consultas (...)” (P11)</i></p> <p><i>“(...) devia haver um órgão lá fora que impusesse condições e restrições para evitar a descompensação (...)” (P13)</i></p> <p>Aplicação da medida Liberdade para a Prova (P15)</p> <p><i>“(...) a Liberdade para a Prova é o mecanismo que se deveria seguir, se o inimputável não vai às consultas deveria ser acionada a polícia ou a equipa de reinserção social para ele voltar à clínica (...)” (P15)</i></p> |
|--|--|--|

| | | |
|--|-----------------|--|
| | Novas entidades | <i>“(...) seriam necessárias instituições próprias para acolher estes indivíduos com equipas multidisciplinares (...)” (P23)</i> |
|--|-----------------|--|

Nota. As categorias e subcategorias foram realizadas segundo a análise de conteúdo de Bardin (1977)