

Tomás Afonso Nico e Chaves Pereira



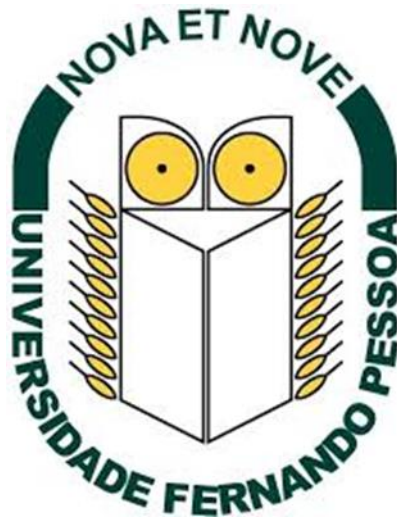
## **Saúde e qualidade de vida em contexto prisional**

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2023



Tomás Afonso Nico e Chaves Pereira



## **Saúde e qualidade de vida em contexto prisional**

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2023

## **Saúde e qualidade de vida em contexto prisional**

O Aluno,

---

Tomás Afonso Nico e Chaves Pereira

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

## **RESUMO**

O presente estudo pretende investigar quais os efeitos do confinamento solitário na saúde mental e física do indivíduo, assim como na sua qualidade de vida. Este integra uma revisão sistemática, onde se analisaram vários estudos (N=9) relativamente aos efeitos do confinamento no recluso, observando-se que existe uma deterioração de condições mentais e físicas e da qualidade de vida, tal como de desenvolvimento dessas mesmas condições em reclusos com períodos de tempo em confinamento solitário. Notou-se ainda uma maior propensão para a alocação em confinamento no caso de diagnóstico prévio de perturbação mental. Este estudo inclui ainda um estudo empírico, tendo sido aplicados dois questionários (Questionário sociodemográfico e Questionário Qualidade de Vida em Contexto Prisional), de modo a observar as variações entre sexo e as 5 variáveis associadas ao bem-estar e qualidade de vida do recluso. No estudo empírico realizaram-se testes de normalidade e testes não-paramétricos. Observam-se diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres para a maioria das variáveis, e nenhuma relação entre essas e “antecedentes criminais” e “situação penal”. Sugere-se a continuidade de investigação na temática.

Palavras-chave: Saúde, contexto prisional, qualidade de vida, bem-estar, confinamento solitário

## **ABSTRACT**

The present study aims to investigate the effects of solitary confinement on the physical and mental health of the individual, as well as on its quality of life. This study integrates a systematic review of the literature, where some studies (N=9) were analyzed according to the effects of solitary confinement on the inmate, noting a deterioration on both the physical and mental aspects and the quality of life, and the development of such conditions on inmates with any time spent on confinement. It was also observed that there was a higher probability of solitary confinement for those with a previous mental disorder diagnosis. An empirical study is also part of this study, utilizing two surveys (Questionário sociodemográfico e Questionário Qualidade de Vida em Contexto Prisional), with the intention of observing differences between sex within 5 different variables associated to the well-being and quality of life of the inmate. Normality tests and non-parametric tests were performed. Statistically significant differences were observed between the men and women samples for the majority of the variables, and no relation was noted between those 5 and “criminal record” and “legal status”. Continuity of investigation is advised.

Keywords: health, prison, quality of life, wellbeing, solitary confinement.

## Índice

Capítulo 1 - Os efeitos da pena de prisão em regime de confinamento solitário na saúde física e mental: Uma revisão Sistemática de Literatura.....	7
Introdução.....	7
Método.....	9
Procedimento.....	9
Critérios de inclusão e exclusão.....	9
Resultados.....	12
Discussão.....	26
Conclusão.....	31
Referências.....	32
Capítulo 2 - Saúde, Bem-Estar e Qualidade de vida em Contexto Prisional: Estudo Empírico.....	34
Introdução.....	34
Método.....	35
Participantes.....	35
Instrumento.....	36
Procedimento.....	38
Resultados.....	39
Discussão.....	46
Conclusão.....	48
Referências.....	49
Anexos.....	52

# **CAPITULO 1. OS EFEITOS DO CONFINAMENTO SOLITÁRIO NA SAÚDE FÍSICA E MENTAL; UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

## **Introdução**

O confinamento solitário assume, num formato generalizado, a alocação de um recluso num espaço com condições restritivas e mínimas durante 22 a 23 horas a cada ciclo de 24 horas, “desfrutando” de 1 a 2 horas de atividades físicas no exterior, ou qualquer outra atividade, sempre que apropriadamente supervisionados e sem contacto com outros reclusos.

As legislações relativas às condições e medidas restritivas desta frente de segregação variam de país para país, assim como entre Estados (no caso dos Estados Unidos da América), mas admitindo uma ideia constante de reclusão numa cela com pouco mobilada, acesso limitado a luz natural e ar fresco, reduzida ou nenhuma visão do mundo exterior, confinado, assim, a um ambiente totalmente artificial onde é constante e proximamente observado e controlado, mantendo interações mínimas e superficiais com o staff, notando-se uma dependência ainda mais elevada do que normalmente, em situação “habitual” na população prisional geral (Shalev, 2008). Apesar da existência de unidades de confinamento solitário em estabelecimentos prisionais com níveis de segurança menos rigorosos, verificou-se um aumento da aplicação do confinamento solitário em prisões de segurança máxima por períodos de tempo prolongados. Isto contribuiu para que a comunidade científica e elementos críticos da sociedade se questionassem sobre a legalidade e constitucionalidade desta prática por se considerar uma punição cruel e desnecessária. Foram vários os aspetos que foram colocados em questão, de um ponto de vista social, como: a ética por detrás da permissibilidade de um isolamento radical; questões clínicas sobre os efeitos psicológicos de isolamento prolongado; questões sociais sobre a racionalização do crime e a hiper-encarceração de Afro-americanos e Latinos; e questões económicas e políticas, igualmente associadas ao aumento previamente colocado (Guenther, 2011). Confinamento em prisões de segurança máxima representa uma variante significativa na duradoura prática de colocar indivíduos no que é conhecido como confinamento solitário ou segregação punitiva. A maioria da jurisdição, no caso dos Estados Unidos da América, indicava a restrição do uso de confinamento solitário para infrações de regras prisionais específicas, e por períodos de tempo breves. Em contraste, o confinamento aplicado em prisão de máxima segurança difere em várias e importantes frentes, principalmente na totalidade do isolamento, a duração

entendida do mesmo, as razões pelas quais este é imposto, e a sofisticação tecnológica através da qual tal se atinge. Em particular, prisões de segurança máxima acolhem prisioneiros numa formato de isolamento virtual, sujeitando-os a um quase que completo ócio por extremamente longos períodos de tempo. Na maioria destas unidades uma hora fora do espaço de confinamento é a norma. Todas as refeições ocorrem a sós, na cela, e tipicamente nenhuma atividade social ou em grupo é permitida. Quando reclusos nestas unidades são escoltados para fora das suas celas ou além das unidades prisionais que os acolhem, tipicamente são primeiro colocados em contenção, acorrentados ainda dentro das suas celas (através da ranhura/compartimento utilizado para entregar comida ao recluso na porta da cela), e por vezes presos a uma “trela” segurada por um dos guardas acompanhantes. Raramente, se alguma vez, estão na presença de outra pessoa (incluindo médicos e fisioterapeutas) sem estarem numa multiplicidade de restrições físicas (i.e., correntes nos tornozelos, correntes na cintura ou barriga, algemas). Reclusos de prisões de segurança máxima habitualmente incorrem restrições severas sobre a natureza e quantidade de bens pessoais que estejam na sua posse e sobre o seu acesso à biblioteca prisional, materiais judiciais e cantina. Os seus breves períodos de exercício ou também chamado de “tempo de pátio” tipicamente ocorrem em áreas “enjauladas” ou envolvidas por paredes de cimento que são tão restritivas que são usualmente referidas como “dogruns”. Em algumas unidades, os reclusos têm não mais do que uma brecha de céu ou qualquer terreno que possa ser visto por entre os estritos painéis de segurança que rodeiam as suas zonas de exercício. (Haney, 2003). Impossibilitados de contacto humano, de modo diário, e restritos a um espaço com pouquíssimos estímulos, é meramente natural que qualquer indivíduo se apresente deslocado da realidade (Guenther, 2011). Em suma, o confinamento solitário consiste em condições mais rigorosas e duras (i.e., mais do que 23 horas sozinhos nas suas celas), que é normalmente aplicado a uma população especial que irá, muito provavelmente, ser libertado. Assim sendo, são sujeitos a mais escrutinidade legal e deveriam existir investigações científicas rigorosas (Naday et al., 2008). Existe evidência clara de que o confinamento solitário tem um profundo impacto na saúde e bem-estar, particularmente para aqueles com perturbações mentais pre-existentes, podendo também, esse confinamento, ativamente causar perturbações mentais. A extensão desses danos, a nível psicológico, varia e depende em fatores individuais, ambientais, o regime em que é colocado, e o contexto do seu isolamento e a duração do mesmo (Shalev, 2008).

Alguns estudos apontam para a existência de uma base concreta de impactos do confinamento na saúde mental e física do recluso, enquanto que outros apresentam que essa

informação é mínima e que, por mais que hajam alguns estudos na matéria, ainda se está num ponto muito inicial da investigação a realizar para que se conheçam, com toda a garantia, os efeitos deste conceito tão criticado. Assim, com o presente estudo pretende-se alcançar um melhor entendimento dos efeitos de confinamento solitário no bem-estar e saúde, tanto mental como física, do recluso, estando este em prisão de segurança máxima ou não.

## **Método**

Com o presente trabalho pretende-se realizar uma revisão sobre os estudos sobre confinamento solitário em unidades prisionais, de segurança máxima ou não, de forma a responder à questão orientadora “Quais os efeitos de confinamento solitário na saúde física e mental do indivíduo?”.

### *Procedimento*

Recorreu-se à coleta de estudos em várias bases de dados (B-on, Springer, Taylor and Francis, University of Toledo, Canada’s Drug and Health Technology Agency, Web Of Science, Research Gate, Manchester Library Search, Library.ru, APA Psycnet, Proquest, National Criminal Justice Reference Service (NCJRS), Pubmed NLM), utilizando-se a seguinte expressão de pesquisa, seguindo uma lógica o mais paralela possível de modo a obter o máximo número de artigos na versão final: “AB (prison or jail or incarceration or imprisonment or correction facilities) AND TX (mental health or mental illness or mental disorder or psychiatric illness) AND AB supermax prisons AND TX solitary confinement”.

### *Critérios de inclusão e exclusão*

De forma a proceder a uma seleção de estudos mais rigorosa, foram utilizados estudos analisados por pares publicados entre 2000 e 2023, publicados em português e inglês, com acesso a texto integral, com dados empíricos.

Os limitadores e expansores utilizados permitiram igualmente aumentar ou reduzir o número de artigos posteriormente observados consoante o interesse que os mesmos exacerbavam à resolução da questão apresentada no plano inicial.

Para garantir uma revisão sistemática o mais consistente possível, foram estabelecidos alguns critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídos todos os artigos empíricos relacionados com os efeitos diretos ou indiretos na saúde mental e/ou física através da prática de confinamento solitário, em prisões de segurança máxima, ou não, em indivíduos adultos (maiores de idade). Incluíram-se ainda artigos que, de alguma forma, representavam, estatisticamente, o número de indivíduos em confinamento solitário, em prisões de segurança máxima, ou não, assim como os efeitos daquele nos mesmos. Foram excluídos todos os artigos que não apresentavam qualquer vertente empírica, sem dados concretos que pudessem, em alguma instância, facultar apoio ao presente estudo; todos os que apresentavam soluções que se distanciavam da questão atual, meta-análises, revisões da literatura (revisões sistemáticas), artigos/estudos onde se incluíssem amostras de indivíduos menores de idade ou não se aplique o regime de segurança máxima.

Garantiu-se que os artigos selecionados a incluir na presente revisão seguiam os parâmetros de inclusão-atraves de dois momentos de triagem: o primeiro focou-se na leitura do resumo/*abstract* de cada um dos resultados; o segundo centrou-se já na análise, na íntegra, do restantes artigos, previamente selecionados e assumidos como possíveis fontes de informação coincidentes com a questão deste trabalho, obedecendo ainda aos critérios de inclusão e exclusão referidos. Para melhor observar e compreender os dois momentos assim como o total de artigos pré e pós, é apresentado o fluxograma referente às fases do procedimento de seleção segundo o guia Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Figura 1).

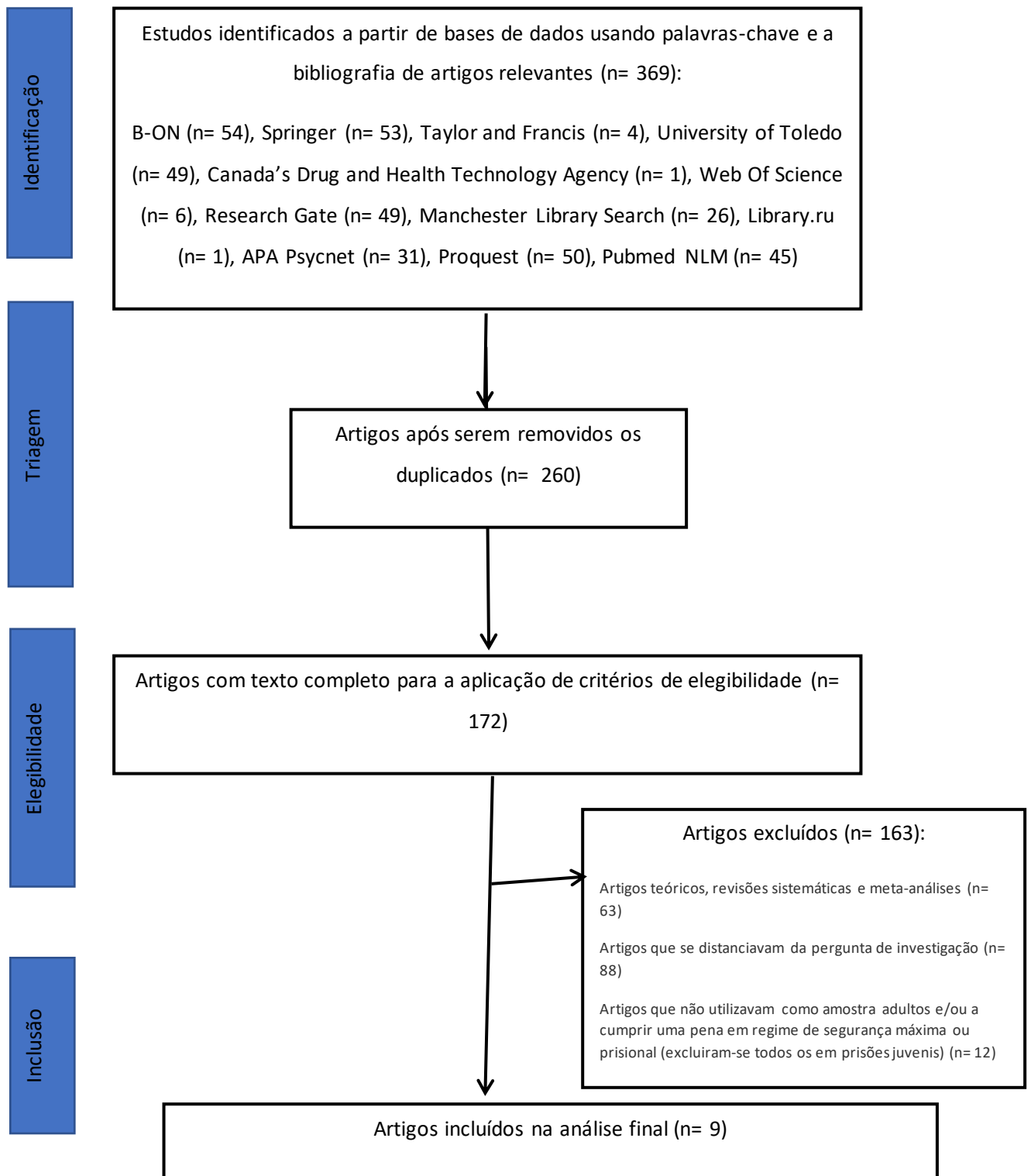


Figura 1. Fluxograma do procedimento de seleção dos estudos

Na Figura 1 podemos observar que foram eliminados 109 artigos duplicados e 88 sem texto integral. Após análise dos artigos com texto completo para aplicação de critérios de

elegibilidade, foram eliminados 163 artigos que não corresponderam aos critérios de inclusão. Assim, foram selecionadas 9 publicações com texto integral e que cumpriam todos os critérios de inclusão para utilização no presente estudo.

## **Resultados**

Partindo da triagem realizada a todos os artigos, na sua íntegra e apresentada no fluxograma anteriormente disposto, foi possível incluir 9 artigos na atual revisão sistemática.

Tendo em atenção que esta revisão centrou-se em 23 anos de publicações científicas, surpreende o escasso número de estudos empíricos realizados e publicados entorno a esta temática. Isto pode levar-nos a pensar que, muito embora a comunidade científica pareça preocupada sobre este tipo de questões, o que não se evidencia quando consideramos o número de trabalhos identificados durante a nossa pesquisa (N=369), os esforços para identificar no terreno os fatores e processos envolvidos nos efeitos que a privação de liberdade tem sobre os indivíduos reclusos em situações extremas podem estar limitados pelo contexto. Não podemos esquecer as dificuldades que podem ter que defrontar, os investigadores, para realizar o levantamento dos dados em contextos penais, de acesso restrito e dominados fundamentalmente pela segurança e controlo, e onde os cuidados aos indivíduos condenados podem ocupar um segundo plano. Contudo, o baixo número de estudos que realmente procuram, de modo empírico, os danos causados pelo confinamento solitário (N=9) sugere a necessidade de que essa preocupação indique um conjunto de ações claras.

**Tabela 1***Resumo dos estudos selecionados*

<b>Autores (Ano) e País</b>	<b>N</b>	<b>Metodologia e Instrumentos</b>	<b>Variáveis incluídas no estudo</b>	<b>Resultados</b>
Reiter et al. (2020)  Estados Unidos da América (Estado de Washington)	106 H	Qualitativo  Entrevistas em profundidade semi-estruturadas;  Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS);  Revisão sistemática de fichas clínicas e disciplinares.	Idade; Étnia; Tempo de confinamento; Categoria da ofensa atual; Condenação prisional; Tempo total de prisão (tempo cumprido); Associação a gangue; Distúrbio mental grave; Tentativas de auto-mutilação; Tentativas de suicídio;	Sintomas clínicos significativos de depressão, ansiedade, ou culpa perante metade da amostra.  Taxas desproporcionalmente altas de doença mental grave e comportamento de auto-mutilação comparativamente com a população prisional geral.  Sintomas adicionais, incluindo isolamento social, perda de identidade, e hipersensibilidade sensorial.
Valera e Kates-Benman (2016)  Estados Unidos da América (Estado de Nova Iorque)	110 H	Qualitativo com entrevistas semi-estruturadas (N=30)  Brief Symptom Inventory (BSI); Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT); Group-Based Medical Mistrust Scale (GBMMS); Social Support Scale (SSS); General Health Questionnaire (GHQ).	Uso de confinamento solitário; Idade; Duração de confinamento solitário; Duração de encarceração; Raça e étnia; Nível educativo; Emprego; Estabelecimento prévio; Estado de saúde auto-identificado; Comportamentos de fumar auto-identificados; Problemas mentais; Uso de serviços de saúde mental;	A maioria dos homens que reportaram terem sido colocados em confinamento solitário eram desempregados, não completaram o ensino secundário, e sentiam-se em risco de serem agredidos por guardas prisionais.  Alguns homens pareciam utilizar unidades de habitação especiais como forma de proteção (perante guardas prisionais e outros reclusos).  70% dos homens reportaram sentirem-se seguros em confinamento solitário.

			Tentativas de suicídio em solitária; Risco de ataque por outro recluso; Risco de ataque por guarda prisional; Sentimento de segurança em confinamento solitário.	
O'Keefe (2008) Estados Unidos da América (Estado de Colorado)	1614 H e M; 1210 H e M	Qualitativo Entrevistas Test of Adult Basic Education (TABE); General Equivalency Diploma (GED); The Culture Fair Intelligence Test (CFIT); Level of Supervision Inventory–Revised (LSI-R); Millon Clinical Multiaxial Inventory–III (MCMI-III); Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS).	Idade; Género; Raça e étnia; Escola primária; Algum Ensino secundário; Diploma de Ensino secundário; Universidade; Pena por crime violento; Encarceração anterior; Institucionalização mais longa; Penas perpétuas; Infrações disciplinares; Segregação punitiva e envolvimento em grupo de ameaça à segurança; Segregação punitiva imposta antes da sua colocação; Segregação punitiva; Académico; Vocacional; Ofensas sexuais; Uso de substâncias; Doença mental elegível; Deficiência desenvolvimental; Violência	Evidência de má conduta institucional, passado criminal de maior seriedade e necessidades de saúde mental pre-existentes foram encontrados entre os reclusos em segregação. Não houve apenas uma maior prevalência de indivíduos com necessidades psiquiátricas em segregação, mas também que essas necessidades podem ser mais agudas do que entre a população prisional geral. Necessidade de serviços de saúde mental extensivos que atinjam não apenas a saúde mental do ofensor, mas também as propensões violentas e suicidas.
O'Keefe (2007) Estados Unidos	17393 H e M	Qualitativo com documentos oficiais, entrevistas, testes escritos e revisão de fichas	Idade; Sexo; Raça e étnia; Nível escolar; Doença mental; Segregação administrativa;	Diferenças significativas a nível de grupo foram encontradas para todas as características demográficas. Mulheres apresentam maior propensão para terem problemas de

<p>da América (Estado de Colorado)</p>		<p>disciplinares, com os instrumentos The Culture Fair Intelligence Test (CFIT); The Level of Supervision Inventory-Revised (LSI-R); The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS).</p>	<p>População geral; Média do teste CFIT; Percentagem com encarceração anterior; Percentagem com crime violento; Percentagem com grupo de ameaça à segurança; Média de ofensas; Média de segregação punitiva; Média do teste LSI-R; Perturbação mental; Abstinência; Ansiedade-depressão; Suspeita de hostilidade; Atividade; Total de do teste BPRS; Uso ou dependência de drogas ou álcool; Depressão severa; Distemia; Perturbações depressivas; Perturbações bipolares; Ansiedade; PTSD; Fobias; Esquizofrenia; Perturbações psicóticas; Perturbação de adaptação; Sexual; Género; Perturbações de identidade; Défice de atenção; Perturbações de hiperatividade; Outro; Grupo de ameaça à segurança; Homem; Doente mental; Violento; Hispânico; Infrações disciplinares; Segregações punitivas.</p>	<p>saúde mental do que homens, mas menos propensas a serem alocadas em segregação administrativa.</p> <p>Reclusos sem perturbação mental em população prisional geral apresentam uma pontuação de inteligência mais elevada do que ambos os grupos com perturbação mental.</p> <p>Historial criminal e comportamento institucional demonstraram distinguir reclusos em segregação administrativa daqueles em população prisional geral. Análises posteriores demonstraram que reclusos em segregação administrativa são mais violentos e estão mais envolvidos em grupos de ameaça à segurança, e têm mais infrações disciplinares, e mais momentos de segregação punitiva do que reclusos em população prisional geral. Reclusos com perturbação mental em segregação administrativa tiveram as pontuações do teste LSI-R mais elevadas.</p> <p>Reclusos com perturbação mental em segregação administrativa tinham maiores pontuações totais em BPRS para algumas variáveis.</p> <p>Estas descobertas sugerem que perturbações mentais são não apenas mais prevalentes em reclusos em segregação administrativa, mas que estes exibem também mais severa psicopatologia.</p> <p>Grupos de ameaça à segurança foi o melhor previsor; a razão de possibilidades indicou que reclusos com este envolvimento estariam 4.1 vezes mais propensos a serem colocados em segregação administrativa do que aqueles sem qualquer envolvimento.</p> <p>Reclusos violentos, hispânico, e homens com perturbação mental tinham as maiores chances de tal colocação do que reclusos sem</p>
--	--	---	---	--

				estes traços.
Mears (2021) Estados Unidos da América (Estado de Florida)	191711 H e M	Revisão de documentos de admissão e libertação da população prisional com o instrumento The Test of Adult Basic Education (TABE).	VD–Nº de experiências de confinamento solitário prolongado; Confinamento durante os primeiros 6 meses após a admissão à prisão. VI – Idade na admissão; Raça e étnia; Sexo; Tratamento de saúde mental; Cuidados de rotina; Dependência fisiológica; Dependência psicológica; Uso de substâncias; Habilitações acadêmicas; Admissões prisionais anteriores; Violência; Tempo cumprido em prisão.	<p>Em comparação com a população prisional geral, os reclusos em confinamento solitário prolongado apresentavam diferenças em todas as características sociodemográficas.</p> <p>Indivíduos com necessidades a nível de saúde mental estavam mais propensos a serem colocados em confinamento.</p> <p>Um maior número de reclusos em confinamento solitário passaram algum período de tempo numa unidade de saúde mental comparativamente à população prisional geral.</p> <p>A necessidade de tratamento ambulatorio assim como de tratamento ambulatorio e medicação foi mais elevada para a população em confinamento solitário.</p> <p>A percentagem de indivíduos em confinamento que foram encarcerados por uma ofensa violenta é substancialmente mais elevada do que a mesma para a população geral.</p> <p>A população em confinamento nos primeiros 6 meses de encarceração tinha mais probabilidade de ter estado numa unidade de saúde mental ou de ter necessitado de tratamento ambulatorio com medicação.</p> <p>Reclusos que passaram por unidade de saúde mental ou que receberam tratamento ambulatorio com medicação apresentavam maior probabilidade de estar 1 ano ou mais em confinamento.</p> <p>As necessidades a nível de saúde mental predizem a colocação em confinamento solitário prolongado, colocações em confinamento no início da encarceração e serem estas de maior duração.</p>

<p>Williams et al. (2019)</p> <p>Estados Unidos da América (Estado de California)</p>	<p>664 H e M</p>	<p>Qualitativo</p> <p>UCLA Loneliness Scale (UCLALS);</p> <p>Cardiovascular Disease Policy Model (CDPM);</p> <p>National Health and Nutrition Examination Survey (NHNES)</p> <p>Global Burden of Disease Study (GBDS).</p>	<p>Idade; Indivíduos em confinamento solitário com hipertensão; Total de indivíduos em confinamento solitário; Indivíduos inseridos na população geral da prisão com hipertensão; Total de indivíduos inseridos na população geral da prisão.</p>	<p>Indivíduos em confinamento solitário experienciam maior percentagem de prevalência de hipertensão do que aqueles noutras unidades de segurança máxima.</p> <p>Aumento de resultados cardiovasculares nocivos e custos associados elevados.</p>
<p>Campagna et al. (2019)</p> <p>Estados Unidos da América</p>	<p>408 H e M</p>	<p>Quantitativo</p> <p>Estudo longitudinal com medidas repetidas</p>	<p>VD – Estado de saúde mental; Comportamento perante autoridade; Controle de impulsos; Propensão para mudar.</p> <p>VI – Idade; Dias em segregação disciplinar; Membro de gangue; Escola secundária; Taxa de encarceração; Condenação delituosa juvenil; Horas de programas vocacionais; Raça e étnia.</p>	<p>A duração de segregação disciplinar e encarceração, incidência de desalojamento, e outros fatores ao nível individual tiveram efeitos deteriorantes na saúde mental e necessidades psicológicas.</p> <p>Programas vocacionais e educação secundária demonstraram ser fatores de proteção para necessidades psicológicas.</p>

<p>Strong et al. (2020)</p> <p>Estados Unidos da América (Estado de Washington)</p>	<p>106 H em confinamento;</p> <p>225 H e M respondentes ao questionário em confinamento solitário;</p> <p>17943 H e M reclusos com dados oficiais utilizados</p>	<p>Qualitativo</p> <p>Entrevistas em profundidade;</p> <p>Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)</p> <p>Relatórios clínicos</p> <p>Processos individuais</p>	<p>Questionário IMU com 96 questões numeradas</p> <p>Outro questionário foi formado por 36 questões numeradas (cada um contendo um combinação de sim/não, opções de escolha múltipla, e questões secundárias de resposta direta de modo a permitir que os participantes possam elaborar as suas respostas) sobre as suas experiências em confinamento, condições em confinamento, saúde e bem-estar, e pontos demográficos consoante origem, retirados de estudos existentes em prisões e experiências de reclusos.</p>	<p>Problemas com significância clínica em 15% da amostra.</p> <p>Irritação de pele e flutuação de peso associados às condições restritivas de confinamento solitário.</p> <p>Condições crônicas não ou pobremente tratadas associadas às medidas restritivas de confinamento solitário.</p> <p>Dor musculoesquelética exacerbada por ambas as condições e medidas restritivas.</p> <p>Taxas desproporcionais de minorias raciais/étnicas em confinamento solitário.</p>
<p>Hagan et al. (2017)</p> <p>(Estado de Nova Iorque e estado de Connecticut)</p>	<p>119 H e M</p>	<p>Qualitativo</p> <p>Entrevista</p>	<p>Condições de saúde mental prévias; Idade; Género.</p> <p>VI- confinamento solitário auto-reportado durante a mais recente ocasião de encarceração.</p> <p>VD- Sintomas de PTSD determinados pela atenção primária.</p>	<p>Entre os 119 participantes, 43% tinham um historial de confinamento solitário e 28% com diagnóstico positivo para sintomas de Perturbação de stress pós-traumático.</p> <p>Relação entre historial de confinamento solitário e sintomas de PTSD, tanto em prisão como após a sua libertação. Estando, o confinamento solitário, significativamente associado com sintomas de PTSD perante indivíduos sobre cuidados primários após libertação.</p>

A seguir, apresentam-se os principais resultados encontrados nos artigos incluídos na análise.

Reiter et al. (2020) desenvolveram um estudo longitudinal com o objetivo de verificar a prevalência dos sintomas e de medições de stress psicológico entre reclusos em confinamento solitário a longo prazo. Utilizaram uma amostra de 106 indivíduos, homens, em confinamento solitário, aplicando-se uma entrevista aos mesmos assim como avaliação de pontuações da escala BPRS em 2017, repetindo-se em 2018 com 80 dos 106 participantes (28 em confinamento e 52 na população prisional geral). Foram ainda utilizados dados de 16465 reclusos na população prisional geral como formato comparativo. Os autores encontraram níveis semelhantes de depressão entre reclusos em confinamento solitário em 2017 e 2018, e níveis mais baixos em população prisional geral (2018). Em relação à ansiedade, encontraram que esta era mais elevada na população em confinamento e prisional geral em 2018 comparativamente a 2017.

De forma geral, os autores identificaram preocupações somáticas mais elevadas, assim como outros sintomas como, por exemplo, maiores percentagens de culpabilidade/sentimentos de culpa, excitação, alucinações, pensamentos incomuns, e desorganização conceptual, DAGS (depressão, ansiedade, culpabilidade e preocupações sintomáticas) na população em confinamento em ambos os anos. Alguns destes sintomas são ainda mais elevados entre a população que apresenta perturbações mentais. A análise dos processos individuais dos reclusos revelam que 19% tem diagnósticos de perturbação mental severa, 22% tinha uma tentativa de suicídio documentada, e 18% tinha documentação de outra vertente de auto-mutilação, quer durante a sua encarceração, quer durante o seu tempo em confinamento solitário. Além disso, estariam mais propensos a reportar sintomas positivos e ligeiramente mais propensos a reportar todos os outros sintomas fatorizados do que os que responderam sem perturbação mental severa, ou seja, indivíduos com perturbação mental acabaram por apresentar uma maior tendência a apresentar outros sintomas (comorbilidade). Os participantes no estudo referiram igualmente outros sintomas como a hipersensibilidade sensorial (16% dos que respondeu mencionou isto pelo menos 1 vez) e perda de identidade (25% dos que respondeu mencionou isto pelo menos 1 vez). Respondentes também comentaram que a instituição se apoderava das suas identidades e um outro respondente indicou uma queixa frequente sobre a falta de espelhos contribuir para a perda de identidade.

Pela sua parte, Valera e Benman (2016) realizaram um estudo utilizando 110 participantes entre os 35 e os 67 anos que estiveram em confinamento solitário. Os resultados do estudo indicam que cerca de 40% dos indivíduos já utilizou serviços de saúde mental assim como a existência do risco de ser agredido por outros reclusos. Mais de metade apresenta ainda o risco de ser agredido por guardas prisionais. 15 indivíduos (14%) com experiências de confinamento solitário reportaram tentativa de suicídio durante esse período, contudo a esmagadora maioria (70%) diz sentir-se “seguro”. A maioria dos homens passaram uma média de 2 anos em confinamento solitário.

No seu estudo, Valera e Benman (2016) utilizaram ainda entrevistas qualitativas a 30 desses participantes de modo a explorar as suas experiências ao longo do período em que estiveram em confinamento solitário. As respostas à entrevista foram classificadas em três categorias. Em primeiro lugar, destaca-se a utilização do confinamento solitário como punição. Nesse sentido, os participantes referem sentirem-se punidos por serem sujeitos a condições semelhantes às condições e tratamento militares, incluindo o isolamento dos seus de pares, restrições no seu tempo recreativo e mobilidade pessoal, e até agressões físicas. Em segundo lugar, as entrevistas indicaram que, para os participantes, a primeira experiência de confinamento em solitário é mais difícil, por não saber o que iram encontrar. Assim, os participantes mencionam que a vida nas unidades de confinamento é “dura” inicialmente devido às limitações estritas impostas nas suas liberdades, mas aceitável após um período de adaptação/ajustamento, embora alguns fatores podem facilitar ou dificultar essa experiência (ex., restrições alimentares, época do ano). Finalmente, apesar da maioria dos homens terem experimentado punições e apresentado dificuldades a se ajustarem enquanto que em confinamento solitário, alguns participantes notaram que preferiam estar em confinamento solitário do que na população prisional geral, referindo que isto lhes permitia encontrar uma certa paz mental pelo facto de lhes permitir evitar problemas, tais como violência, stress, “coisas sem sentido”, e “cheiros” criados por viver e interagir com outros reclusos.

O’Keefe (2008) encontrou que os reclusos em segregação administrativa tinham maior chance de serem homens, hispânicos e mais jovens do que a população prisional geral. Os reclusos demonstraram uma maior propensão para interromper a sua educação formal antes de concluírem o ensino secundário do que a população prisional geral e demonstraram menores capacidades para a leitura, matemática e domínio da linguagem do que a população prisional geral. Igualmente encontrou diferenças significativas, embora pequenas, em inteligência. Os reclusos em segregação administrativa demonstraram uma maior propensão

para estarem a cumprir uma pena por crime violento do que a restante população prisional. Embora não apresentavam taxas de reincidência superiores à população prisional geral, os resultados indicaram que tinham sido institucionalizados por períodos mais longos. De facto, uma maior percentagem da amostra de reclusos em segregação administrativa estavam a cumprir penas de prisão perpétua. As pontuações do teste LSI-R indicaram altos níveis de risco de reincidência. Os reclusos na população prisional geral tiveram uma mediana de 3 violações disciplinares durante toda a sua encarceração comparativamente às 21 para a amostra de reclusos em segregação administrativa.

De forma semelhante, O'Keefe (2008) encontrou que os reclusos em segregação administrativa tinham 7 vezes mais probabilidade de terem sido sancionados previamente à segregação administrativa. Porém, o grupo em segregação administrativa não diferiu da população prisional geral a nível das necessidades académicas, vocacionais, relativas ao abuso de substâncias, ofensas sexuais, ou deficiências desenvolvimentais, mas sim apresentaram maiores preocupações a nível psicológico, auto-destrutivo, e em agressividade. A percentagem de reclusos em segregação administrativa com perturbação mental (25%) excedia substancialmente a encontrada na população prisional geral (16%), apresentando igualmente pontuações totais de BPRS mais elevadas do que a restante população prisional geral. O autor encontrou igualmente que, após a entrada na prisão, aqueles reclusos que apresentavam características de personalidade esquizóide, narcisista, antisocial, agressiva, passivo-agressiva, esquizotípica, e borderline ou pensamentos delirantes tinham uma maior propensão para serem posteriormente colocados em regime de segregação administrativa. Contrariamente, as necessidades médicas entre os reclusos em segregação administrativa eram significativamente mais baixas do que as apresentadas na população prisional geral, mostrando a necessidade de implementar serviços de saúde mental extensivos que considerem não apenas a perturbação mental dos ofensores mas também a propensão suicida e agressiva destes.

Num segundo estudo, O'Keefe (2007) comparou indivíduos, 92% dos quais eram homens, com e sem perturbação mental. Os reclusos foram codificados em 4 grupos: (1) Reclusos com perturbação mental em confinamento solitário (n = 443); (2) Reclusos com perturbação mental na população prisional geral (n = 3802); (3) Reclusos sem perturbação mental em confinamento solitário (n = 766); (4) Reclusos sem perturbação mental na população prisional geral (n = 12382). De forma geral, O'Keefe (2007) encontrou diferenças significativas entre todos os grupos para todas as características demográficas. As mulheres apresentavam uma maior propensão para terem problemas de saúde mental do que os

homens, mas estavam menos propensas a serem alocadas em segregação administrativa. Em relação à étnia, encontrou que os reclusos com perturbação mental apresentam maior propensão para serem caucasianos do que reclusos sem perturbação mental, mas, de forma semelhante ao estudo anterior, os reclusos em segregação administrativa eram mais frequentemente hispânicos, mais jovens e com menores habilitações académicas. Pela sua parte, os reclusos sem perturbação mental em população prisional geral apresentam uma pontuação de inteligência mais elevada do que ambos os grupos com perturbação mental, mas todos estão dentro dos parâmetros normais. O historial criminal e o comportamento institucional foram variáveis de utilidade para distinguir reclusos em segregação administrativa daqueles em população prisional geral. Notou-se também que os reclusos em segregação administrativa eram mais violentos e estavam mais envolvidos em grupos de ameaça à segurança, e têm mais infrações disciplinares, e mais momentos de segregação punitiva do que reclusos em população prisional geral. Reclusos com perturbação mental em segregação administrativa manifestaram um maior risco de reincidência, avaliada através do LSI-R, seguindo os com perturbação mental em população prisional geral e os sem perturbação mental em segregação administrativa; pela sua parte, os reclusos sem perturbação mental em população prisional geral tiveram as pontuações mais baixas.

Apesar de que os reclusos em segregação administrativa podiam explicar algumas das diferenças no número de infrações disciplinares e segregação punitivas em relação a outros grupos, a perturbação mental também manifestou ser uma variável importante. Assim, os reclusos com perturbação mental apresentavam maiores frequências de infrações disciplinares e de segregação punitiva do que para os sem perturbação mental, em segregação administrativa, assim como para reclusos com perturbação mental em população prisional geral comparativamente com os sem perturbação mental também em população prisional geral. Igualmente, os reclusos com perturbação mental costumavam envolver-se menos frequentemente em grupos violentos do que aqueles sem perturbação mental.

O'Keefe (2007) encontrou também que os reclusos com perturbação mental na população prisional geral obtiveram valores mais elevados do que aqueles com essas mesmas condições e em segregação administrativa para “uso ou dependência de drogas ou álcool”, “depressão severa, distímia e perturbações depressivas”, “perturbações bipolares”, “ansiedade, perturbação de stress pós-traumático, e fobias”, “esquizófia e perturbações psicóticas”, “perturbação de ajustamento/adaptação”, e “perturbações de identidade de género ou sexuais”. Os reclusos com perturbação mental em segregação administrativa mostraram também maiores pontuações totais na escala BPRS, perturbação de pensamentos, suspeita de

hostilidade, e atividade do que reclusos com perturbação mental em população prisional geral. Estas descobertas sugerem que perturbações mentais são não apenas mais prevalentes em reclusos em segregação administrativa, mas que estes exibem também mais severa psicopatologia. Através de uma regressão logística, O’Keefe (2007) conseguiu determinar as características dos ofensores com maior risco de colocação em segregação administrativa, encontrando que a pertença a grupos violentos parece ser o melhor fator predictor, manifestando quatro vezes mais probabilidades do que os restantes reclusos. Também o comportamento violento, ser homem com perturbação mental e ser hispânico foram identificados como fatores de risco, mesmo quando este último fator foi controlado a partir de outras variáveis, como a pertença a um gangue.

Pela sua parte, Mears et al. (2021) realizaram um estudo sobre a utilização de confinamento solitário por longos períodos de tempo e as potenciais disparidades entre indivíduos que eram colocados neste regime, encontrando que, em comparação com a população prisional geral, os reclusos em confinamento solitário prolongado apresentavam valores únicos em quase todas as dimensões. Os homens eram mais frequentemente colocados nesse confinamento. De forma semelhante ao estudo de O’Keefe (2007), Mears et al. (2021) encontraram que os adolescentes e jovens-adultos, assim como os indivíduos com problemas de saúde mental, tinham maior probabilidade de serem colocados em confinamento solitário prolongado. O abuso de substâncias foi ligeiramente mais elevado na população em confinamento (46%) comparativamente à população prisional geral (40%). Pela sua parte, as habilitações académicas dos reclusos em confinamento solitário eram inferiores quando comparadas com o resto da população prisional, mas a taxa de reincidência era inferior, o que pode explicar-se pela maior percentagem de indivíduos condenados por crimes violentos.

Comparando os reclusos com múltiplas alocações em confinamento e reclusos na população prisional geral, os primeiros apresentaram um nível educativo substancialmente menor, mas a diferença não foi tão larga como para a totalidade da população em confinamento. Em adição, uma maior percentagem do grupo com várias colocações em confinamento prolongado não tinha encarcerações prévias. O perfil de indivíduos colocados em confinamento prolongado nos primeiros 6 meses após encarceração comparativamente com o perfil de indivíduos na população prisional geral também não diferiram positivamente da comparação base (sendo a comparação base entre reclusos em confinamento solitário e população prisional geral). Uma diferença notável, contudo, é que esta população estava ainda mais propensa a ter estado numa unidade de saúde mental ou para ter necessitado de

tratamento ambulatorio com medicação. Também tiveram um nível educativo ainda mais baixo. Finalmente, focando nos reclusos que estiveram em confinamento prolongado por 1 ano ou mais, não foram observadas grandes diferenças quando comparando com a base anteriormente mencionada. O nível de escolaridade perante os reclusos com 1 ano ou mais de confinamento solitário é substancialmente mais baixo quando comparado com os em população prisional geral e a população em confinamento como um todo. Realizaram posteriormente 4 análises logísticas de regressão, não apresentando grandes variações comparativamente à população geral e em confinamento no seu todo. O padrão consistente entre todos os modelos de confinamento solitário prolongado é que as necessidades a nível de saúde mental prediz a colocação em confinamento solitário prolongado tal como colocações em confinamento no início da encarceração e as mesmas de maior duração.

Williams et al. (2019) realizaram um estudo numa prisão de segurança máxima com o objetivo de analisar a relação entre a doença cardiovascular e o aumento da prevalência de diagnóstico de hipertensão em pessoas em confinamento solitário, utilizando como grupo de comparação reclusos da população geral penitenciária. Os autores encontraram que, devido aos reclusos em confinamento solitário terem experienciado uma maior prevalência de hipertensão do que aqueles na ala de segurança máxima, cerca de 1/3 pode experienciar este maior peso associado à doença cardiovascular e custo. Os autores concluíram que o diagnóstico de hipertensão persiste ao longo da vida, sendo que indivíduos em prisão e na comunidade experimentam o mesmo controlo e efeitos cardiovasculares de hipertensão. O foco incidiu nas doenças cardiovasculares relacionadas com a hipertensão e não foram consideradas outras possíveis condições/problemas causados ou agravados por confinamento solitário, sugerindo que a análise subestima o impacto geral de confinamento solitário na saúde e outras consequências associadas.

Pela sua parte, Campagna et al. (2019) desenvolveram um estudo longitudinal com 408 reclusos em 3 períodos de tempo diferentes que se encontravam em supervisão estatal, focando em como o isolamento e fatores protetores afetam as necessidades de intervenção do recluso, incluindo a saúde mental. Os autores encontraram que 28% tinha afiliação a gangue, 68% concluiu o ensino secundário, 34% tinha cometido um crime juvenil previamente, e 76% eram brancos. Campagna et al. (2019) encontraram que o número de dias em confinamento esteve associado negativa e significativamente com a saúde mental, com uma redução de 1.7% na probabilidade de receber uma pontuação mais elevada para saúde mental por cada dia em confinamento solitário. O número de dias em confinamento não demonstrou ter um peso na propensão à mudança, mas ser sem-abrigo conseguia diminuir esta pontuação em

57%. Adicionalmente, algumas variáveis como a taxa de encarceração, idade, crime juvenil, ser sem-abrigo e afiliação a gangue reduziram significativamente a probabilidade do indivíduo conseguir manter um estado de saúde mental positivo. Porém, o respeito à autoridade e o controlo de impulsos não variou. O número de dias em confinamento afetou negativamente o comportamento perante uma figura de autoridade, com uma redução de 2.4% nas probabilidades de exibir comportamento adequado perante essa, mas não se relacionou com um maior controlo de impulsos do recluso. Além disso, encontrar-se em situação de sem-abrigo estava associado a uma redução de 50% das pontuações em controlo de impulsos, mas a conclusão do ensino secundário conseguiu aumentar estas as pontuações em 150%. A participação em programas vocacionais melhorou as pontuações em propensão à mudança, sendo que, por cada hora, existia um aumento de 0.4% nesta variável. Infelizmente, nenhuma variável se relacionou com um aumento do estado de saúde mental positivo.

Strong et al. (2020) examinaram a relação entre o confinamento solitário e os problemas de saúde a nível físico, assim como as disparidades na saúde associadas à encarceração. Com este objetivo, utilizaram uma amostra de 106 homens que estiveram em confinamento solitário por longos períodos de tempo. De forma geral, não foram identificadas diferenças entre a amostra utilizada e uma amostra de comparação em confinamento solitário (que tinha permanecido nesse regime durante um período de tempo menor), mas sim relativamente à população prisional geral, sendo, os últimos, menos violentos, a cumprir sentenças menores, e menos propensos a estarem afiliados a gangues, o que os autores associam ao facto da população prisional ter uma idade média superior, e existir entre a população prisional geral uma menor percentagem de indivíduos hispânicos. Strong et al. (2020) avaliaram os participantes de forma repetida encontrando uma persistência de problemas somáticos ao longo de um ano, mesmo que não foram encontradas relações estatisticamente significativas nas variáveis analisadas. Em relação às disparidades em saúde na população prisional, identificaram problemas de saúde em 63% dos participantes, sendo que 48% tomava medicação, 17% tinha artrite, e 8% experienciou uma recaída durante confinamento, associando os sintomas físicos tanto às condições de privação, como a políticas de privação limitantes do acesso a serviços de saúde, entre os quais inclui a dor musculoesquelética crónica exacerbada pela interseção de condições e políticas de privação.

Finalmente, Hagan et al. (2017) realizaram um estudo longitudinal relacionando o confinamento solitário com os sintomas de perturbação de stress pós-traumático em reclusos recentemente libertados. A maioria dos 119 participantes em confinamento solitário eram

homens (85%), negros não-hispânicos (51%) ou hispânicos (34%), com uma idade média de 44 anos e com habitação temporária (85%). O motivo para terem sido reclusos em regime de isolamento foi uma ação disciplinar (73%), sendo que 42% manteve-se em confinamento entre 1 mês e 1 ano, e 12% durante mais de 1 ano. Muitos deles tinham problemas de saúde mental (42%), diagnóstico de PTSD anterior (17%), e tinham utilizado substâncias ao longo da sua vida (66%). Contudo, nenhum destes fatores diferiu entre aqueles com ou sem historial de confinamento solitário.

Comparando a sua amostra com indivíduos sem historial de confinamento, os autores encontraram que 28% dos participantes apresentou sintomas de PTSD. Contudo, aqueles indivíduos com historial de confinamento estariam mais propensos para reportar sintomas de PTSD do que aqueles sem historial, sendo que o historial de confinamento solitário e as condições de saúde mental crónicas estavam altamente associadas a uma avaliação de PTSD. Hagan et al. (2017) procederam a excluir os participantes com diagnóstico de PTSD prévio para eliminar o efeito desta variável. Contudo, os sintomas de PTSD mantiveram-se mais comuns entre aqueles indivíduos que estiveram em confinamento em solitário. Assim, os autores concluíram que existe uma relação entre sintomas de PTSD e o confinamento solitário, mas apenas entre aqueles indivíduos que não apresentam antecedentes de doença mental crónica.

## **Discussão**

Perante a questão principal do presente trabalho, relativa aos efeitos de confinamento solitário na saúde física e mental do recluso, e apesar da escassez de estudos empíricos na temática, é possível extrair algum conteúdo substancial que permita argumentar o tema. Perante as várias análises realizadas, questionários, entrevistas, revisão de fichas clínicas e disciplinares, etc. observou-se, na grande maioria dos estudos incluídos, que a utilização de confinamento solitário como medida punitiva tinha efeitos na saúde do recluso assim como na sua qualidade de vida.

Em primeiro lugar, encontramos que a nível físico existe uma maior propensão para desenvolvimento de várias problemáticas assim como para o aumento ou permanência, ao longo do tempo, dessas. Esses problemas passam pela maior propensão de desenvolvimento de hipertensão (Williams et al., 2019), de doenças cardiovasculares, com agregada redução de

qualidade de vida, preocupações somáticas variadas, retardação motora assim como hiperatividade motora, e hipersensibilidade sensorial (Reiter et al., 2020). Observam-se ainda sintomas físicos associados a condições de privação, a políticas de privação limitantes do acesso a serviços de saúde, e dor musculoesquelética crónica exacerbada pela interseção de condições e políticas de privação (Strong et al., 2020). As condições estritas de confinamento solitário, a nível de redução de tempo para atividades recreativas, contacto social, e espaço físico de pequena dimensão apenas contribuem para a ideia de efeitos negativos na saúde física do recluso em confinamento solitário, possibilitando e aumentando, até, o desenvolvimento de certas doenças ou problemas que, sem tratamento adequado, persistirão. Uma vez que essas mesmas condições limitam o acesso a serviços de saúde, menor a possibilidade de tratamento adequado e rápido perante todos os que necessitam desses, que, independentemente de aumentar ou não o número de casos de reclusos em confinamento solitário com sintomas físicos, certamente não diminuirá. Em relação às preocupações somáticas foi identificado que estas foram aumentando para a população em confinamento solitário e para aqueles que, no ano seguinte, estavam já na população prisional geral. Ou seja, observa-se a persistência de vários sintomas negativos assim como o seu aumento, em confinamento solitário, indicando a inexistência de condições e serviços apropriados. Uma imagem mais quantitativa do desgaste criado perante a vertente física do recluso pelo confinamento solitário é notada num outro estudo (Strong et al., 2020) onde 63% dos reclusos apresenta problemas de saúde, 48% requer medicação, e 17% tem artrite. Estes valores levam, além de tudo o que já foi indicado anteriormente, a acreditar que este tipo de segregação gera, com alguma facilidade, o desenvolvimento de problemas físicos, os quais, devido às condições limitativas desta punição, não seriam rápida nem eficazmente tratados.

A saúde mental acaba por ser algo mais estudada e mencionada, mesmo que se note a extrema escassez de dados e informação sobre essa no perímetro de confinamento solitário. Vários foram os aspetos observados que, de algum modo, estão relacionados a confinamento solitário, no qual este último deteriora ou inicia a condição mental do recluso.

Observou-se a presença assim como o aumento de gravidade para depressão, ansiedade, culpabilidade, hostilidade, alucinações, excitação, positivo (alucinações, pensamentos incomuns e desorganização conceptual), DAGS (depressão, ansiedade, culpabilidade e preocupações somáticas) e mania (humor elevado, distração, hiperatividade motora e excitação) para uma amostra de população em confinamento solitário, mantendo-se valores mais elevados para a população em confinamento solitário, ou, no mínimo, idênticos

aos da população prisional geral (Reiter et al., 2020). Num outro estudo (Strong et al., 2020), verificou-se que os sintomas clinicamente significativos em parte da população em confinamento solitário mantiveram-se, chegando até a aumentar. Uma constante ao longo dos estudos analisados foi a de uma elevada percentagem de reclusos em confinamento ter passado algum tempo em unidade de saúde mental, estar sobre serviços de saúde mental ou ter estado, especialmente para aqueles em confinamento prolongado, assim como de maior necessidade de tratamento ambulatorio e tratamento ambulatorio com medicação (Mears et al., 2021). As necessidades de saúde mental indicavam maior propensão a ser colocado em confinamento solitário. A saúde mental e alguns parâmetros demográficos demonstraram predizer o confinamento solitário prolongado, tal como as necessidades de saúde mental e tempo em unidade de saúde mental, que apresentaram valores ainda mais elevados. A perturbação mental, em termos de incidência, demonstrou também estar exponencialmente mais presente ao longo dos anos para população em confinamento solitário, enquanto que para a população prisional geral o aumento foi, apesar de notório, muitíssimo menor.

Notou-se ainda sintomas psiquiátricos significativos para ¼ de uma outra amostra em confinamento, e distress psicológico a longo prazo (Reiter et al., 2020). Para esse estudo foram encontrados ainda valores alarmantes indicativos de automutilação, tentativa de suicídio e perturbação mental severa durante o período de confinamento solitário, sendo que reclusos com perturbação mental severa estariam mais propensos a reportar todos os outros sintomas, demonstrando uma comorbilidade. Na mesma sequência, também a incidência de perturbação mental demonstrou ser ¼ para reclusos em confinamento, tal como preocupações psicológicas e autodestruição, com dados menores para a população prisional geral (O'Keefe, 2008). Foram identificados valores mais elevados para a maioria das variáveis incluídas no estudo (O'Keefe, 2008) (traço de personalidade (1); síndrome clínico (2)) nos reclusos em confinamento solitário: 1 - equizoide, evitação, narcisista, antisocial, agressivo, passivo-agressivo, esquizotípico, borderline, paranóide; 2 - ansiedade, dependência de álcool, dependência de substâncias, stress pos-traumático, perturbação de pensamentos, transtorno delirante. A propensão para alocação em confinamento solitário acabou por aumentar para reclusos com características de personalidade esquizoide, narcisista, antisocial, agressiva, passivo-agressiva, esquizotípica, e borderline ou pensamentos delirantes. Pontuações de LSI-R, assim como o número de infrações disciplinares, segregação punitiva e de perturbação mental, foram mais elevados para aqueles com perturbação mental do que sem, e em confinamento solitário do que em população prisional geral (O'Keefe, 2008).

Apesar das tentativas de suicídio, já mencionadas anteriormente (Reiter et al., 2020), observamos um contraste com a ideia da maioria, nalguma das amostras, conceber o confinamento solitário como um local onde se podem sentir em “segurança”.

Valores para outras perturbações mentais foram ainda notados como mais elevados perante toda a população com diagnóstico de perturbação mental, tanto em confinamento solitário como em população prisional geral, comparativamente àqueles em ambas as condições mas sem diagnóstico prévio, contabilizando “perturbações de hiperatividade e défice de atenção” e “outro” bastante mais elevadas para aqueles em confinamento.

Na população em confinamento foram observados níveis mais elevados de isolamento social, menores níveis de saúde mental positiva e maior deterioração mental (Campagna et al., 2019). Apesar da saúde mental ter sido comum em reclusos em confinamento solitário, também o diagnóstico de PTSD e o uso de substâncias foram comuns. Sintomas positivos para PTSD em cerca de 1/3 da amostra em confinamento, assim como uma maior propensão para esses mesmos sintomas nos casos de reclusos com historial de confinamento prévio, estando, assim, o historial de confinamento e as condições de saúde mental altamente associadas a PTSD (Hagan et al., 2017).

Vários aspetos observados ao longo dos estudos utilizados são, de algum modo, constantes ou apresentam informação que não consta nos seus pares. Os seguintes dados demonstram maior propensão para colocação em confinamento solitário, constantes perante os vários estudos, ou, e essencialmente, fatores que tenham impacto na qualidade de vida do recluso.

Ao longo dos estudos observou-se que a população em confinamento variava altamente em todos os parâmetros demográficos relativamente à população prisional geral (Mears et al., 2021). A idade e o sexo foram prevalentes para uma maior propensão de ser colocado em confinamento solitário assim como era mais constante em reclusos já em confinamento, sendo maioritariamente homens, e com idades mais jovens, especialmente entre os 18 e 24 anos, assumindo, na generalidade, uma média que rondaria os 35 anos. A propensão a diagnóstico de perturbação mental, contudo, demonstrou ser maior para mulheres em algum dos estudos (O’Keefe, 2007), mas poderá estar associado à discrepância da amostra, observando-se o mesmo para a maior incidência de momentos de segregação para essas e menos tempo necessário para a sua reincidência nesse parâmetro. Vários foram ainda

os estudos que apresentaram a média de tempo em confinamento solitário, como de 14,5 meses num deles, e 2 anos noutro.

O nível de escolaridade/educação foi igualmente notado como mais baixo para reclusos em confinamento, muito regularmente terminando a sua educação formal antes da conclusão do ensino secundário, obtendo ainda menores pontuações no TABE e de QI no CFIT (O’Keefe, 2008). Essa pontuação de inteligência seria, igualmente, maior para indivíduos em população geral e sem perturbação mental do que para os em confinamento e com perturbação mental (nota-se que a perturbação mental agiu como mais incidente, seguindo-se a colocação em confinamento solitário). Uma mais elevada propensão para a sua pena ter sido por crime violento e essa ser mais longa ou até perpétua foi notada para os reclusos em confinamento tal como as pontuações mais elevadas para LSI-R, risco criminal e propensão para a reincidência. A probabilidade de violações disciplinares e propensão para sanção por confinamento solitário foi 7x mais elevada para reclusos em confinamento solitário (O’Keefe, 2008). Conjuntamente com mais problemas gerais de abuso de substâncias e mais encarcerações prévias, especialmente por ofensa violenta, a população em confinamento nos primeiros 6 meses de encarceração estaria ainda mais propensa a nível educativo mais baixo, e a ter estado numa unidade de saúde mental ou necessitem de tratamento ambulatorio com medicação (Mears, 2021). Encarceração prévia apresentou maior propensão a confinamento, ao contrário de abuso de substâncias, dependência psicológica, nível educativo e sem domínio da língua inglesa. Homens reclusos que passaram tempo numa unidade de saúde mental e reclusos com tratamento ambulatorio com medicação estariam mais propensos a confinamento nos primeiros 6 meses assim como a confinamento prolongado de 1 ano ou mais (Mears, 2021). Para a população prisional geral observa-se, claramente, o oposto. Seriam, na sua generalidade, mais velhos, menos violentos (considerando tanto agressividade como um histórico criminal menos violento), menores sentenças, e ainda com uma menor propensão a afiliação a gangue (Strong et al., 2020). Alguns aspetos apenas foram observados através de entrevistas a reclusos em confinamento solitário, como a severidade da carga emocional, sentimento de isolamento social, hipersensibilidade sensorial e perda de identidade (Reiter et al., 2020).

Contudo, a literatura mostra que o confinamento pode, em alguns casos, trazer, aos reclusos, uma certa “paz mental” e menos problemas quando em confinamento ao evitar stress, violência e “coisas sem sentido” às quais estariam mais propensos na população prisional geral (Valera e Benman, 2016).

Ainda, homens reclusos com perturbação mental tinham maiores chances dessa mesma segregação comparativamente àqueles sem qualquer diagnóstico de perturbação mental. O historial criminal acabou por ser maior e possibilitando a dedução de maior perigosidade pelos reclusos em confinamento, o que segue a linha de pensamento de reclusos em confinamento solitário apresentarem maior perigosidade comparativamente àqueles na população prisional geral.

Apresenta-se uma maior propensão para confinamento por ofensas violentas e má conduta. O número de dias em confinamento afetou negativamente o comportamento perante autoridade, sendo esse valor reduzido se afiliado a gangue ou caso seja sem-abrigo, não afetando igualmente, o número de dias em confinamento, a probabilidade de controlo de impulsos (Campagna et al., 2019). A conclusão do ensino secundário e o número de horas de programas vocacionais aumentou as chances de controlo de impulsos e de propensão à mudança, respetivamente.

### **Conclusão**

Perante todas bases de dados de onde se extraíram artigos e documentos a utilizar, e observando o reduzido número de estudos que, de algum modo, se centram nos efeitos do confinamento solitário na saúde física e mental do recluso ou que a comentam direta ou indiretamente, o concluído em primeira instância é precisamente o escasso número de estudos empíricos observados assim como a necessidade de serem desenvolvidos mais estudos de investigação na matéria.

Muitos são os efeitos do confinamento solitário na saúde do recluso como na qualidade de vida do mesmo, não estando, esse confinamento, unicamente relacionado com uma deterioração e possível desenvolvimento de condições de saúde adversas, como o próprio diagnóstico de perturbação mental também indica uma maior propensão à alocação do recluso em confinamento solitário. Deste modo, há que considerar a necessidade e ética deste recurso assim como os efeitos que produz na população sobre a qual se utiliza. A nível prático, um maior contacto com o exterior, mais tempo de atividades recreativas, seriam boas práticas que, apesar do recluso ter que ser “punido” por qualquer infração ocorrida anteriormente, essa punição não deverá prejudicar gravemente o bem-estar do recluso nem a sua saúde, física ou mental.

O diagnóstico de perturbações mentais assim como de efeitos na condição física do recluso, apenas contribuiriam para a redução da qualidade de vida do mesmo, tanto a curto como longo prazo, o que não se justifica uma vez sendo aplicada a pena em prol único de restringir a liberdade do mesmo. Uma vez que essa restrição, num formato mais viril e de difícil adaptação, possibilita gerar ou apressar condições prévias, ou não, de sintomatologia, outros métodos deverão ser tomados para garantir que isto não sucede. Mais estudos práticos são requeridos para aumentar a base de dados que permita, com toda a certeza, indicar os efeitos existentes de confinamento solitário no recluso, especialmente a nível da sua qualidade de vida, estando essa interligada com a saúde mental e física.

## Referências

- Shalev, S. (2008). *A Sourcebook on Solitary Confinement*. [Em linha]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/45428618\\_A\\_Sourcebook\\_on\\_Solitary\\_Confinement](https://www.researchgate.net/publication/45428618_A_Sourcebook_on_Solitary_Confinement) [Consultado em 02/07/2023].
- Guenther, L. (2011). Subjects Without a World? An Husserlian Analysis of Solitary Confinement. *Hum Stud* **34**, 257–276. <https://doi.org/10.1007/s10746-011-9182-0>
- Haney, C. (2003). Mental Health Issues in Long-Term Solitary and “Supermax” Confinement. *Crime & Delinquency*, *49*(1), 124-156. <https://doi.org/10.1177/0011128702239239>
- Naday, A., Freilich, J. D., & Mellow, J. (2008). The Elusive Data on Supermax Confinement. *The Prison Journal*, *88*(1), 69-93. <https://doi.org/10.1177/0032885507310978>
- Valera, P., Kates-Benman, C. (2015). Exploring the Use of Special Housing Units by Men Released From New York Correctional Facilities: A Small Mixed-Methods Study. *Am J Mens Health*. 2016 Nov;*10*(6):466-473. doi:10.1177/1557988315569880. Epub 2015 Mar 10. PMID: 25759366
- O'Keefe, M. L. (2008). Administrative segregation from within: A corrections perspective. *The Prison Journal*, *88*(1), 123–143. <https://doi.org/10.1177/0032885507310999>

- O’Keefe, M. (2007). Administrative Segregation for Mentally Ill Inmates. *Journal of Offender Rehabilitation*, 45:1-2, 149-165, DOI: 10.1300/J076v45n01\_11
- Mears, D. et al. (2021). Extended Solitary Confinement for Managing Prison Systems: Placement Disparities and Their Implications. *Justice Quarterly*, 38:7, 1492-1518, DOI: 10.1080/07418825.2021.1944286
- Reiter, K. et al. (2020). Psychological Distress in Solitary Confinement: Symptoms, Severity, and Prevalence in the United States, 2017-2018. *Am J Public Health*. 2020 Jan;110(S1):S56-S62. doi: 10.2105/AJPH.2019.305375. PMID: 31967876; PMCID: PMC6987940.
- Williams, B. et al. (2019). The Cardiovascular Health Burdens of Solitary Confinement. *J Gen Intern Med*. 2019 Oct;34(10):1977-1980. doi: 10.1007/s11606-019-05103-6. PMID: 31228050; PMCID: PMC6816726.
- Campagna, M. et al. (2019). Understanding Offender Needs Over Forms of Isolation Using a Repeated Measures Design. *The Prison Journal*, 99(6), 639-661. <https://doi.org/10.1177/0032885519877356>
- Strong, J. et al. (2020). The body in isolation: The physical health impacts of incarceration in solitary confinement. *PLoS ONE* 15(10): e0238510. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238510>
- Hagan, B. et al. (2018). Transitions Clinic Network. History of Solitary Confinement Is Associated with Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms among Individuals Recently Released from Prison. *J Urban Health*. 2018 Apr;95(2):141-148. doi: 10.1007/s11524-017-0138-1. PMID: 28281161; PMCID: PMC5906377.

## **CAPITULO 2. SAÚDE, BEM-ESTAR E QUALIDADE DE VIDA EM CONTEXTO PRISIONAL: ESTUDO EMPÍRICO**

### **Introdução**

Na primeira parte do presente trabalho foi evidenciado quais são os efeitos do confinamento solitário no recluso, a níveis físico, mental e de qualidade de vida e bem-estar. Como foi mencionado, esses mesmos efeitos diferem, de algum modo, entre estudos, apesar de existir um critério base, mesmo que se considere que nem todos os estudos apresentarão dados semelhantes. Considerando isto, e uma vez que, para realizar o presente estudo, o acesso a dados de reclusos em confinamento solitário não foi possível, centramos a nossa atenção nos efeitos da privação de liberdade no recluso em regime ordinário.

As condições na população prisional geral, quando comparadas com a população em confinamento solitários, são, notoriamente, menos estritas, possibilitando maior contacto social e tempo para atividades recreativas, o que sugere uma ideia distinta de qualidade de vida entre formatos de encarceração. Contudo, a escassez de estudos sobre a saúde mental em contexto prisional demonstra a necessidade de realizar mais pesquisa e investigação no campo.

Em contexto prisional, muitos são os desafios que o indivíduo tem que enfrentar, nomeadamente os relativos à sua saúde. A própria literatura científica tem identificado que a população em situação de reclusão apresenta uma maior prevalência de doenças infecciosas (cf., Dolan et al., 2016) e mentais (cf., Fazel & Baillargeon, 2011). Outros estudos mostram que a população reclusa também apresenta estilos de vida menos saudáveis em comparação com a população geral, como o consumo de substâncias, falta de atividade física, dieta pouco saudável e um menor acesso a cuidados de saúde (Herber, Plugge, Charles, & Doll, 2012; Moschetti et al., 2015).

A nível da saúde mental, nos últimos anos têm sido muitos os estudos centrados nos efeitos que o confinamento, produzido pelo vírus COVID-19, tem gerado na população geral, sendo este associado a problemas, como a perturbação de ansiedade (Barari et al., 2020; Lima et al., 2020), depressão (Pancani, Marinucci, Aureli, & Riva, 2020) e comportamento suicída (Barbisch, Koenig & Shih, 2015).

Mas quando o isolamento social e a restrição de movimentos é imposto de forma quotidiana através da aplicação de medidas penais, nomeadamente da pena de prisão, parece lógico assumir que, mesmo sendo realidades diferentes, poderão produzir efeitos na saúde mental e na qualidade de vida semelhantes. Os efeitos da privação de liberdade na saúde mental têm sido muito menos estudados, embora alguns estudos mostrem que o processo de adaptação ao meio prisional poderá ser longo e com dificuldades, manifestando-se através de sintomas de ansiedade e depressão (Azevedo, 2014). Estes sintomas depressivos associam-se à perda do contacto social, com um aumento ao longo do tempo, enquanto que a sintomatologia de ansiedade aumenta, ou diminui, consoante a reação e adaptação a este meio (Ruiz, 2007), adotando, por vezes, o uso de psicotrópicos como solução para contrariar esta situação (Ministério da Saúde, 2020).

Com o presente estudo pretende-se avaliar as consequências da aplicação da pena privativa de liberdade na saúde mental e física do recluso e na sua qualidade de vida, mais concretamente através de cinco variáveis: perceção de saúde, perceção da qualidade de vida, perceção de segurança em contexto prisional, ansiedade e depressão.

Procura-se que o presente estudo possa contribuir para um melhor entendimento dos efeitos e perceções no recluso que se produzem no sistema prisional, uma vez sendo pontos de maior importância para estabelecer o nível de bem-estar geral dos mesmos. Pretende-se, em última instância, relacionar os resultados encontrados pela literatura em reclusos em confinamento solitário com os nossos resultados em contexto prisional português.

## **Método**

### *Participantes*

Para realizar o presente estudo, foi utilizada uma amostra de 255 participantes, 182 do sexo masculino (71,4%), entre os 20 e os 72 anos ( $M=42,65$ ;  $DP= 11,70$ ), a grande maioria deles (233) de nacionalidade portuguesa (91,4%). Do total da amostra, 111 participantes (43,5%) eram solteiros, 64 (25,1%) eram separados ou divorciados, 55 casados (21,6%), 10 viúvos (3,9%) e 15 (5,9%) que se encontravam numa outra situação. No que diz respeito às variáveis legais, encontramos que 220 (86,3%) se encontravam em prisão efetiva e 154

(60,4%) eram primários. Em relação ao nível de escolaridade, 29 (11,4%) frequentou até o 1º Ciclo do Ensino Básico/Escola Primária (1ª à 4ª classe), 63 (24,7%) 2º Ciclo do Ensino Básico/Escola Preparatório (5º e 6º ano), 74 (29%) 3º Ciclo do Ensino Básico (7º ao 9º ano), 64 (25,1%) Ensino Secundário (10º ao 12º ano), e apenas 22 (8,7%) frequentaram Licenciatura ou 1º Ciclo do Ensino Superior, Mestrado 2º Ciclo do Ensino Superior ou Doutoramento 3º Ciclo do Ensino Superior.

### *Instrumentos*

Os dados para a presente investigação foram recolhidos através de dois questionários. Em primeiro lugar, utilizamos um questionário sociodemográfico, que incluía variáveis como sexo, idade, escolaridade, estado civil, profissão principal, principal atividade no estabelecimento prisional, se o participante é ou não estrangeiro, situação penal, antecedentes criminais, se o recluso recebia visitas, se se encontrava a cumprir pena perto da sua área de residência, se tinha contato regular com familiares e amigos, se já tinha beneficiado de Licenças de Saída Jurisdicionais, o tempo de condenação, o tempo que esteve em prisão efetiva, o consumo de substâncias ilícitas anteriores à reclusão, o número de pessoas com as quais convive na cela/camarata, e quantas delas mantêm uma atividade regular (trabalho ou ensino).

Em segundo lugar, foi aplicado o Questionário Qualidade de Vida em Contexto Prisional, que foi construído para o presente estudo a partir de outros instrumentos que avaliam a qualidade de vida, como o OxCAP (Oxford CAPabilities questionnaire-Mental Health), de Vergunst, Jenkinson, Burns, Anand, Gray, Rugkåsa, e Simon (2017). O OXCAP é um instrumento que pretende avaliar diferentes dimensões do bem-estar desde uma perspetiva de capacidade.

O questionário foi dividido em vários módulos:

Módulo 1. Saúde mental e qualidade de vida (6 itens). Este módulo inclui um item de percepção de saúde que pertence ao questionário MOS SF-36 (cuja utilização é cedida pela RAND Corporation automaticamente desde que se trate de um estudo não financiado), assim como um item de percepção geral de qualidade de vida, que foi construído para o presente estudo. Foram incluídos igualmente 4 itens relativos à limitação das atividades diárias e contato com familiares e amigos, problemas de sono e incapacidade para desfrutar de

atividades de lazer. Foi acrescentada a este módulo a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão Clínica de Zigmond e Snaith (1983), validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses, e Baltar (2007). A HADS está composta por 14 itens, dos quais sete avaliam ansiedade (HADS-A) e sete, depressão (HADS-D). Cada um dos seus itens pode ser pontuado de 0 a 3 (máx. 21 pontos para cada escala). Não é preciso obter autorização para a utilização deste instrumento, uma vez que os investigadores validaram a escala. Algumas questões foram eliminadas para o questionário se adaptar à pesquisa.

Módulo 2. Satisfação em relação à habitação/alojamento durante o confinamento, composto por 7 itens que incluem a satisfação do participante em relação à algumas condições de habitação, como a luminosidade do local, arejamento, etc.

Módulo 3. Perceção de segurança durante o confinamento/período de reclusão, composto por 2 itens (+10, caso se responda de forma positiva a um dos anteriores). Referem-se à possibilidade percebida pelo participante de ser agredido ou discriminado, e os motivos para estas.

Módulo 4. Consequências do isolamento social, cujas questões se referem a 11 atividades que o participante pode ter sentido a falta durante o confinamento ou período de reclusão.

Módulo 5. Questionário de autonomia. Este questionário foi construído pelos investigadores baseando-se no The Forensic Restrictiveness Questionnaire (FRQ), de Tomlin (2019). O FRQ pretende avaliar a forma na qual os pacientes percebem as restrições que se aplicam aos cuidados de saúde e tratamento em contexto psiquiátrico. De forma a conseguir atingir os objetivos do presente estudo, tomando como referência o FRQ, foram construídos dois questionários: Uma versão de 7 (sete) itens centrada na experiência de confinamento e outra de 14 (catorze) itens centrada na estadia em contexto prisional.

Módulo 6. Questionário sobre qualidade de vida em contexto prisional. O questionário que será utilizado no presente estudo é da autoria da pesquisa de investigação. A construção do instrumento baseia-se em duas fontes principais: na literatura científica sobre o contexto prisional e outros instrumentos de avaliação da qualidade de vida, como é o caso do MQPL - Medição da Qualidade de Vida na Prisão (Liebling, Hulley, & Crewe, 2011), ou questionário Oxford CAP. Embora o MPQL possa ser um bom instrumento para avaliar da qualidade de

vida em contexto prisional em algumas realidades, este questionário parece pouco adequado no contexto prisional português, quer pela sua extensão (163 itens), como por introduzir questões particularmente sensíveis no nosso contexto social e penal (ex., questões relativas ao consumo de drogas ou raça) ou que não se aplicam ao contexto penal português. Elaboramos assim um questionário próprio, composto por 48 perguntas, de resposta fechada, que incluem questões relativas ao bem-estar e desenvolvimento, ajuda e assistência em contexto prisional, contacto com a família, adaptação prisional ou perceções sobre o tratamento prisional.

### *Procedimento*

Primeiramente, após o parecer positivo da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (Anexo 1) e autorização formal da Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) (Anexo 2), entrou-se em contacto com as direções dos estabelecimentos prisionais nos quais se realizou o levantamento de dados, o qual se organizou como se explicita de seguida.

Apenas se incluíram determinados participantes consoante alguns critérios de inclusão que serviram de base para garantir os mais claros e reais dados para todas as questões ao longo dos dois questionários utilizados. Como tal, incluíram-se todos os reclusos que cumprissem os seguintes critérios: estivessem a cumprir uma pena de prisão; não apresentassem qualquer anomalia psíquica; demonstrassem capacidade para dar o seu consentimento informado; dominassem a língua portuguesa a nível falado e escrito; e aceitassem participar voluntariamente no estudo, assinando o consentimento informado por vontade própria.

Após o contacto com os reclusos, mediado pelos funcionários do Estabelecimento Prisional (EP), foi pedida a participação na investigação, sendo explicados os objetivos da investigação de forma verbal. Igualmente, foi explicado que a participação no estudo era voluntária, anónima e de carácter confidencial, e que esta participação não teria nenhuma consequência, nem positiva nem negativa, no seu percurso prisional. Foram ainda informados de que eram livres de desistirem em qualquer momento, mesmo tendo começado a responder aos questionários.

Foi dada aos participantes a possibilidade de esclarecerem todas as dúvidas pessoalmente, reservando-se alguns minutos de forma a verificar que os potenciais participantes realmente compreenderam os objetivos e as consequências da participação, e que o consentimento dado era verdadeiro. Caso o indivíduo aceitasse participar, era apresentado o formulário de consentimento informado (Anexo 3) para leitura e rúbrica do mesmo. O formulário foi apresentado em duplicado de forma a que o participante conservasse uma cópia do mesmo. O consentimento informado assinado pelos participantes foi mantido sempre separado dos questionários respondidos, de forma a não ser possível emparelhar os documentos.

Após a assinatura do documento, procedeu-se à aplicação do Questionário Sociodemográfico (Anexo 4) e do Questionário de Qualidade de Vida em Contexto Prisional (Anexo 5). Os questionários foram administrados em formato papel, sendo auto-preenchidos pelos respondentes. Contudo, os participantes foram assistidos neste preenchimento. Após a finalização deste processo foi indicado ao participante que, caso o preenchimento do questionário lhe tenha feito considerar que de alguma forma a sua saúde mental estivesse fragilizada, deveria contactar os serviços clínicos do EP.

A administração de todos os instrumentos demorou aproximadamente 40-50 minutos para cada participante. Os dados levantados foram codificados numa base de dados em que não constam quaisquer informações que permitam identificar os respondentes. Apenas os investigadores envolvidos no projeto tiveram acesso aos questionários respondidos e à base de dados que foi construída. Os resultados nunca foram transmitidos nominalmente. Todas as informações sobre os dados e resultados, como por exemplo, comunicações dirigidas ao público de contexto científico ou outros apenas dirão respeito ao grupo avaliado e em momento algum a indivíduos específicos, assegurando-se em todos os momentos a confidencialidade e anonimato no que respeita aos dados recolhidos.

## **Resultados**

No presente trabalho são apenas apresentados os resultados encontrados para as variáveis percepção de saúde, percepção de qualidade de vida, percepção da segurança (possibilidade de ser agredido), ansiedade e depressão. A seguir, são apresentados, a nível descritivo, os dados da amostra total e por sexo, assim como a sua relação individual com os antecedentes criminais e a situação penal.

Com o objetivo de identificar as análises estatísticas a realizar, procedeu-se à verificação da normalidade das variáveis utilizadas (perceção de saúde, perceção de qualidade de vida, perceção da segurança, ansiedade e depressão) através dos testes de Kolmogorov-Smirnov e de Shapiro-Wilk, encontrando-se que nenhuma das variáveis em estudo seguem uma distribuição normal, pelo que se optou pela utilização de análises não-paramétricas para a comparação entre os grupos, mais concretamente U de Mann-Whitney. Muito embora, quando se utiliza o Teste de Mann-Whitney seria utilizada a mediana (Md) e intervalo interquartilico (IQQ), foram ainda calculados os valores para a média (M) e desvio-padrão (DP) para a totalidade da amostra assim como para as mulheres e para os homens em cada uma das variáveis mencionadas (Tabela 1), incluindo os dados ao longo da apresentação dos resultados de cada variável. A utilização da M e DP não é incorreta para descrever as diferenças entre os grupos, tendo ainda a vantagem de utilizar os valores originais da variável (Martins, 2011).

**Tabela 1**

*Relação entre Sexo e Perceção geral de saúde, Perceção de qualidade de vida, Possibilidade de ser agredido, Ansiedade e Depressão*

	Mulheres (N=73)				Homens (N=182)				Total (N=255)			
	M	Md	DP	IQQ	M	Md	DP	AI	M	Md	DP	IQQ
P. geral de saúde	2,60	2	1,25	1	3,11	3	1,23	2	2,96	3	1,29	2
P. qualidade de vida	2,22	2	1,10	2	2,19	3	1,15	2	2,20	2	1,13	2
P. ser agredido	2,88	3	1,68	3	3,50	4	1,34	1	3,31	4	1,47	2
Ansiedade	11,05	11	3,17	5	8,78	9	3,92	5	9,50	9	3,85	5
Depressão	1,33	8	4,55	6	6,41	6	4,31	6	6,70	6,5	4,40	7

Em relação à perceção de saúde (Tabela 2) verifica-se que, a população prisional apresenta uma perceção de saúde que podemos considerar essencialmente como razoável (M=2,96; Md=3; DP=1,29; IQQ=2). De forma geral, encontramos que a maioria das mulheres em situação de reclusão considera a sua saúde razoável (42,5%) ou boa (19,2%), e que a maioria dos homens considera, também, a sua saúde boa (32,2%) ou razoável (23,2%).

Nota-se ainda que uma maior percentagem de homens considera a sua saúde como muito boa (14,1%) ou ótima (19,8%), valores muito mais elevados comparativamente às mulheres, que consideram em menor frequência a sua saúde como muito boa (8,2%) e ótima (13,7%). Ainda, mais mulheres consideram a sua saúde como fraca (16,4%) do que homens, que consideram em menor percentagem a sua saúde como fraca (10,7%).

Analisando esta variável por sexo, encontramos que os homens apresentam uma pontuação superior ( $M=3,11$ ;  $Md=3$ ;  $DP=1,23$ ;  $IQQ=2$ ) à das mulheres ( $M=2,60$ ;  $Md=2$ ;  $DP=1,25$ ;  $IQQ=1$ ), sendo esta diferença estatisticamente significativa ( $U=8044,50$ ;  $p<,05$ ), o que indica que as mulheres percebem que a sua saúde é mais frágil.

**Tabela 2**

*Relação entre Percepção de Saúde e Sexo (frequência e percentagens)*

	Mulheres	% Mulheres	Homens	% Homens	Total	% Total
Fraca	12	16,4	19	10,7	31	12,4
Razoável	31	42,5	41	23,2	72	28,8
Boa	14	19,2	57	32,2	71	28,4
Muito boa	6	8,2	25	14,1	31	12,4
Ótima	10	13,7	35	19,8	45	18,0
Total	73	100	177	100	250	100

Em relação à percepção sobre a qualidade de vida (Tabela 3), os participantes no estudo definem a sua qualidade de vida como razoável ( $M=2,20$ ;  $Md=2$ ;  $DP=1,13$ ;  $IQQ= 2$ ), observando-se que a maioria das mulheres considera a sua qualidade de vida como razoável (41,1%) ou fraca (27,4%). Pela sua parte, a maioria dos homens considera, igualmente, a sua qualidade de vida como razoável (41,2%) ou fraca (29,9%). Contudo, encontramos uma maior percentagem de mulheres entendem que a sua qualidade de vida é boa (19,2%) ou muito boa (6,8%), comparativamente com os homens que afirmam que a sua qualidade de vida é boa (16,4%) ou muito boa (4,5%). Paradoxalmente, uma maior percentagem é observada para homens que consideram a sua qualidade de vida como ótima (7,9%), enquanto que mulheres consideram a sua qualidade de vida como ótima (5,5%) em menor grau. Do ponto de vista

estatístico, não foram encontradas diferenças significativas entre homens (M=2,19; Md=3; DP=1,15; IQQ=2) e mulheres (M=2,20; Md=2; DP=1,13; IQQ=2) na percepção da qualidade de vida (U=6264,00; p<,05).

**Tabela 3**

*Relação entre Qualidade de Vida e Sexo (frequência e percentagens)*

	Mulheres	% Mulheres	Homens	% Homens	Total	% Total
Fraca	20	27,4	53	29,9	73	29,2
Razoável	30	41,1	73	41,2	103	41,2
Boa	14	19,2	29	16,4	43	17,2
Muito boa	5	6,8	8	4,5	13	5,2
Ótima	4	5,5	14	7,9	18	7,2
Total	73	100	177	100	250	100

Encontramos que, em relação à percepção relativa à possibilidade de serem agredidos (Tabela 4), as respostas dos participantes apontaram para uma baixa probabilidade de agressão (M=3,31; Md=4; DP=1,47; IQQ=2). Contudo, realizando uma comparação entre homens e mulheres, encontramos que existem diferenças estatisticamente significativas no relativo à percepção da probabilidade de ser agredido em contexto prisional (U= 7518,50, p<0,05), indicando igualmente as mulheres (M=2,88; Md=3; DP=1,68; IQQ=3) uma maior variabilidade de respostas em relação à probabilidade de serem agredidas do que os homens (M=3,50; Md=4; DP=1,34; IQQ=1). É necessário reparar que no questionário este item era invertido, pelo que um valor superior indica menor probabilidade de agressão. Mais concretamente, as mulheres (M=2,88; Md=3; DP=1,68; IQQ=3) tendem a indicar uma maior probabilidade de serem agredidas do que os homens (M=3,50; Md=4; DP=1,34; IQQ=1). Assim, as respostas das mulheres tendem a agrupar-se para “muito provável” (35,6%), no entanto as dos homens tendem a o fazer para “pouco provável” (34,9%).

**Tabela 4***Relação entre Percepção de Segurança e Sexo (frequência e percentagens)*

	Mulheres	% Mulheres	Homens	% Homens	Total	% Total
Muito provável	26	35,6	16	9,5	42	17,4
Provável	5	6,8	24	14,2	29	12,0
Nem provável nem improvável	13	17,8	35	20,7	48	19,8
Pouco provável	14	19,2	59	34,9	73	30,2
Muito pouco provável	11	15,1	24	14,2	35	14,5
NS/NR	4	5,5	11	6,5	15	6,2
Total	73	100	169	100	242	100

No que diz respeito à ansiedade (Tabela 5), encontramos pontuações gerais relativas a um nível de ansiedade fraco ( $M=9,50$ ;  $Md=9$ ;  $DP=3,85$ ;  $IQQ=5$ ). Analisando a sua distribuição, encontramos que as mulheres apresentam com maior frequência um grau moderado (41,1%) e fraco (30,1%) de ansiedade, situando-se, os homens, nas mesmas respostas, fraco (26,4%) e moderado (22,0%). Nota-se ainda que um número elevado de mulheres considera a sua ansiedade como grave (15,1%) comparativamente ao valor inferior para homens em grave (6,0%). É também relevante indicar que um elevado número de homens não respondeu ao questionário ou não o preencheu na sua totalidade (15,4%), enquanto que nenhum caso de omissão ocorreu para mulheres (0%). Realizando uma comparação entre homens e mulheres, encontramos que existem diferenças significativas ( $U = 3644,00$ ;  $p<,001$ ), indicando níveis superiores de ansiedade entre as mulheres ( $M=11,05$ ;  $Md=11$ ;  $DP=3,17$ ;  $IQQ=5$ ) do que entre homens ( $M=8,78$ ;  $Md=9$ ;  $DP=3,92$ ;  $IQQ=5$ ).

**Tabela 5***Relação entre pontuações no HADS- Ansiedade e Sexo (frequência e percentagens)*

	Mulheres	% Mulheres	Homens	% Homens	Total	% Total
Normal	10	13,7	55	30,2	65	25,5
Fraco	22	30,1	48	26,4	70	27,5
Moderado	30	41,1	40	22,0	70	27,5

Grave	11	15,1	11	6,0	22	8,5
Omisso	0	0	28	15,4	28	11,0
Total	73	100	182	100	255	100

No que diz respeito à depressão (Tabela 6), os valores nesta escala não parecem preocupantes, embora se situem no ponto superior do intervalo de normalidade (M=6,70; Md=6,5; DP=4,40; IQQ=7). Uma análise diferencial por sexos indica diferenças na distribuição entre homens (M=6,41; Md=6; DP=4,31; IQQ= 6) e mulheres (M=1,33; Md= 8; DP=4,55; IQQ=6) nesta variável. A maioria das mulheres considera níveis normais (39,7%) e fracos (32,9%) a nível de existência de depressão, tal como para homens, ligeiramente mais elevados para normal (45,6%) e ligeiramente mais baixos para fraco (22,0%). Acima disso encontramos uma maior distribuição de respostas por parte das mulheres, observando frequências mais elevadas para moderado (11,0%) e grave (8,2%) comparativamente aos homens, também para moderado (6,0%) e grave (5,5%). Tal como na variável anterior, é necessário indicar que um elevado número de homens não respondeu ao questionário ou não o preencheu na sua totalidade (20,9%), enquanto que, mesmo que tenham existido omissões para as mulheres, os valores para essas foram menores (8,2%). Já do ponto de vista estatístico, não foram encontradas diferenças significativas (U=5069,00: p<.05).

**Tabela 6**

*Relação entre pontuações no HADS- Depressão e Sexo (frequência e percentagens)*

	Mulheres	% Mulheres	Homens	% Homens	Total	% Total
Normal	29	39,7	83	45,6	112	43,9
Fraco	24	32,9	40	22,0	64	25,1
Moderado	8	11,0	11	6,0	19	7,5
Grave	6	8,2	10	5,5	16	6,3
Omisso	6	8,2	38	20,9	44	17,3
Total	73	100	182	100	255	100

Foram ainda analisadas as relações entre os antecedentes criminais e a situação penal em relação à percepção geral de saúde, percepção de qualidade de vida, percepção da segurança (possibilidade de ser agredido), ansiedade e depressão. Contudo, não encontramos nenhuma relação estatisticamente significativa no cruzamento entre antecedentes e situação penal e estas variáveis (Tabelas 7 e 8). Nesse sentido, concluímos que não podemos identificar diferenças entre reclusos primários e reincidentes, ou entre reclusos em situação de prisão preventiva e prisão efetiva, no que diz respeito à percepção geral de saúde, percepção de qualidade de vida, percepção da segurança (possibilidade de ser agredido), ansiedade e depressão.

**Tabela 7**

*Relação entre Antecedentes e Percepção geral de saúde, Percepção de qualidade de vida, Possibilidade de ser agredido, Ansiedade e Depressão e medidas de tendência central (mediana, amplitude interquartil, média e desvio padrão)*

	U (n.s)	Primários				Reincidentes			
		Md	IQQ	M	DP	Md	IQQ	M	DP
Percepção geral de saúde	6871,00	3	2	2,99	1,29	3	2	2,92	1,39
Percepção de qualidade de vida	6608,00	2	2	2,26	1,17	2	1	2,10	1,04
Possibilidade de ser agredido	7324,00	4	2	3,22	1,47	4	2	3,51	1,44
Ansiedade	5717,50	10	6	9,51	3,85	9	5	9,46	3,91
Depressão	6283,00	6	7	6,65	4,54	7	6	6,78	4,24

**Tabela 8**

*Relação entre Situação Penal e Perceção geral de saúde, Perceção de qualidade de vida, Possibilidade de ser agredido, Ansiedade e Depressão e medidas de tendência central (mediana, amplitude interquartil, média e desvio padrão)*

	U (n.s)	Prisão preventiva				Prisão efectiva			
		Md	IQQ	M	DP	Md	IQQ	M	DP
Perceção geral de saúde	3423,50	3	1	2,85	1,33	3	2	2,98	1,29
Perceção de qualidade de vida	3237,50	2	2	2,03	1,05	2	2	2,23	1,15
Possibilidade de ser agredido	2649,03	3	4	3,11	1,78	4	2	3,35	1,14
Ansiedade	2437,50	9	7	9,42	4,45	9	5	9,46	3,71
Depressão	2881,00	5	7	7,58	4,97	6,5	6	6,53	4,27

## Discussão

De forma geral, encontramos que em relação à perceção de saúde, ambos os sexos consideram a sua saúde como razoável. Contudo, as diferenças nas respostas entre sexos mostram que os homens parecem ser mais otimistas em relação à sua perceção geral de saúde, sendo que avaliam a mesma como boa ou ótima muito mais frequentemente do que as mulheres. Pela sua parte, estas avaliam a sua saúde como fraca muito mais frequentemente do que os homens, sendo esta diferença estatisticamente significativa. Este resultado pode estar relacionado com as melhores condições físicas que apresentam os estabelecimentos prisionais femininos, mas também com o facto das mulheres se preocuparem mais com a sua saúde, algo que se observa também na sociedade em que todos vivemos, onde essa preocupação é mais presente.

Por outro lado, não se observam diferenças significativas a nível estatístico para a qualidade de vida, apresentando uma frequência de respostas idênticas para ambos os sexos,

o que poderá indicar um certo otimismo perante essa qualidade de vida uma vez que a percepção da saúde acaba por ser mais fraca para mulheres.

A percepção de segurança, a possibilidade de ser agredido, notou diferenças estatísticas significativas relativamente ao sexo uma vez que as mulheres indicam maiores probabilidades de serem agredidas. Esse resultado poderá advir de a agressão entre mulheres ser maioritariamente verbal, através de boatos, criação de rumores, e outros formatos mais subtis de violência.

Também para a ansiedade se observaram diferenças estatísticas significativas, onde, novamente, as mulheres notam maior frequência de pontuações de ansiedade de grau mais gravoso que os homens. Tal poderá estar associado com o observado socialmente, já que as mulheres apresentam, geralmente, maior prevalência de ansiedade do que homens (Costa et al., 2019).

Para depressão não existiram diferenças significativas a nível estatístico mas sim a nível de distribuição entre sexo, uma vez que as mulheres aparentam dispersar mais entre as opções de resposta, enquanto que os homens se centram mais na opção “normal”. Também esta diferença de distribuição se verifica no meio geral, onde a probabilidade de ser afetado por depressão seria superior para mulheres do que para homens (China, 2017).

A análise entre as variáveis (percepção geral de saúde, percepção de qualidade de vida, possibilidade de ser agredido, ansiedade e depressão) com antecedentes criminais (reclusos primários e reclusos reincidentes) e a situação penal (prisão preventiva e prisão efetiva) não notou diferenças significativas estatisticamente, representando que a situação penal em que o recluso em população prisional geral se encontra e os seus antecedentes criminais poderão não ter impacto substancial na qualidade de vida, de forma geral, do recluso.

A evidência apresenta uma falta de sensibilidade perante sexo a nível de políticas e práticas em prisões, violação do direitos humanos para as mulheres e falha em aceitar que mulheres reclusas têm mais e diferentes necessidades a nível de saúde comparativamente a homens reclusos, normalmente relativos a problemas de saúde associados à reprodução, problemas de saúde mental, dependência de substâncias e historial de violência e abuso (van der Bergh, Gatherer, Fraser, & Moller, 2011). Estas diferentes necessidades e, como tal, valores finais nas percepções e necessidades dos participantes, acabam por elevar a necessidade de atenção e cuidados médicos distintos entre homens e mulheres.

Outro ponto de relevante menção é o número de omissões existentes, especificamente para homens, para os casos de avaliação de ansiedade e depressão. As omissões existentes foram exclusivas para homens na avaliação da ansiedade mas não na depressão. Tal pode-se dever à menor vulnerabilidade para resposta por parte do sexo masculino, admitindo que não pretendem indicar que se sentem mais ou menos afetados para ambas as variáveis. Outra possibilidade seria a presença de alguma dificuldade perante os questionários, contudo esta possibilidade rapidamente se rejeita considerando a inexistência de omissões por parte da população feminina para a avaliação da ansiedade, e baixíssimos números de omissões para a avaliação da depressão, e ainda devido à presença de resposta por parte dos homens nos restantes módulos dos questionários.

Uma ideia final a indicar, e que acaba por ser mais importante, é a necessidade de apoio e acompanhamento requeridos por parte dos participantes. Este apoio deverá ser atribuído pelo investigador presente, de modo a garantir que a totalidade do questionário é preenchido corretamente e que todas as questões são corretamente percebidas pelo participante, garantindo que todas as respostas serão o mais próximas da factualidade assumida por cada um dos participantes.

### **Conclusão**

O estudo apresentou vários pontos de relevância, mencionados ao longo do mesmo, que respondem aos objetivos do trabalho, assim como nos permitem estabelecer uma ideia real dos efeitos do sistema prisional na população prisional geral. Apesar da encarceração em confinamento solitário assumir parâmetros restritivos distintos da população prisional geral, e os efeitos dessa serem mais claros a nível de danos, a curto e longo prazo, também há que considerar os efeitos presentes na população prisional geral, especialmente observando a dificuldade de realizar estudos na população em confinamento. Os objetivos iniciais foram atingidos, criando-se uma boa base a nível dos efeitos mencionados nos reclusos: observou-se que existem efeitos claros e irrecusáveis no recluso por parte do sistema prisional e as condições nas quais este sistema delimita o indivíduo, assim como a perceção do mesmo em vários parâmetros, que foi também notada, apresentando diferenças significativas entre sexos, assim como valores relevantes para a amostra no seu todo.

Nem todas as variáveis demonstraram diferenças estatisticamente significativas, uma vez que percepção de qualidade de vida e depressão não foram significativas por si só, mas o contrário se verificou para percepção de saúde, percepção de segurança, e ansiedade. Para as 3 variáveis existiram diferenças significativas que sugerem, na sua generalidade, uma maior fragilidade por parte das mulheres. A percepção de saúde, por parte das mulheres, nota-se mais frágil do que em homens, tal como a percepção de segurança, onde, essas, também apresentam uma percepção que consiste numa maior chance de serem agredidas. Para ansiedade, também essas assumem o seu estado de ansiedade como moderado e até grave, coerente com a maior prevalência de ansiedade em mulheres observada na sociedade, exterior ao sistema prisional.

Mesmo que estes valores de maior negatividade estejam mais presentes entre mulheres, a realidade é que são igualmente observados para reclusos em confinamento solitário. Apesar dos valores para reclusos em confinamento solitário estarem mais fortemente associados às medidas restritivas presentes, observá-los em reclusos em população prisional geral permite entender que a qualidade de vida e o bem-estar, formados por uma ideia de paz e segurança, estarão reduzidos. O facto de estes pontos coincidirem com a população em confinamento solitário, independentemente de apenas possível obter dados da população prisional geral, permite-nos entender com extrema facilidade que as limitações impostas no recluso acabam por condicionar algo mais que a sua liberdade.

A presença de um número relativamente elevado de omissões também é relevante, uma vez que poderá estar associado a um menor interesse de resposta na qual a vulnerabilidade e fragilidade do participante seria notada, podendo estar ainda associado à necessidade de maior acompanhamento pelo investigador durante o preenchimento do questionário. Assim, sugere-se a relevância da investigação na temática, de modo a que o leque de estudos seja cada vez mais largo, podendo, assim, conhecer a realidade vivida em prisões e como essa implica a qualidade de vida do recluso.

## **Referencias**

Azevedo, T. M. (2014). *Ansiedade e Depressão: Recurso aos Serviços de Saúde em Contexto Prisional* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9504/1/Dissertação\\_Final.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9504/1/Dissertação_Final.pdf)

- Barari, S., Caria, S., Davola, A., Falco, P., Fetzner, T., Fiorin, S., Hensel, L., & Slepici, F. R. (2020). *Evaluating COVID-19 public health messaging in Italy: Self-reported compliance and growing mental health concerns*. <http://gking.harvard.edu/covid-italy>
- Barbisch, D., Koenig, K. L., & Shih, F. Y. (2015). Is there a case for quarantine? Perspectives from SARS to Ebola. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 9(5), 547-53. <http://doi.org/10.1017/dmp.2015.38>
- Costa, C., Branco, J., Vieira, I., Souza, L., & Silva, R. (2019). *Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos*. [Em linha]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/PSrDy4ZFSGDCzNgJfJwVRxz/?format=pdf> [Consultado a 15/10/2023].
- China, J. (2017). *Determinantes Sociais da Depressão: diferenças entre idade, sexo e modelo de cuidados de saúde primários*. [Em linha]. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/31723/1/JoanaFSChina.pdf> [Consultado em 11/10/2023].
- van den Bergh, B. J., Gatherer, A., Fraser, A., & Moller, L. (2011). Imprisonment and women's health: concerns about gender sensitivity, human rights and public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(9), 689–694. <https://doi.org/10.2471/BLT.10.082842>
- Dolan K., Wirtz A. L., Moazen B., Ndeffo-Mbah, M., Galvani, A., Kinner S.A., Courtney, R., McKee, M., Amon, J.J., Maher, L., Hellard, M., Beyrer, C., & Altice, F. L. (2016). Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. *The Lancet*, 388(10049), 1089-1102. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30466-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30466-4)
- Fazel, S., & Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *The Lancet*, 377(9769), 956–965. doi:10.1016/S0140-6736(10)61053-7
- Herbert, K., Plugge E., Charles F., & Doll H. (2012). Prevalence of risk factors for non communicable diseases in prison populations worldwide: a systematic review. *The Lancet*, 379(9830), 1975-1982.
- Lima, C. K. T., Carvalho, P. M. M., Lima, I. A. S., Nunes, J. A. V. O., Saraiva, J. S., Souza, R. I., Silva, C. G. L & Rolim, N. M. L. (2020). The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry Research*, 287. 112915. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112915>

Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM SPSS*. Psiquilibrios Edições.

Ministério da Saúde (2020). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030* [em linha] disponível em: [https://pns.dgs.pt/files/2022/12/PNS2021-2030\\_FINAL-para-Edicao.pdf](https://pns.dgs.pt/files/2022/12/PNS2021-2030_FINAL-para-Edicao.pdf) [consultado em 15/07/2023].

Pancani, L., Marinucci, M., Aureli, N., & Riva, P. (2020). Forced social isolation and mental health: A study on 1006 Italians under COVID-19 quarantine. *PsyArXiv*, 5, 1-11. <http://doi.org/10.31234/osf.io/uacfj>

Ruiz, J. I. (2007). Sintomas psicológicos, clima emocional, cultura y factores psicosociales en el medio penitenciario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 547-561. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80539308.pdf>

## **Anexos**

## Anexo 1. Parecer da Comissão de Ética



Universidade Fernando Pessoa

*Da comissão de ética*  
*NGR*  
*17.02.*

Exmo. Senhor  
Prof. Doutor Pedro Reis  
Diretor da FCHS

Nº	Data
FCHS/PI – 252/21-2	17 de Fevereiro de 2022

Exmo. Senhor Professor Doutor,

A Comissão de Ética apreciou a resubmissão do projeto de investigação apresentado pela Profe Doutora Gloria Jóluskin e outros, intitulado "Da Privação da Liberdade ao Confinamento Pandémico: S mental e qualidade de vida".

A Comissão de Ética considera que nada há a opor quanto à realização do projeto, uma vez q Investigadoras eliminaram o critério de inclusão b) Que não apresentem anomalia psíquica, dos Grupc 2.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente da  
Comissão de Ética da UFP

*Inês Lopes Cardoso*  
Inês Lopes Cardoso

## Anexo 2. Autorização da Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais



Exmo(a) Senhor(a)  
Dr. Marcos Taipa Ribeiro  
  
Marcos.s.ribeiro@dgrsp.mj.pt

L

V/ referência	N/ referência	Ofício N.º	Da
		139/CCCRE	27

**Assunto:** Investigação académica – Projeto Free

Tenho a honra de informar V. Exa que, por despacho do Sr. Diretor-Geral, Dr. Rómulo Mateus, 27/07/2022, o Dr. Marcos Taipa e os investigadores da Universidade Fernando Pessoa estão a desenvolver a investigação, no âmbito do Projeto Free, nos estabelecimentos prisionais do Porto Sousa, Paços de Ferreira, EPSCB Feminino e EPSCB Masculino, nas equipas de reinserção (ERS Tâ Porto Penal 1,2,3,4,5,6) e equipas de VE (EqVE 02 Porto e Eq VE 11 Braga).

Considerando o interesse do projeto, a investigação foi autorizada, mediante as seguintes condições:

- a calendarização e modo de organização da pesquisa seja acordada com a Direção do Estabelecimento Prisional, da Equipa de Reinserção ou Equipa VE, por forma a que se conciliem os objetivos académicos com a exequibilidade do trabalho, sem perturbação do quotidiano;
- a consulta dos processos individuais, se faça em conformidade com o disposto no artigo 51/2011, de 11 de Abril;
- o desenvolvimento do estudo esteja sempre dependente da disponibilidade dos indivíduos.



- os investigadores fiquem obrigados a preservar o anonimato dos dados a cooperar;
- do resultado final do trabalho, deve ser remetida cópia ao Centro de Con e Relações Externas.

Com os melhores cumprimentos,

O Chefe de Equipa  
  
J Semedo Moreira

### Anexo 3. Declaração de Consentimento Informado

#### Declaração de consentimento informado

##### *Da Privação da Liberdade ao Confinamento Pandémico: Saúde mental e qualidade de vida*

Por favor, assinale com um X as opções que se apliquem a si. Se ao chegar ao final da lista, não tiver assinalado todas as opções, solicite informação adicional sobre as questões em falta.

Eu \_\_\_\_\_ (nome)

- Compreendi os objetivos do presente estudo;
- Recebi suficientes informações sobre o estudo;
- Foi-me dada a oportunidade de realizar perguntas sobre o mesmo e esclarecer as minhas dúvidas;
- Compreendo que a minha participação é voluntária;
- Compreendo que a minha participação não tem nenhum benefício direto para mim, e que não serei penalizado se decidir não participar;
- Fui informado de que os dados levantados no estudo serão confidenciais e não serão divulgados a outras pessoas;
- Fui informado de que posso retirar-me do estudo:
  - Quando quiser
  - Sem ter que explicar o motivo
  - Sem que a minha retirada tenha nenhuma consequência negativa para mim

Assim, autorizo a minha participação no estudo “Da Privação da Liberdade ao Confinamento Pandémico: Saúde mental e qualidade de vida”.

Assinatura do participante

Assinatura do investigador

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Anexo 4. Questionário sociodemográfico

### Questionário sociodemográfico

<b>1. Idade</b>	
<b>2. Sexo</b>	Masculino <input type="checkbox"/> Feminino: <input type="checkbox"/>
<b>3. Habilitações académicas</b>	<input type="checkbox"/> Nunca frequentei o sistema de ensino <input type="checkbox"/> 1º Ciclo do Ensino Básico / Escola Primária (1ª à 4ª classe) <input type="checkbox"/> 2º Ciclo do Ensino Básico / Ensino Preparatório (5º e 6º ano) <input type="checkbox"/> 3º Ciclo do Ensino Básico (do 7º ao 9º ano) <input type="checkbox"/> Ensino Secundário (do 10º ao 12º ano) <input type="checkbox"/> Licenciatura ou 1º Ciclo do Ensino Superior <input type="checkbox"/> Mestrado 2º Ciclo do Ensino Superior <input type="checkbox"/> Doutoramento 3º Ciclo do Ensino Superior
<b>4. Estado civil</b>	<input type="checkbox"/> solteiro (a) <input type="checkbox"/> casado (a) <input type="checkbox"/> viúvo (a) <input type="checkbox"/> divorciado (a) <input type="checkbox"/> separado (a) <input type="checkbox"/> outra situação
<b>5. Qual é ou foi a sua profissão principal?</b>	
<b>6. Qual é a sua principal atividade neste Estabelecimento Prisional?*</b>	<input type="checkbox"/> Educação <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Educação e Trabalho <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Reformado <input type="checkbox"/> Formação <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____
<b>7. É estrangeiro?</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>
<b>8. Situação Penal</b>	Prisão efetiva <input type="checkbox"/> Prisão preventiva <input type="checkbox"/>
<b>9. Antecedentes</b>	Primário <input type="checkbox"/> Reincidente <input type="checkbox"/>
<b>10. Recebe visitas neste Estabelecimento Prisional?</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>
<b>11. Está perto da sua área de residência nesta prisão? (se estiver a 1h</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>

ou menos de viagem, considera-se “próximo”)	
<b>12. Está a receber visitas de membros da sua família ou amigos desde que está detido?</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>
<b>13. Tem contacto regular por telefone e/ou correio com membros da sua família ou amigos desde que está detido?</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>
<b>14. Alguma vez beneficiou de Licenças de Saídas Jurisdicionais (“Precárias”)?</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> Se <b>sim</b> , quantas vezes e quando foi a última: ___ Vezes                      Data última saída: _____
<b>15. Tempo de condena?</b>	
<b>16. Há quanto tempo se encontra em prisão? (meses/anos cumpridos)</b>	
<b>17. Qual é o tempo total que passou na prisão durante a sua vida? (meses/anos cumpridos – somatório de todas as condenações)</b>	
<b>18. Quando foi/foram decretado/s o/os confinamento/s por coronavírus - COVID-19, esteve</b>	<input type="checkbox"/> A realizar o confinamento em casa <input type="checkbox"/> Continuou na prisão <input type="checkbox"/> Em regime de segurança <input type="checkbox"/> Noutra situação. Qual? _____
<b>19. Qual é a sua principal atividade neste Estabelecimento Prisional?</b>	<input type="checkbox"/> Educação <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Educação e Trabalho <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Reformado

	<input type="checkbox"/> Formação <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____
<b>20. Antes dos confinamentos</b>	<input type="checkbox"/> desenvolvia atividades laborais na prisão <input type="checkbox"/> frequentava a escola <input type="checkbox"/> frequentava programas prisionais <input type="checkbox"/> esteve em RAI <input type="checkbox"/> esteve em RAE <input type="checkbox"/> Outra situação (Qual?) _____ <input type="checkbox"/> Não se aplica a mim
<b>21. Durante os confinamentos</b>	<input type="checkbox"/> desenvolveu atividades laborais na prisão <input type="checkbox"/> frequentou a escola <input type="checkbox"/> frequentou programas prisionais <input type="checkbox"/> esteve em RAI <input type="checkbox"/> esteve em RAE <input type="checkbox"/> esteve a cumprir uma medida disciplinar (com restrição de movimentos extraordinária) <input type="checkbox"/> Outra situação (Qual? _____) <input type="checkbox"/> Não se aplica a mim
<b>22. Consumia drogas (para além de álcool ou tabaco) antes de vir para a prisão?</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>23. Tinha algum problema com o uso indevido de drogas e/ou álcool antes de entrar na prisão?</b>	<input type="checkbox"/> Não, nenhum problema. <input type="checkbox"/> Sim, apenas com drogas. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sim, apenas com álcool. <input type="checkbox"/> Sim, com álcool e drogas Se <b>sim</b> , à chegada na prisão, frequentou algum programa de desintoxicação? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>24. Com quantas pessoas convive na cela ou camarata?*</b>	
<b>25. Quantas dessas pessoas têm rotinas habituais (ex. trabalho, estudo)?</b>	

## Anexo 5. Questionário de Qualidade de Vida em Contexto Prisional

### Qualidade de Vida em Contexto Prisional

O presente estudo integra um projeto de investigação desenvolvido na Universidade Fernando Pessoa, que tem como objetivo analisar a sua qualidade de vida global neste Estabelecimento Prisional. É importante que apenas responda em relação a este EP e não a outro em que já tenha estado antes. Gostaríamos de poder contar com a sua colaboração no preenchimento dos questionários que se seguem.

A sua participação é voluntária, sendo os dados fornecidos serão **tratados** de forma confidencial e anónima. Isto significa que a informação que nos comunique apenas será acessível aos investigadores envolvidos. Participar nesta investigação não o beneficiará nem o prejudicará, e não será possível identificá-lo a partir das suas respostas.

Por favor, leia cuidadosamente cada questão e marque com um **X** a resposta que melhor descreva como se sentiu. Tente não deixar nenhuma pergunta em branco. Não existem respostas certas ou erradas e que elas apenas se referem à sua opinião e experiência.

Caso tenha alguma dúvida ou não compreenda as questões a seguir, não hesite em perguntar.

*Obrigado pela sua cooperação!*

#### Módulo 1. Saúde mental e qualidade de vida

As seguintes questões referem-se a como se sente atualmente

	Para cada questão, coloque uma cruz <b>X</b> na resposta que melhor descreve como se sente.				
	Ótima	Muito Boa	Boa	Razoável	Fraca
Em geral, como diria que a sua saúde é atualmente?					
Em geral, como diria que a sua qualidade de vida é atualmente?					
	<b>Sempre</b>	<b>A maior parte das vezes</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Quase Nunca</b>	<b>Nunca</b>
Considera que o seu estado mental limita de alguma forma as suas atividades diárias?					
Tem a possibilidade de estar com amigos ou familiares?					
Nas últimas quatro semanas, com que frequência teve dificuldade em dormir (ex. insónias) por preocupações?					
Nas últimas quatro semanas, com que frequência tem sido capaz de apreciar as suas atividades de lazer?					

Agora pense como é que se sente atualmente e assinale a opção que melhor se adequa a si. Lembre que a sua reação imediata a cada questão será provavelmente mais correta do que uma resposta muito ponderada.

M-IV - 2- HADS	Quase sempre	Muitas vezes	Por vezes	Nunca
Sinto-me tenso/a ou nervoso/a	1	2	3	4
	Tanto como antes	Não tanto agora	Só um pouco	Quase nada
Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar	1	2	3	4
	Sim e muito forte	Sim, mas não muito forte	Um pouco, mas não me aflige	De modo algum
Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer	1	2	3	4
	Tanto como antes	Não tanto agora	Muito menos agora	Nunca
Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas	1	2	3	4
	A maior parte do tempo	Muitas vezes	Por vezes	Nunca
Tenho a cabeça cheia de preocupações	1	2	3	4
	Nunca	Poucas vezes	De vez em quando	Quase sempre
Sinto-me animado/a	1	2	3	4
	Quase sempre	Muitas vezes	Por vezes	Nunca
Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a	1	2	3	4
	Quase sempre	Muitas vezes	Por vezes	Nunca
Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar	1	2	3	4
	Nunca	Por vezes	Muitas vezes	Quase sempre
Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago	1	2	3	4
	Completamente	Não dou a atenção que devia	Talvez cuide menos que antes	Tenho o mesmo interesse de sempre
Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto físico				
	Muito	Bastante	Não muito	Nada
Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a	1	2	3	4
	Tanto como antes	Não tanto como antes	Bastante menos agora	Quase nunca
Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro	1	2	3	4
	Muitas vezes	Bastantes vezes	Por vezes	Nunca
De repente, tenho sensações de pânico	1	2	3	4
	Muitas vezes	De vez em quando	Poucas vezes	Quase nunca
Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão	1	2	3	4

## Módulo 2. Satisfação em relação à habitação/alojamento

Gostaríamos de saber qual é o seu grau de satisfação relativamente às seguintes condições do seu alojamento.

M-II	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Não sabe / não responde
------	--------------------	--------------	----------------------------------	------------	------------------	-------------------------

Arejamento	1	2	3	4	5	
Luz	1	2	3	4	5	
Barulho	1	2	3	4	5	
Aquecimento	1	2	3	4	5	
Conforto	1	2	3	4	5	
Companheiros	1	2	3	4	5	
Segurança	1	2	3	4	5	

### Módulo 3. Perceção de segurança durante o confinamento

Por favor, indique a probabilidade de:

<b>M- III</b>	<b>É muito provável que aconteça</b>	<b>É provável que aconteça</b>	<b>Nem provável, nem improvável</b>	<b>É pouco provável que aconteça</b>	<b>É muito pouco provável que aconteça</b>	<b>Não sabe / não responde</b>
Ser agredido	1	2	3	4	5	
Ser vítima de discriminação	1	2	3	4	5	
Apenas responda a esta questão se na pergunta anterior respondeu 1 ou 2 <b>Se respondeu que é provável ou muito provável ser vítima de discriminação, por favor, indique o/s motivo/s:</b>					<b>Não</b>	<b>Sim</b>
Raça/Etnia						
Religião						
Orientação sexual						
Idade						
Género						
Deficiência						
Antecedentes criminais						
Estrato social						
Outro (Qual?) _____						

### Módulo 4. Perceção das consequências da pena

Durante o cumprimento da minha condena já senti a falta de:

<b>M-IV -1</b>	<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Alguma</b>	<b>Muito</b>	<b>NS/NR/NA</b>
Estudar	1	2	3	4	
Estar com a família	1	2	3	4	
Estar com os amigos	1	2	3	4	
Contactar com a natureza	1	2	3	4	
Frequentar cafés, restaurantes	1	2	3	4	
Trabalhar	1	2	3	4	
Passear	1	2	3	4	
Assistir a atividades culturais (cinema, teatro, ...)	1	2	3	4	
Viajar	1	2	3	4	
Visitas de familiares e amigos	1	2	3	4	
Outra Assinale qual: _____	1	2	3	4	

## Modulo 5. Questionário de autonomia

Por favor, indique o quanto concorda ou discorda com as seguintes declarações em relação ao cumprimento da pena atual:

<i>M-IV -3</i>	Concordo muito	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo muito
Aqui sou capaz de influenciar as decisões que afetam o sítio onde vivo	1	2	3	4	5
Aqui sou livre de dizer o que penso (ex. opiniões políticas, religiosas).	1	2	3	4	5
Sou capaz de apreciar dar valor às plantas, aos animais e à natureza.	1	2	3	4	5
Aqui sou capaz de respeitar, dar valor e apreciar as pessoas à minha volta.	1	2	3	4	5
Para mim é fácil sentir amor, cuidado e o apoio da minha família e/ou amigos.	1	2	3	4	5
Aqui sou livre de decidir por mim próprio como viver a minha vida.	1	2	3	4	5
Aqui sou livre de usar a minha imaginação e de me expressar com criatividade (ex. através da arte, literatura, música, etc.)	1	2	3	4	5
	<b>Discordo totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não concordo, nem discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo totalmente</b>
Sou tratado como um ser humano	1	2	3	4	5
Na prisão posso expressar os meus sentimentos	1	2	3	4	5
Na prisão me ajudam a praticar as atividades de lazer que gosto	1	2	3	4	5
Sinto que posso participar no meu PIR	1	2	3	4	5
Penso que me dão suficiente informação sobre o meu tratamento	1	2	3	4	5
Os guardas e técnicos deste EP respeitam-me como pessoa	1	2	3	4	5
Penso que os guardas e técnicos deste EP me dão responsabilidade	1	2	3	4	5
Os guardas e técnicos deste EP confiam em mim	1	2	3	4	5
Posso escolher o que queria fazer cada dia	1	2	3	4	5
Sinto que é justo que esteja na prisão durante a minha condena	1	2	3	4	5
Posso praticar aquelas atividades que são importantes para mim	1	2	3	4	5
Sinto que foram respeitados os meus direitos	1	2	3	4	5
Sou obrigado a fazer coisas que não queria	1	2	3	4	5
As regras do Governo eram justas	1	2	3	4	5
As restrições do Governo faziam sentido	1	2	3	4	5
A situação de pandemia fez com que sentisse que estava em risco de desenvolver uma doença muito grave ou de morrer	1	2	3	4	5
Senti medo intenso por causa da pandemia	1	2	3	4	5
Senti que se tivesse infeção por Covid-19, não haveria recursos suficientes para o ajudar ou a ajuda não chegaria tempo	1	2	3	4	5

## Módulo 6. Questionário sobre qualidade de vida em contexto prisional

As seguintes questões fazem referência a como sente que é a sua vida na prisão. Por favor, para cada pergunta, escolha a resposta que mais se aproxima da forma como se sente ou pensa.

<b>M- VII - MPQL</b>		<b>Concordo muito</b>	<b>Concordo</b>	<b>Não concordo, nem discordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Discordo muito</b>
1.	Os funcionários da prisão ajudam-me a manter o contacto com os meus familiares.	1	2	3	4	5
2.	Penso que neste EP tenho oportunidades para mudar.	1	2	3	4	5
3.	Neste EP sou tratado como uma pessoa de valor.	1	2	3	4	5
4.	Sinto que neste EP apenas é importante a segurança.	1	2	3	4	5
5.	Neste EP os profissionais esforçam-se para ajudar os reclusos a deixarem de cometer crimes quando forem libertados.	1	2	3	4	5
6.	Nesta prisão tenho condições que não teria no exterior	1	2	3	4	5
7.	Os funcionários da prisão mostram preocupação e compreensão para comigo.	1	2	3	4	5
8.	Penso que passamos demasiado tempo fechados nas nossas celas.	1	2	3	4	5
9.	A vida nesta prisão permite-me pensar por mim próprio.	1	2	3	4	5
10.	Nesta prisão faço atividades que com certeza me vão ajudar a poder viver em liberdade	1	2	3	4	5
11.	Os funcionários da prisão fazem muitos esforços por prevenir a automutilação e o suicídio.	1	2	3	4	5
12.	Estar neste EP é para mim como um castigo.	1	2	3	4	5
13.	Neste EP não são toleradas as agressões entre reclusos.	1	2	3	4	5
14.	A vida nesta prisão ajuda-me a ser melhor pessoa	1	2	3	4	5
15.	Penso que quando há brigas na prisão, as vítimas recebem toda a ajuda que precisam.	1	2	3	4	5
16.	Neste EP respeitam a minha forma de ser	1	2	3	4	5
17.	Sinto que aqui me têm ajudado a reduzir o meu comportamento agressivo.	1	2	3	4	5
18.	Sinto que aqui na prisão consigo lidar bem com as minhas emoções.	1	2	3	4	5
19.	Estar preso ajuda-me a pensar e fazer planos para quando sair.	1	2	3	4	5
20.	Penso que qualquer pessoa com problemas de drogas que venha para esta prisão, recebe a ajuda para se desintoxicar em segurança.	1	2	3	4	5
21.	Sou encorajado a trabalhar para ser melhor.	1	2	3	4	5
22.	Aqui tenho condições para me manter limpo e asseado.	1	2	3	4	5
23.	Neste EP sinto-me tenso constantemente	1	2	3	4	5
24.	Penso que neste EP temos boas condições de vida.	1	2	3	4	5
25.	Aqui sinto-me sempre confinado.	1	2	3	4	5
26.	Posso receber visitas com frequência nesta prisão.	1	2	3	4	5
27.	A minha experiência neste EP é dolorosa.	1	2	3	4	5
28.	O tempo de visitas é suficiente.	1	2	3	4	5
29.	Neste EP são-me dadas oportunidades para manter a minha cela limpa.	1	2	3	4	5
30.	Neste EP sinto-me sempre observado e avaliado.	1	2	3	4	5
31.	Penso que estou a “fazer tempo”, e não a “aproveitar o tempo”.	1	2	3	4	5
32.	Penso que as minhas necessidades estão a ser atendidas.	1	2	3	4	5
33.	Penso que neste EP me tratam bem	1	2	3	4	5
34.	Sinto que não tenho controlo sobre a minha vida nesta prisão.	1	2	3	4	5
35.	Consigo manter a relação com a minha família nesta prisão.	1	2	3	4	5
36.	Acho que tenho uma medida de segurança mais elevada do que deveria ter.	1	2	3	4	5
37.	Neste EP posso expressar o suficiente os meus sentimentos	1	2	3	4	5
38.	Posso praticar as atividades de lazer das quais gosto	1	2	3	4	5
39.	Posso escolher o que quero fazer cada dia	1	2	3	4	5
40.	Sinto que é justo estar na prisão durante a minha condenação	1	2	3	4	5

41.	Posso praticar as atividades com significado para mim	1	2	3	4	5
42.	Sinto que são respeitados os meus direitos	1	2	3	4	5
43.	Tenho que fazer coisas que não quero	1	2	3	4	5
44.	Penso que as regras da prisão são justas	1	2	3	4	5
45.	Penso que as limitações da prisão fazem sentido	1	2	3	4	5
46.	A situação de pandemia fez com que sentisse que estava em risco de desenvolver uma doença muito grave ou de morrer	1	2	3	4	5
47.	Senti medo intenso por causa da pandemia	1	2	3	4	5
48.	Senti que se tivesse infecção por Covid-19, não haveria recursos suficientes para me ajudar ou a ajuda não chegaria tempo	1	2	3	4	5