UNIVERSIDADE
LUSÓFONA

Centro Universitário do Porto

Faculdade de Psicologia e Educação

Mestrado em Psicologia da Justiça: Vítimas de Crime

SAÚDE MENTAL, BEM-ESTAR E ANTECEDENTES CLÍNICOS: UM ESTUDO COM RECLUSOS PREVENTIVOS E CONDENADOS EM PORTUGAL

Dissertação de Mestrado apresentada a provas públicas para a obtenção do grau de mestre em Psicologia, orientada pela **Professora Doutora Ana Rita Conde Dias** e pela **Professora Doutora Cláudia Noémia Soares de Sousa**.

Inês de Sousa Monteiro

2025

Universidade Lusófona
Centro Universitário do Porto
www.ulusofona.pt

Centro Universitário do Porto

Faculdade de Psicologia e Educação

Mestrado em Psicologia da Justiça: Vítimas de Crime

SAÚDE MENTAL, BEM-ESTAR E ANTECEDENTES CLÍNICOS: UM ESTUDO COM RECLUSOS PREVENTIVOS E CONDENADOS EM PORTUGAL

Inês de Sousa Monteiro

VERSÃO FINAL

Dissertação defendida por Inês de Sousa Monteiro em provas públicas na Universidade Lusófona, Centro Universitário do Porto no dia 28/01/2026, perante o júri, nomeado pelo Despacho de Nomeação Nº 741/2025, de 29 de dezembro de 2025, com a seguinte composição:

Presidente: Prof.ª Doutora Carla Margarida Vieira Antunes, Professora Associada da Universidade Lusófona.

Arguente: Prof.ª Doutora Marta Isabel Gomes de Sousa, Professora Auxiliar da Universidade Lusófona.

Orientadora: Prof.ª Doutora Ana Rita Conde Dias, Professora Auxiliar da Universidade Lusófona.

Este trabalho também foi orientado pela Prof.ª Doutora Cláudia Noémia Soares de Sousa, Professora Auxiliar da Universidade Lusófona.

Resumo

A investigação tem indicado a elevada prevalência de problemas de saúde mental na população reclusa. Vários estudos têm explorado o impacto negativo que a reclusão pode exercer na saúde mental e no bem-estar dos indivíduos, mas o modelo de importação tem chamado a atenção para o papel das características prévias dos sujeitos. Assim, o presente estudo teve como objetivo analisar se a situação prisional dos reclusos (condenados vs. preventivo) constitui um preditor significativo dos níveis de bem-estar e dos indicadores de problemas de saúde mental, controlando o impacto do historial prévio de problemática psicológica. Participaram neste estudo 366 indivíduos recluídos, estando 295 (81%) em cumprimento efetivo de pena e 69 (19%) em prisão preventiva, com idades compreendidas entre os 19 e os 73 anos. Os resultados evidenciaram que o historial prévio de problemas de saúde mental constitui um forte preditor de *distress* psicológico e de menores níveis de bem-estar. A situação prisional dos reclusos só previu diferenças em determinadas dimensões do bem-estar (envolvimento, conquistas, significado, bem-estar geral) e não no *distress*. Estes resultados reforçam que o impacto da prisão não é uniforme, sendo moderado por determinadas vulnerabilidades individuais. Assim, apesar do contexto prisional criar fatores de *stress* nos indivíduos, as respostas a este são influenciadas pela condição psicológica prévia dos mesmos. Discute-se a importância de avaliar o historial de saúde mental e risco psicológico no momento da entrada no sistema prisional, possibilitando o encaminhamento precoce para intervenções personalizadas.

Palavras-chave: bem-estar, *distress* psicológico, historial clínico, saúde mental, situação prisional.

Abstract

Research has indicated a high prevalence of mental health problems among the prison population. Several studies have explored the negative impact that imprisonment can have on individuals' mental health and wellbeing, but the importation model has drawn attention to the role of inmates' pre-existing characteristics. Thus, the present study aimed to analyse whether prisoners' custodial status (convicted vs. on remand) constitutes a significant predictor of wellbeing levels and indicators of mental health problems, while controlling for the impact of previous psychological difficulties. A total of 366 prisoners participated in the study, of whom 295 (81%) were serving a custodial sentence and 69 (19%) were on remand, aged between 19 and 73 years (M = 40.97; SD = 10.91). The results showed that a previous history of mental health problems was a strong predictor of psychological distress and lower levels of wellbeing. Prisoners' custodial status only predicted differences in certain dimensions of wellbeing (engagement, accomplishment, meaning, overall wellbeing) and not in distress. These findings reinforce that the impact of imprisonment is not uniform, being moderated by specific individual vulnerabilities. Although the prison context amplifies stress factors, responses to these are influenced by prisoners' prior psychological condition. The importance of assessing mental health history and psychological risk at the time of entry into the prison system is discussed, as this enables early referral for personalised interventions.

Keywords: well-being, psychological distress, clinical history, mental health, incarceration status.

Lista de abreviaturas e siglas

BE – Bem-Estar

BES – Bem-Estar Subjetivo

BEP – Bem-Estar Psicológico

CEDIC – Comissão de Ética e Deontologia para a Investigação Científica

CPP – Código Penal Português

DGRSP – Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais

EADS – Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress*

EP – Estabelecimento Prisional

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPSS – *Statistical Program for Social Science*

PCL – *Posttraumatic Stress Disorder Checklist*

PERMA – *Positive Emotion, Engagement, Relationships, Meaning, Accomplishment*

PSPT – Perturbação de *Stress* Pós-Traumático

VIF - *Variance Inflation Fator*

Índice

Resumo 3
Abstract 4
Lista de abreviaturas e siglas 5
Índice 6
Índice de tabelas 7
Introdução 8
Enquadramento teórico 9
1. Bem-estar e saúde mental 9
2. Impacto da prisão 11
4. Papel do historial prévio de problemas de saúde mental 16
5. Objetivo do estudo 17
Metodologia 17
1. Amostra 17
2. Medidas 22
3. Procedimentos 23
4. Estratégia de análise de dados 24
Resultados 25
1. Análise descritiva das variáveis em estudo 25
2. Papel da situação prisional na predição do *distress* psicológico, controlando o historial de problemática de saúde mental 29
3. Papel da situação prisional na predição do bem-estar psicológico, controlando o historial de problemática de saúde mental 30
4. Papel da situação prisional na predição da sintomatologia de *stress* pós-traumático, controlando o historial de problemática de saúde mental 34
Discussão 37
Limitações, estudos futuros e implicações práticas 40
Referências bibliográficas 42

Índice de tabelas

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra..... 12
Tabela 2. Análise descritiva das escalas EADS, PERMA e PCL..... 20
Tabela 3. Regressão hierárquica para previsão do *distress* psicológico, controlando o efeito do historial de problemática de saúde mental..... 22
Tabela 4. Regressão hierárquica para previsão do bem-estar, controlando o efeito do historial de problemática de saúde mental..... 24
Tabela 5. Regressão hierárquica para previsão da perturbação de *stress* pós-traumático, controlando o efeito do historial de problemática de saúde mental. 28

Introdução

A definição de crime é ainda bastante controversa, na medida em que alguns autores sugerem que a sua conceção está dependente do contexto histórico, social e cultural em que os comportamentos desviantes ocorrem (Cod, 2023). Em Portugal, é considerado crime qualquer conduta que infrinja as normas legais estipuladas e que seja punível por lei (CPP, 2023). A prática de crimes tem apresentado um crescimento a nível global e, em consequência disso, o número de indivíduos em contexto de reclusão aumenta também (Sinha, 2010). No final do ano de 2024, a população reclusa portuguesa era composta por, aproximadamente, 12360 indivíduos (DGRSP, 2025).

A reclusão representa uma forma de privar os sujeitos da liberdade, por um determinado período de tempo, sendo também caracterizada como uma experiência desafiadora para quem a enfrenta (Bacák *et al*., 2018). Esta privação promove o isolamento social dos indivíduos e exerce, acessoriamente, um impacto significativo na saúde mental e no bem-estar dos mesmos (Kyprianides *et al.*, 2019). Face ao exposto, vários estudos sugerem que cerca de 1/3 dos reclusos europeus apresenta, pelo menos, uma perturbação psicológica (OMS, 2023).

Por outro lado, a investigação indica que vários reclusos apresentam diagnóstico psiquiátrico anterior à prisão (Fazel *et al*., 2016). Estes dados são efetivamente relevantes, visto que sugerem que o histórico de problemas de saúde mental prediz o aumento das vulnerabilidades e da sintomatologia dos indivíduos durante o período de reclusão (Dean & Korobanova, 2017). Assim, integrar este aspeto na investigação do efeito da prisão na saúde mental e no bem-estar dos reclusos deve representar uma prioridade, uma vez que parece exercer um impacto considerável na condição psicológica apresentada durante este período (Van-Ginneken *et al*., 2019).

Tendo em consideração que a investigação tende a focar-se nos conceitos de bem-estar e saúde mental da população reclusa, considerou-se pertinente integrar a estas o historial prévio de problemas psicológicos da mesma. Visto que em Portugal ainda não foram realizados estudos neste âmbito, será possível obter resultados mais precisos sobre o efeito da prisão na saúde mental dos indivíduos e analisar as diferenças a este nível de acordo com a sua situação prisional. Paralelamente, este é um estudo importante para dar

visibilidade a uma população tantas vezes negligenciada, que tende a ser esquecida e reconhecida, pela sociedade, apenas pelo erro.

Enquadramento teórico

1. Bem-estar e saúde mental

De acordo com as abordagens mais contemporâneas, o Bem-Estar (BE) caracteriza-se como um dos princípios fundamentais para os indivíduos alcançarem uma vida saudável, demonstrando assim uma perspetiva positiva associada a este conceito (Siqueira & Padovam, 2008). Esta perspetiva positiva do BE parece ser consequência da definição mais abrangente, do conceito de saúde, desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (Siqueira & Padovam, 2008).

Neste sentido, a saúde deve ser encarada de forma holística e não deve considerar apenas o estado físico dos indivíduos, sendo essencial atender também à dimensão mental e social (OMS, 2015). A OMS define a saúde mental como um conceito associado ao bem-estar e à qualidade de vida. Esta definição, ao incorporar um estado completo de bem-estar – físico, social e mental – e ao salientar a importância de diferentes fatores, transcende as definições anteriores que consideravam a saúde mental apenas como a ausência de doença e/ou deficiência mental (OMS, 2015).

Por sua vez, o bem-estar tem sido encarado como um conceito bastante complexo e multidimensional (Hernandez *et al*., 2018). Este construto não consiste apenas na ausência de problemas de saúde mental, estando inerente a capacidade de o indivíduo realizar as tarefas de forma produtiva; o sentimento de integração na comunidade; a gestão eficaz do *stress*; e a perceção das próprias habilidades e limitações (Seligman, 2011). Simultaneamente, integra também aspetos relacionados com a satisfação e a felicidade (Pinto *et al*., 2017). Este pode ser subdividido na componente hedónica e na componente eudaimónica que se relacionam entre si, mas que se associam a noções distintas, nomeadamente, à dimensão subjetiva – Bem-Estar Subjetivo (BES) – e à dimensão psicológica – Bem-Estar Psicológico (BEP) – de cada indivíduo (Ryan & Deci, 2001).

O BES está relacionado com a forma como o indivíduo analisa e experiencia a própria vida, estando também dependente da perceção que o mesmo tem de noções como a de felicidade, de prazer e de satisfação (Bloem *et al*., 2019). Neste sentido, este construto integra uma dimensão cognitiva relacionada com a visão satisfatória perante a vida, assim como uma dimensão afetiva associada às emoções que são expressas (Diener *et al*., 2018). Segundo a literatura, para o indivíduo possuir níveis adequados neste construto é essencial que reconheça, na sua vida, um maior número de experiências positivas do que negativas (Hernandez *et al*., 2018). Por outro lado, o BEP está associado ao desenvolvimento das potencialidades do indivíduo, assim como à procura e ao alcance da realização pessoal (Siqueira & Padovam, 2008). Esta dimensão está dependente da avaliação que o indivíduo faz acerca das suas capacidades e integra ainda os desafios que surgem no quotidiano, que contribuem para o seu crescimento (Diener *et al*., 2018). Alguns autores sugerem que determinadas componentes são essenciais para possuir níveis adequados deste construto, sendo estas: o crescimento pessoal, a autoaceitação, o relacionamento positivo com os outros, o propósito de vida, o domínio do ambiente, e a autonomia (Ryff & Keyes, 1995).

A literatura tem vindo a indicar que a saúde mental deve ser um elemento importante e a considerar na criminalidade, visto que o número de reclusos com doença e/ou problema mental é significativo (Tung *et al*., 2018). Concomitantemente, e ainda que não seja consensual, constatam ainda uma associação entre problemas de saúde mental e prática de crimes, especificamente, no que concerne a crimes violentos, sexuais e de ofensa à integridade física (Halle *et al*., 2020; Vinkers *et al.*, 2011). Ainda que nem todos os reclusos apresentem problemas associados à saúde mental, segundo Tung *et al.* (2018) estes apresentam um risco elevado – entre cinco a 10 vezes mais – de desenvolver perturbações mentais, comparativamente à população geral. Várias investigações têm sido elaboradas acerca da experiência de reclusão e apresentam, na sua maioria, resultados semelhantes em relação ao impacto negativo que esta desempenha na saúde mental dos indivíduos (Sugie & Turney, 2017).

Ainda que a saúde mental e o BE estejam relacionados entre si, estes construtos são distintos. Assim sendo, alguns autores indicam que existe uma correlação negativa entre os problemas de saúde mental e o bem-estar (Diener *et al*., 2018; Prakash *et al*., 2015). De acordo com Fazel *et al.* (2016), a população reclusa apresenta maior *distress* psicológico e menores níveis de bem-estar, quando comparada com a população não

reclusa. Neste sentido, os reclusos mais velhos são, de forma frequente, diagnosticados com perturbações de depressão, bipolaridade e apresentam quer dificuldades comunicacionais, como comportamentos aditivos (Durcan & Zwemstra, 2014). Por outro lado, os reclusos mais jovens tendem a apresentar, maioritariamente, perturbações de ansiedade, personalidade, comportamento e a evidenciar um risco acrescido de suicídio (Durcan & Zwemstra, 2014). No que concerne ao género, verifica-se que quando está associado à saúde mental são reportadas diferenças bastante significativas. Deste modo, na população geral é demonstrado que o sexo feminino revela uma maior probabilidade de desenvolver e/ou possuir problemas ao nível da saúde mental e, de igual modo, na população reclusa também são observados estes resultados (Trestman *et al*., 2007; Tung *et al.*, 2018).

2. Impacto da prisão

A prisão é considerada uma medida punitiva que priva os indivíduos da liberdade, mas deve também possuir um efeito ressocializador que contribua para reduzir a reincidência no futuro (Cherie, 2012). O período de reclusão é, por si só, exigente e doloroso, sendo essencial existir um processo adaptativo por parte dos reclusos (Morgan *et al*., 2019). Alguns estudos sugerem que, no período inicial, os indivíduos são mais afetados, apresentando um decréscimo acentuado nos níveis de saúde mental e do bem-estar (Emms *et al*., 2016).

Assim sendo, no período em que ocorre a transição entre a "rua" e o EP, os sujeitos relatam sentir algum medo, uma vez que desconhecem o que este ambiente abrange (Okoro *et al*., 2018). Esta nova condição promove fragilidades e vulnerabilidades nos indivíduos, estando fortemente associada ao aumento da sintomatologia depressiva e ansiosa, bem como ao aumento do risco de suicídio e ao desenvolvimento de sentimentos de inferioridade, culpabilização, raiva, solidão e angústia (Dye, 2010; Prakash *et al*., 2015). Por outro lado, é evidenciado que os indivíduos reincidentes não apresentam tanta sintomatologia no período inicial da pena, visto que já existe uma determinada adaptação e uma familiaridade a este contexto (Van Ginneken *et a*l., 2019). É ainda apontado que determinados fatores como o tempo de pena aplicado, as estratégias de *coping* dos indivíduos, o apoio social disponível e as condições do estabelecimento prisional exercem uma importante influência no processo de adaptação (Gabrysch *et al.,* 2020). Ainda assim, é importante ressalvar que como consequência das dinâmicas restritas e específicas

do ambiente prisional, a maioria dos sujeitos são afetados, ainda que de modo variável, na fase inicial de reclusão (Kyprianides *et al.*, 2019).

De modo geral, o *distress* psicológico sentido pelos indivíduos parece diminuir à medida que o tempo de reclusão decorre (Luke *et al*., 2020; Morgan *et al*., 2019). Contudo, a literatura reforça que esta diminuição não é transversal a todas as experiências e, por isso, deve-se atender às necessidades específicas de cada recluso de modo a atenuar estas dificuldades (Emms *et al.*, 2016; Luke *et al*., 2020). Adicionalmente, é indicado que o *distress* pode comprometer a saúde física dos indivíduos, uma vez que este estado de angústia se traduz em quadros depressivos e de ansiedade que potenciam a automutilação, o aumento do consumo de substâncias e o suicídio, em muitos casos (Morgan *et al.*, 2019).

Mediante as informações recolhidas em estudos sobre a relação entre o ambiente dos estabelecimentos prisionais e o impacto nos reclusos, é possível aferir alguns fatores que contribuem para os efeitos negativos reportados (Okoro *et al*., 2018). No que diz respeito às condições dos EP's, a superlotação representa um dos principais fatores problemáticos pois favorece outras adversidades, tais como: condições sanitárias deficitárias; má qualidade da alimentação; supervisão inadequada dos serviços de vigilância que contribui para o aumento da violência; insuficiência de recursos materiais e humanos que interfere no processo de ressocialização futura; e disseminação de doenças (Luke *et al*., 2020).

Por outro lado, a exposição à violência também constitui um elemento a considerar neste âmbito, visto que a maioria dos reclusos reporta sofrer algum tipo de violência, pelo menos uma vez, no decorrer da pena (Wooldredge, 2020). Os autores indicam que, entre os vários tipos de violência (*e.g*. física, institucional, sexual), a mais evidenciada é a emocional/psicológica (Braga *et al*., 2019) e que existe uma tendência para novos reclusos estarem mais expostos à violência por parte de outros já integrados no contexto (Edgemon & Clay-Warner, 2018). Neste sentido, além destes aspetos representarem uma violação dos direitos humanos, sugerem que as condições a que os reclusos estão sujeitos podem representar formas de maus-tratos que, paralelamente, comprometem o bem-estar dos mesmos (Almeida, 2025).

Tendo em consideração o exposto, os estabelecimentos prisionais podem então produzir um efeito contraproducente, uma vez que apresentam um ambiente coercivo marcado por características criminógenas que podem promover o desenvolvimento de comportamentos antissociais (Morgan *et al.*, 2019). Ainda de acordo com estes autores,

os reclusos de menor risco criminal tendem a apresentar um aumento no risco de reincidência, como consequência do ambiente hostil em que estão inseridos (Meloh *et a*l., 2016; Morgan *et al.*, 2019). Contudo, reforçam que a adaptação difere de indivíduo para indivíduo – pois está associada a fatores contextuais e pessoais – e que pode conduzir a diferentes percursos neste contexto (Emms *et al.*, 2016).

A prisão apresenta um carácter privativo, na medida em que durante o cumprimento de pena os indivíduos encontram-se, inerentemente, num período de privação a diferentes níveis (Cherie, 2012). Desta forma, a condição de recluso apresenta limitações de contactos (*e.g.* limite no número e no tempo de chamadas telefónicas; horários restritos e específicos para visitas presenciais e/ou íntimas; estabelecimento prisional afastado do meio dos indivíduos) que conduzem ao isolamento social, denotando-se assim um decréscimo no apoio prestado aos indivíduos recluídos (Morgan *et al.*, 2019). A investigação reconhece que a falta de contacto com a família prejudica os reclusos a vários níveis, sendo que pode também contribuir para a fadiga emocional e para a perda de esperança/perspetiva do futuro (Leite *et al*., 2020). Ademais, estes indivíduos não possuírem qualquer controlo, autonomia e independência devido ao ambiente privativo em que se encontram, favorece a perda do sentido de identidade, do propósito de vida e contribui para que os níveis de *stress* e os episódios de violência aumentem (Kyprianides *et al*., 2019). Morgan *et al*. (2019) indicam também que os problemas relacionais com outros reclusos podem contribuir para o agravamento dos níveis de saúde mental, assim como para o desenvolvimento de mais comportamentos antissociais (*e.g*. consumo de substâncias; violência; hostilidade).

Assim sendo, segundo o modelo da privação, é a junção de todos estes fatores do ambiente prisional que contribui para que estes indivíduos apresentem mais problemas de saúde mental e menores níveis de bem-estar (Cherie, 2012). Ainda de acordo com o modelo, os problemas de concentração, memória, irritabilidade, raiva e os maiores níveis de ansiedade, de *stress* e apatia (Stringer, 2019) identificados nesta população, assim como o maior risco de suicídio (Caravaca-Sánchez *et al*., 2023) são consequência deste contexto privativo.

3. Reclusos condenados *versus* reclusos preventivos

A investigação tem indicado diferenças ao nível dos problemas de saúde mental e do bem-estar entre os reclusos condenados e os reclusos preventivos (Orjiakor *et al*., 2017;

Schnyder *et al*., 2025). Alguns autores sugerem que o *distress* psicológico tende a ser superior e o bem-estar inferior nos reclusos preventivos, em comparação com os reclusos condenados (Andersen, 2004; Okoro *et al*., 2018).

Os indivíduos preventivos encontram-se, normalmente, a aguardar julgamento por crimes que alegadamente cometeram ou encontram-se a aguardar decisão do julgamento, pelo que enfrentam um período de incertezas e de mudanças (Cherie, 2012). A condição preventiva tem inerente a si a presunção de inocência (Weinrath *et al.,* 2019) e representa entre 10% a 40% da população reclusa, na maioria dos países (Orjiakor *et al*., 2017). Por outro lado, os indivíduos condenados representam a população reclusa que já foi considerada culpada e que, por isso, tem a sua situação jurídica resolvida e o tempo de cumprimento de pena definido.

Deste modo, os estudos efetuados sobre o impacto negativo da reclusão na saúde mental nos reclusos condenados e nos reclusos preventivos aferem várias diferenças (Andersen, 2004). De acordo com Bloem *et al*. (2018), os indivíduos preventivos demonstram ser particularmente mais vulneráveis, apresentam uma maior probabilidade de sofrer os efeitos negativos da reclusão, revelam níveis mais elevados no que concerne ao sofrimento psicológico (*e.g. stress*) e menores em relação ao bem-estar. A título de exemplo, o estudo de Fazel & Seewald (2012) demonstrou que a prevalência da depressão era de 12.3% em reclusos preventivos e de 10.5% em indivíduos condenados. Estes dados parecem resultar da incerteza em relação ao futuro, assim com da ausência de conhecimento sobre a decisão do julgamento (Andersen, 2004). Os reclusos preventivos, quando comparados com os condenados, tendem a possuir maiores níveis de *stress* (Areej, 2022), pois encontram-se numa situação de espera, contrariamente aos restantes que já possuem conhecimento do tempo de pena. A literatura indica que os indivíduos em prisão preventiva relatam preocupações e padrões de pensamento ruminativos acerca dos possíveis desfechos do julgamento (Bloem *et al*., 2018) e, concomitantemente, sugerem que quanto maior for o período de espera, maior é a sintomatologia reportada (Orjiakor *et al*., 2017).

Tal como referido, nos primeiros dias de reclusão os indivíduos estão sujeitos a determinados fatores, que estão inerentes ao ambiente prisional (*e.g*. afastamento e separação da família, regras, rotinas estipuladas, perda de autonomia) e que contribuem para os níveis de bem-estar deficitários reportados (Luke *et al*., 2020). A investigação

demonstra que a sintomatologia nesta fase inicial é mais elevada nos preventivos e que a diminuição da mesma não é tão notória com o decorrer do tempo, ao contrário do que é observado nas experiências dos indivíduos condenados (Orjiakor *et al*., 2017). Estes apresentam também taxas de suicídio mais representativas, sendo estas justificadas pelo isolamento repentino, pela dificuldade na habituação às regras/rotinas e pelo ambiente coercivo e privativo dos EP's (Weinrath *et al.,* 2019). Além disso, aparentam ter mais dificuldades na adaptação ao contexto prisional à medida que o seu bem-estar subjetivo diminui (Schnyder *et al*., 2025).

O envolvimento em atividades realizadas no contexto prisional, bem como a integração em alguma ocupação laboral, cursos de formação ou nível académico parecem contribuir para níveis mais elevados de bem-estar psicológico (Leite *et al*., 2020). Estes fatores além de serem cruciais para o processo de reintegração, dão aos indivíduos a possibilidade de adquirirem novas competências e habilidades, e permitem que se sintam úteis, reforçando assim a sua confiança e autoestima (Leite *et al*., 2020). Contudo, uma vez que os indivíduos preventivos se encontram com situações jurídicas indefinidas, tendem a não ser integrados nestas dinâmicas (Weinrath *et al.,* 2019). Esta limitação promove o isolamento social e contribui para os níveis substancialmente mais elevados de vulnerabilidade e *stress* nesta população em concreto (Bloem *et al*., 2018; Orjiakor *et al*., 2017).

De modo similar, os programas de reabilitação e/ou intervenção são direcionados para a população reclusa condenada, visto que a maioria destes apresenta como critério de inclusão estar em cumprimento efetivo de pena (Orjiakor *et al*., 2017). Além disso, existem programas específicos para determinadas tipologias de crimes que pretendem responder a necessidades concretas e aos diferentes perfis dos indivíduos (Edgemon & Clay-Warner, 2018), que revelam melhorias a vários níveis e que promovem o sentido de pertença. Contudo, os indivíduos preventivos tendem a não usufruir destes programas devido às características dos mesmos, não existindo nenhum programa alternativo que seja destinado para estes (Weinrath *et al.,* 2019). A investigação postula que seria uma mais-valia existir um programa que respondesse às necessidades particulares que estes reclusos possuem, nomeadamente, que auxiliassem na instabilidade emocional que surge como consequência deste período de incerteza (Weinrath *et al.,* 2019).

4. Papel do historial prévio de problemas de saúde mental

A literatura tem levantado questões no que concerne à causa da elevada taxa de prevalência de problemas de saúde mental na população reclusa (Bacák *et al*., 2018), indagando se estes resultam das privações inerentes à prisão (modelo de privação) e/ou se são importados para este contexto (modelo de importação) (Cherie, 2012; Fazel *et al*., 2016).

Alguns autores sugerem que existe uma associação entre problemas de saúde mental e criminalidade (Edwards & Potter, 2004; Tung *et al*., 2018). Fazel *et al.* (2016) constatou que entre 40% a 70% dos reclusos apresentam diagnóstico psiquiátrico prévio à entrada na prisão, reforçando que este fator é um preditor de fragilidade e de sintomatologia depressiva, assim como de comportamentos suicidários neste contexto. Assim, o historial de problemas de saúde mental tem sido indicado como um preditor de *distress* psicológico e de incidentes comportamentais no contexto prisional (Dean & Korobanova, 2017). O estudo de Baidawi (2016) indicou que os reclusos com historial de doença mental prévia reportavam níveis mais elevados de *distress*, mesmo quando era controlado o efeito da idade, da cognição e do tipo de crime.

O modelo de importação sugere que os reclusos apresentam problemas de saúde mental e vulnerabilidades antes da reclusão e que estes são importados para o contexto prisional (Cherie, 2012). Este constata que os sintomas psicológicos reportados durante a reclusão são, em parte, consequência de traumas e patologias pré-existentes e não apenas da privação. Além disso, estes indivíduos apresentam uma maior probabilidade – entre duas e três vezes mais – de reincidir no futuro, pelo que a investigação destaca a necessidade de controlar o historial clínico nos estudos (Baillargeon *et al*., 2009). Tendo em consideração os dados, foi possível observar que grande parte da população prisional apresenta problemas de saúde mental antes da prisão e que estes aumentam a vulnerabilidade e a sintomatologia (Martin & Hesselbrock, 2001). Ademais, a investigação sugere que a fase inicial da reclusão é mais complexa para os indivíduos com antecedentes psicológicos, em comparação com os indivíduos sem qualquer antecedente a este nível (Andersen, 2004).

Também no caso das mulheres recluídas, a vulnerabilidade psicológica reportada em contexto prisional é amplificada quando estas possuem historial associado a traumas e/ou perturbações mentais prévias (Martin & Hesselbrock, 2001), salientando a necessidade

de controlar este fator. Desta forma, estudar os efeitos da reclusão sem integrar o historial prévio de saúde mental dos reclusos pode induzir em erro, na medida em que se pode sobrestimar o efeito causal da prisão na saúde mental e confundir vulnerabilidades e fragilidades prévias com o impacto prisional (Bacák *et al*., 2018).

5. Objetivo do estudo

A investigação em Portugal tende a centrar-se na saúde mental e no bem-estar dos reclusos condenados (Leite *et al*., 2020) ou a efetuar comparações com os resultados da população geral (Emms *et al*., 2016). Considerar a situação prisional (condenado vs preventivo) permitirá obter uma noção mais clara dos efeitos que o período de reclusão possui. Concomitantemente, é essencial considerar o historial de problemas de saúde mental prévios, uma vez que ignorar o mesmo pode contribuir para interpretações enviesadas na investigação dos efeitos da prisão.

Assim, o presente estudo tem como objetivo primordial analisar se a situação prisional dos reclusos constitui um preditor significativo dos níveis de bem-estar e dos indicadores de problemas de saúde mental, controlando o impacto do historial de problemática de saúde mental. Deste modo, pretende-se analisar indicadores de prevalência da sintomatologia nos reclusos; comparar os dados tendo em consideração a situação prisional; e controlar o efeito do historial de problemas de saúde mental neste âmbito.

Metodologia

1. Amostra

Conforme pode ser visto na Tabela 1, esta amostra é composta por 366 indivíduos de vários EP's do Norte e Centro do país, com idades compreendidas entre os 19 e os 73 anos (M = 40.97; DP = 10.91) e, na sua maioria, são indivíduos de nacionalidade portuguesa (91.4%). Neste sentido, 295 (81%) encontram-se em cumprimento efetivo de pena e 69 (19%) em prisão preventiva. Na amostra de condenados verifica-se que o sexo masculino é mais predominante e composto, especificamente, por 208 indivíduos (70.5%), enquanto o sexo feminino apenas por 87 (29.5%). O mesmo se verifica na amostra de preventivos, visto que 41 (59.4%) pertencem ao sexo masculino e 28 (40.6%) ao sexo feminino.

Nos reclusos condenados o estado civil mais prevalente é o "solteiro/a" (*n* = 143; 49.8%) e o menos é o "viúvo/a" (*n* = 5; 1.7%), sendo que o mesmo se verifica nos preventivos, isto é, o "solteiro/a" representa o estado civil mais identificado (*n* = 34; 50%) e o "viúvo/a" o menos. Relativamente às habilitações literárias, 193 (65.1%) dos participantes condenados encontra-se habilitado, no máximo, até ao 3º ciclo; 78 (26.4%) possui o ensino secundário; e 24 (8.2%) concluiu o ensino superior. Similarmente, verifica-se que nos indivíduos preventivos 36 (52.1%) possui habilitações literárias até ao 3º ciclo; 29 (42%) concluiu o ensino secundário; e apenas 4 (5.7%) apresenta o ensino superior.

No grupo de condenados pretendeu-se compreender o tempo médio de pena cumprido e, verificou-se que é, em média, de 45.36 meses (*DP* = 41.18), sendo que a maioria destes participantes se encontra em regime comum (*n* = 265; 91.7%); 15 (5.2%) em regime aberto no interior; e 9 (3.1%) em regime aberto no exterior. Paralelamente, era pretendido identificar o tempo de prisão dos indivíduos preventivos e constatou-se que, em média, é de 10.65 meses (*DP* = 6.89). No que concerne à condição de primário ou reincidente, foi possível compreender que a maioria dos indivíduos estava a cumprir a sua primeira pena, quer no grupo de condenados (*n* = 183; 62.7%), como no de preventivos (*n* = 49; 71%).

Verificou-se ainda que em ambos os grupos a maioria dos indivíduos referiu não apresentar qualquer problemática ao nível da saúde mental (*n* = 318; 88.3%), do consumo de álcool (*n* = 319; 88.4%) e do consumo de outras substâncias (*n* = 215; 59.6%).

Tabela 1.

Caraterização sociodemográfica da amostra.

	Reclusos Condenados (*n* = 295)					**Reclusos Preventivos (*n* = 69)**					**Total (*n* = 366)**				
	n	*%*	*M*	*DP*	*Amplitude*	*n*	*%*	*M*	*DP*	*Amplitude*	*n*	*%*	*M*	*DP*	*Amplitude*
Sexo															
Feminino	87	29.5				28	40.6				116	31.7			
Masculino	208	70.5				41	59.4				250	68.3			
Idade			40.97	10.43	19-73			41.03	12.9	23-73			40.97	10.91	19-73
Missings	1	0.3				0	0.0				1	0.3			
Nacionalidade															
Portuguesa	274	92.7				58	84.1				334	91.4			
Estrangeira	21	6.8				10	12.8				32	8.6			
Missings	0	0.0				1	1.4				1	0.3			
Estado civil															
Solteiro	143	49.8				34	50.0				178	49.9			
Casado	39	13.6				17	25.0				56	15.7			
Divorciado	46	16.0				7	10.3				53	14.8			
Viúvo	5	1.7				0	0.0				5	1.4			
União de facto	54	18.8				10	14.7				65	18.2			
Missings	8	2.7				1	1.4				9	2.5			
Habilitações literárias															
Sem escolaridade	1	0.0				0	0.0				1	0.3			
Ensino primário	17	5.8				7	10.1				24	6.6			

2º ciclo	65	22.0				15	21.7				81	22.1
3º ciclo	110	37.3				14	20.3				124	33.9
Ensino secundário	78	26.4				29	42.0				107	29.2
Licenciatura	15	5.1				3	4.3				19	5.2
Mestrado	7	2.4				1	1.4				8	2.2
Doutoramento	2	0.7				0	0.0				2	0.5
Tempo cumprido[a]/ [c]			45.36	41.18	0 - 360							
Missings	8	2.7										
Regime de cumprimento de pena [a]												
Regime comum	265	91.7										
RAI	15	5.2										
RAE	9	3.1										
Missings	6	2.0										
Tempo preventivo [b]/ [c]								10.65	6.89	1 - 28		
Missings						43	62.3					
Primeira prisão												
Não	109	37.3				20	29.0				130	35.8
Sim	183	62.7				49	71.0				233	64.2

Missings	3	1.0	0	0.0	3	0.8
Historial de saúde mental						
Não	253	87.5	63	91.3	318	88.3
Sim	36	12.5	6	8.7	42	11.7
Missings	6	2.0	0	0.0	6	1.6
Historial de consumo de álcool						
Não	255	87.9	62	89.9	319	88.4
Sim	35	12.1	7	10.1	42	11.6
Missings	5	1.7	0	0.0	5	1.4
Historial de consumo de outras substâncias						
Não	172	59.3	41	59.4	215	59.6
Sim	118	40.7	28	40.6	146	40.4
Missings	5	1.7	0	0.0	5	1.4

Nota: [a] respondido apenas por reclusos condenados / [b] respondido apenas por reclusos preventivos/ [c] calculado em meses. RAI = Regime Aberto no Interior; RAE= Regime Aberto no Exterior.

2. Medidas

De forma a ser possível medir e avaliar as variáveis pretendidas, nesta investigação foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação:

Questionário Sociodemográfico e Criminal. Este questionário constitui uma forma específica para abordar questões sociodemográficas (*e.g.* idade, género, habilitações literárias, estado civil, nacionalidade) e questões jurídico-penais (*e.g*. situação prisional, tipologia do crime, tempo de pena, número de condenações). Além disso, permite recolher informações acerca do histórico dos indivíduos ao nível dos problemas de saúde mental, do consumo de álcool e/ou de outras substâncias.

Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21) – versão portuguesa (Pais-Ribeiro *et al*., 2004). Consiste num questionário de autorrelato direcionado para a avaliação do estado emocional. Este instrumento é composto por 21 itens e integra três dimensões, sendo estas: Depressão, Ansiedade e *Stress*. A resposta aos itens varia entre «0 – não se aplicou nada a mim» e «3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes» e deve atender a frequência da sintomatologia, tendo para esse efeito, a última semana como referência temporal (Lovibond & Lovibond, 1995). De acordo com os autores, a consistência interna é considerada muito boa para Depressão (α = .85), boa para Ansiedade (α = .74) e muito boa para *Stress* (α = .81), demonstrando qualidade ao nível psicométrico (Pais-Ribeiro *et al*., 2004). No estudo atual, a consistência interna foi α = .91 para Depressão, α = .89 para Ansiedade e α = .91 para *Stress*.

PERMA-*Profiler* – versão portuguesa (Alves *et al*., 2023). Este é um questionário breve de autorrelato que avalia o bem-estar, tendo em consideração o modelo proposto por Seligman (2011), e integra cinco domínios (*e.g*. Emoções Positivas, Envolvimento, Relacionamentos, Significado e Conquistas). A versão portuguesa é composta por 23 itens e, para além dos cinco domínios, integra também a subescala do Bem-Estar Geral, da Saúde, das Emoções Negativas, da Solidão e da Felicidade. A resposta aos itens consiste na escala de likert e pode variar entre «0 – nunca ou discordo totalmente» e «10 – extremamente ou concordo totalmente». Segundo os autores, a consistência interna do instrumento é adequada para a grande parte dos domínios (Emoções Positivas α = .85, Significado α = .85, Relacionamentos α = .78, Conquistas α = .73) e razoável para o Envolvimento (α = .62) (Alves *et al.*, 2023). Neste estudo, a consistência foi α = .89 para Significados, α = .93 para Bem-Estar Geral, α = .82 para Emoções Positivas, α = .84

para Relacionamentos, α = .85 para Saúde, α = .78 para Conquistas, α = .72 para Emoções Negativas e α = .64 para Envolvimento.

***Posttraumatic Stress Disorder Checklist for* DSM-5 (PCL-5) – versão portuguesa (Carvalho *et al.*, 2020).** Representa um questionário multidimensional de autorrelato, composto por 20 itens que pretendem avaliar os sintomas da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT), presentes no último mês, de acordo com os critérios específicos do DSM-5. A resposta a cada item tem em consideração a escala de *likert* e pode variar entre «0 – nada» e «4 – extremamente», sendo que os itens enquadram-se em quatro subescalas (Intrusões, Evitamento, Alterações Negativas na Cognição e Humor, Alterações na Ativação e Reatividade) e o total. Segundo os autores, a consistência interna é α = .89 para as Intrusões, α = .76 para o Evitamento, α = .87 para as Alterações Negativas na Cognição e Humor, α = .85 para as Alterações na Ativação e α = .94 para o total (Carvalho *et al.*, 2020). No presente estudo, este instrumento apresenta uma excelente consistência interna em todas as dimensões – intrusão (α = .91), evitamento (α = .77), alterações cognitivas e no humor (α = .91) e alterações na ativação e na reatividade (α = .88) – e no total (α = .96).

3. Procedimentos

O presente estudo integra um projeto de investigação alargado sobre a saúde mental e bem-estar da população reclusa e da população comunitária, tendo sido aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia para a Investigação Científica (CEDIC) da Faculdade de Psicologia e Educação da Universidade Lusófona – Centro Universitário do Porto (parecer Nº. 21, 17 dezembro, 2021). Solicitou-se à Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) a autorização para a realização do estudo e para a recolha de dados, bem como foi pedida autorização aos autores das medidas de avaliação para a população portuguesa, de modo a poder utilizar os instrumentos. Foi ainda elaborado um termo de consentimento livre e informado para os participantes, no qual foi garantido o anonimato e a confidencialidade das respostas.

Depois de obtida a autorização da DGRSP, foi enviado a cada EP um documento que contemplava o propósito desta investigação e o pedido formal para a recolha de dados, de modo a agendar data para a mesma. De modo a garantir a fiabilidade dos resultados, definiram-se alguns critérios de inclusão que exigiam que os participantes: 1) tivessem idade igual ou superior a 18 anos; 2) soubessem ler e escrever o idioma português; 3)

tivessem competências cognitivas mínimas que permitissem a compreensão das questões e, paralelamente, a resposta às mesmas; 4) estivessem privados da liberdade num estabelecimento prisional, quer em cumprimento efetivo de pena, quer em medida preventiva.

Todos os participantes foram convidados a cooperar e informados sobre os objetivos do estudo, sendo reforçado que a sua participação não configurava nenhum benefício na sua situação prisional. Por outro lado, foi salientado que a participação era totalmente voluntária e que detinham a possibilidade de desistência, em qualquer fase do processo, sem qualquer prejuízo para os mesmos. De modo a rentabilizar o tempo, este foi aplicado em grupos, no entanto, o seu preenchimento foi individual. O tempo de resposta aos questionários rondou, em média, os 30 minutos.

4. Estratégia de análise de dados

Para a análise estatística e tratamento dos dados recolhidos, foi necessário recorrer ao *software IBM SPSS, Statistical Program for Social Science*, versão 30. Inicialmente, foram realizadas análises descritivas para caracterizar a amostra (*e.g*. idade, sexo, estado civil, habilitações literárias) e as variáveis em estudo (nomeadamente, EADS, PERMA, PCL).

Para analisar o papel da situação prisional na predição do *distress* psicológico, do bem-estar psicológico e da sintomatologia de *stress* pós-traumático, controlando o efeito do historial de problemática de saúde mental, realizaram-se regressões lineares múltiplas hierárquicas. Na realização destas regressões consideraram-se dois blocos. No primeiro bloco, o historial de problemática de saúde mental entrou no modelo como variável independente, para controlar o efeito das variáveis. No segundo bloco, entrou a variável da situação prisional dos indivíduos. Analisaram-se os pressupostos do modelo, nomeadamente, a existência de uma relação linear entre as variáveis, bem como o da distribuição normal, homogeneidade e independência dos erros, tendo-se validado os três primeiros por inspeção visual dos resíduos e o último com a estatística de Durbin-Watson ($d \approx 2$ (± 0.4)), conforme descrito em Marôco (2021). A medida VIF (*Variance Inflation Fator*), não revelou problemas relacionados com a multicolinearidade, já que VIF < 10, para todas as variáveis independentes (Myers, 1986).

Considerou-se um nível de significância de .05. Com recurso ao G*Power, determinou-se que, para este nível de significância e tendo em consideração as análises

que se pretendem efetuar, seria necessária uma amostra mínima de 68 participantes para obter um poder de 80%, pelo que a amostra deste estudo se revelou adequada.

Resultados

1. Análise descritiva das variáveis em estudo

Tal qual figura na Tabela 2, no que concerne ao bem-estar verificou-se que na amostra total a subescala com valores mais elevados é a do Significado (*M* = 7.27; *DP* = 2.64) e a das Emoções Negativas representa aquela que possuiu valores mais baixos (*M* = 4.58; *DP* = 2.38). O grupo de condenados evidenciou resultados semelhantes, sendo sido a subescala do Significado aquela com valores maiores (*M* = 7.40; *DP* = 2.58) e as Emoções Negativas a subescala com valores menores (*M* = 4.58; *DP* = 2.34). Em contrapartida, na amostra de reclusos preventivos, a subescala dos Relacionamentos evidenciou valores mais elevados (*M* = 6.73; *DP* = 3) e da Solidão apresentou valores mais baixos (*M* = 4.44; *DP* = 3.58).

Relativamente ao *distress* psicológico, pela consulta da Tabela 2, na amostra total a dimensão que demonstrou valores mais elevados foi a do *Stress* (*M* = 5.96; *DP* = 5.43) e a com valores menores foi a da Ansiedade (*M* = 4.59; *DP* = 5.25). De forma similar, na amostra de preventivos a subescala do *Stress* representou aquela com valores mais elevados (*M* = 5.88; *DP* = 5.26) e a com valores mais baixos foi a subescala da Ansiedade (*M* = 4.56; *DP* = 5.25). A amostra dos condenados evidenciou valores mais elevados também na dimensão do *Stress* (*M* = 5.60; *DP* = 5.48), contudo, a subescala da Depressão foi aquela que evidenciou valores mais baixos (*M* = 4.95; *DP* = 5.60).

No que concerne à sintomatologia de perturbação de *stress* pós-traumático, verificou-se que a amostra apresentou valores inferiores aos valores de referência para a população portuguesa, em todas as subescalas. Observou-se que a média total dos sintomas na amostra (*M* = 19.83; *DP* = 19.30) foi bastante inferior à média da população portuguesa (*M* = 31.65; *DP* = 11.36). Desta forma, a amostra na subescala das Intrusões teve valores, em média, de 5.06 (*DP* = 5.44), enquanto a população portuguesa apresentou valores, em média, de 7.28 (*DP* = 3.13). Em relação à subescala do Evitamento, a amostra apresentou valores, em média, de 2.25 (*DP* = 2.36) e a população portuguesa valores, em média, de 3.11 (*DP* = 1.49); na subescala das Alterações Negativas na Cognição e no Humor foram observados na amostra valores, em média, de 6.70 (*DP* = 7.17), enquanto o valor de

referência é de, em média, 10.75 (*DP* = 4.19). Já em relação às Alterações na Ativação e Reatividade a amostra evidenciou valores de, em média, 5.83 (*DP* = 5.89) e a população de, em média, 10.51 (*DP* = 4.07).

Tabela 2.
Análise descritiva das escalas EADS, PERMA e PCL.

	Total (*n* = *366*)					**Reclusos Condenados (*n* = 295)**					**Reclusos Preventivos (*n* = 69)**				
	n	*%*	*M*	*DP*	*Amplitude*	*n*	*%*	*M*	*DP*	*Amplitude*	*n*	*%*	*M*	*DP*	*Amplitude*
EADS															
Depressão	341	93.2	4.97	5.62	0 – 21	274	92.9	4.95	5.60	0 – 21	65	94.2	5.14	5.82	0 – 21
Ansiedade	349	95.4	4.59	5.25	0 – 21	281	95.3	5.14	5.82	0 – 21	66	95.7	4.56	5.25	0 – 21
Stress	348	95.1	5.96	5.43	0 – 21	278	94.2	5.60	5.48	0 – 21	69	100.0	5.88	5.26	0 – 21
PERMA															
Envolvimento	361	98.6	6.47	2.42	0 – 10	290	98.3	6.60	2.33	0 – 10	69	100.0	5.96	2.73	0 – 10
Relacionamentos	363	99.2	7.14	2.69	0 – 10	292	99.0	7.21	2.61	0 – 10	69	100.0	6.73	3.00	0 – 10
Significado	363	99.2	7.27	2.64	0 – 10	292	99.0	7.40	2.58	0 – 10	69	100.0	6.63	2.82	0 – 10
Conquistas	361	98.6	6.99	2.37	0 – 10	291	98.6	7.10	2.28	0 – 10	68	98.6	6.43	2.67	0 – 10
Emoções Positivas	363	99.2	6.25	2.65	0 – 10	292	99.0	6.36	2.56	0 – 10	69	100.0	5.78	3.02	0 – 10
Bem-estar Geral	359	98.1	6.82	2.25	0 – 10	289	98.0	6.93	2.15	0 – 10	68	98.6	6.32	2.61	0 – 10
Saúde	361	98.6	6.89	2.75	0 – 10	290	98.3	6.93	2.67	0 – 10	69	100.0	6.66	3.05	0 – 10
Emoções Negativas	362	98.9	4.58	2.38	0 – 10	291	98.6	4.58	2.34	0 – 10	69	100.0	4.52	2.58	0 – 10
Solidão	363	99.2	4.64	3.56	0 – 10	292	99.0	4.69	3.55	0 – 10	69	100.0	4.44	3.58	0 – 10
Felicidade	363	99.2	6.67	3.11	0 – 10	292	99.0	6.75	3.08	0 – 10	69	100.0	6.30	3.24	0 – 10
PCL															
Intrusões	360	98.4	5.06	5.44	0 – 20	289	98.0	4.91	5.44	0 – 20	69	100.0	5.77	5.49	0 – 19

Evitamento	363	99.2	2.25	2.36	0 – 8	292	99.0	2.21	2.35	0 – 8	69	100.0	2.36	2.31	0 – 8
Alterações Cognição e Humor	350	95.6	6.70	7.17	0 – 28	279	94.6	6.66	7.02	0 – 28	69	100.0	6.96	7.87	0 – 28
Alterações Ativação e Reatividade	352	96.2	5.83	5.89	0 – 24	283	95.9	5.89	5.78	0 – 24	67	97.1	5.67	6.42	0 – 24
Total	337	92.1	19.83	19.30	0 – 80	268	90.8	19.58	19.03	0 - 80	67	97.1	21.06	20.63	0 – 78

Nota: EADS – Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress*; PERMA – *Positive Emotion*, *Engagement*, *Relationships*, *Meaning*, *Accomplishment*; PCL – *Posttraumatic Stress Disorder Checklist*.

2. Papel da situação prisional na predição do *distress* psicológico, controlando o historial de problemática de saúde mental

Para analisar o papel da situação prisional na predição do *distress* psicológico, controlando o efeito do historial de problemática de saúde mental, realizou-se uma regressão linear múltipla hierárquica. Na realização desta regressão consideraram-se dois blocos. No primeiro bloco, o historial de problemática de saúde mental entrou no modelo como variável independente, para controlar o efeito das variáveis. No segundo bloco, entrou a variável da situação prisional dos indivíduos. A Tabela 3 apresenta as regressões hierárquicas para a previsão do *distress* psicológico.

Tabela 3.
Regressão hierárquica para previsão do distress psicológico, controlando o efeito do historial de problemática de saúde mental.

	F	df1,df2	R^2	ΔR^2	β	*t*
DEPRESSÃO						
Bloco 1	46.221	1,333	.122***			
Historial de problemas de saúde mental					.349	6.799***
Bloco 2	23.149	2,332	.122***	.000		
Historial de problemas de saúde mental					.350	6.799***
Situação prisional					.022	.435
ANSIEDADE						
Bloco 1	37.403	1,340	.099***			
Historial de problemas de saúde mental					.315	6.116***
Bloco 2	18.663	2,339	.099***	.000		
Historial de problemas de saúde mental					.315	6.109***
Situação prisional					.009	.175
STRESS						
Bloco 1	34.706	1,341	.092***			
Historial de problemas de saúde mental					.304	5.891***
Bloco 2	17.303	2,340	.092***	.000		
Historial de problemas de saúde mental					.304	5.878***
Situação prisional					.002	.044

Nota: Situação prisional: 0 – condenados (categoria de referência), 1 – preventivos; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

No que diz respeito à Depressão, no bloco 1, o modelo revelou-se estatisticamente significativo, tendo o historial de problemática de saúde mental explicado 12.2% da variância. Ao adicionar a situação prisional ao modelo, este continuou a explicar a mesma variância, pelo que não se revelou estatisticamente significativo (ver Tabela 3).

De acordo com a Tabela 3, respetivamente à Ansiedade, o modelo revelou-se estatisticamente significativo no bloco 1, tendo o historial de problemática de saúde mental explicado 9.9% da variância. A introdução da situação prisional, não contribuiu para um aumento da variância explicada, pelo que não se revelou estatisticamente significativo.

Já no que concerne ao *Stress* e como se verifica na Tabela 3, no bloco 1, o modelo revelou-se estatisticamente significativo, tendo o historial de problemática de saúde mental explicado 9.2% da variância desta variável. Contudo, ao introduzir a situação prisional dos indivíduos ao modelo, não se verificou estatisticamente significativo.

3. Papel da situação prisional na predição do bem-estar psicológico, controlando o historial de problemática de saúde mental

Para analisar o papel da situação prisional na predição do bem-estar psicológico, controlando o efeito do historial de problemática de saúde mental, realizou-se uma regressão linear múltipla hierárquica. Na realização desta regressão consideraram-se dois blocos. No primeiro bloco, o historial de problemática de saúde mental entrou no modelo como variável independente, para controlar o efeito das variáveis. No segundo bloco, entrou a variável da situação prisional dos indivíduos. A Tabela 4 apresenta as regressões hierárquicas para a previsão do bem-estar psicológico.

Tabela 4.
Regressão hierárquica para previsão do bem-estar, controlando o efeito do historial de problemática de saúde mental.

	F	df1,df2	R^2	ΔR^2	β	*t*
ENVOLVIMENTO						
Bloco 1	9.161	1,352	.025**			
Historial de problemas de saúde mental					-.159	-3.027**
Bloco 2	6.932	2,351	.038**	.013*		
Historial de problemas de saúde mental					-.164	-3.135**
Situação prisional					-.113	-2.147*
RELACIONAMENTOS						
Bloco 1	8.471	1,354	.023**			
Historial de problemas de saúde mental					-.153	-2.910**
Bloco 2	5.379	2,353	.030**	.006		
Historial de problemas de saúde mental					-.157	-2.983**
Situação prisional					-.079	-1.503
SIGNIFICADO						
Bloco 1	8.092	1,354	.022**			
Historial de problemas de saúde mental					-.149	-2.845**
Bloco 2	6.916	2,353	.038**	.015*		
Historial de problemas de saúde mental					-.155	-2.972**
Situação prisional					-.124	-2.374*
CONQUISTAS						
Bloco 1	6.921	1,352	.019**			
Historial de problemas de saúde mental					-.139	-2.631**
Bloco 2	6.086	2,351	.034**	.014*		
Historial de problemas de saúde mental					-.144	-2.740**
Situação prisional					-.119	-2.274*
EMOÇÕES POSITIVAS						
Bloco 1	14.080	1,354	.038***			
Historial de problemas de saúde mental					-.196	-3.752***
Bloco 2	8.766	2,353	.047***	.009		
Historial de problemas de saúde mental					-.200	-3.847***
Situação prisional					-.095	-1.833

BEM-ESTAR GERAL						
Bloco 1	12.085	1,350	.033***			
Historial de problemas de saúde mental					-.183	-3.476***
Bloco 2	8.499	2,349	.046***	.013*		
Historial de problemas de saúde mental					-.187	-3.578***
Situação prisional					-.114	-2.187*
SAÚDE						
Bloco 1	17.000	1,352	.046***			
Historial de problemas de saúde mental					-.215	-4.123***
Bloco 2	8.970	2,351	.049***	.003		
Historial de problemas de saúde mental					-.217	-4.165***
Situação prisional					-.051	-.971
EMOÇÕES NEGATIVAS						
Bloco 1	18.195	1, 353	.049***			
Historial de problemas de saúde mental					.221	4.266***
Bloco 2	9.072	2,352	.049***	.000		
Historial de problemas de saúde mental					.221	4.255***
Situação prisional					.001	.017
SOLIDÃO						
Bloco 1	8.389	1,354	.023**			
Historial de problemas de saúde mental					.152	2.896**
Bloco 2	4.240	2,353	.023*	.000		
Historial de problemas de saúde mental					.151	2.874**
Situação prisional					-.018	-.337
FELICIDADE						
Bloco 1	12.223	1,354	.033***			
Historial de problemas de saúde mental					-.183	-3.496***
Bloco 2	6.945	2,353	.038**	.004		
Historial de problemas de saúde mental					-.186	-3.556***
Situação prisional					-.067	-1.282

Nota: Situação prisional: 0 – condenados (categoria de referência), 1 – preventivos; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Em relação ao Envolvimento, de acordo com a Tabela 4, o modelo revelou-se estatisticamente significativo no bloco 1, tendo o historial de problemática de saúde mental explicado 2.5% da variância desta variável. Ao integrar a variável da situação prisional, esta passou a explicar uma variância adicional de 1.3%, sendo este aumento significativo. Desta forma, a situação prisional revelou-se um preditor significativo e negativo, o que significa que os indivíduos preventivos tendem a apresentar níveis significativamente menores nesta dimensão, em comparação com os indivíduos condenados.

Quanto aos Relacionamentos, o modelo revelou-se estatisticamente significativo no bloco 1, tendo o historial de problemática de saúde mental explicado 2.3% da variância desta variável. Ao adicionar a situação prisional, o modelo não se revelou estatisticamente significativo, tendo apenas explicado 0.6% (ver Tabela 4).

Já no que diz respeito ao Significado, no bloco 1, o modelo demonstrou ser estatisticamente significativo, tendo o historial de problemática de saúde mental explicado 2.2% da variância. A inclusão da situação prisional passou a explicar uma variância adicional de 1.5%, sendo este aumento significativo (ver Tabela 4). Assim, a situação prisional revelou ser um preditor significativo e negativo, pois os reclusos preventivos tendem a apresentar níveis significativamente mais baixos, do que os reclusos condenados, nesta dimensão.

No que concerne às Conquistas, como exposto na Tabela 4, o modelo no bloco 1 revelou-se estatisticamente significativo, tendo o historial de problemática de saúde mental explicado apenas 1.9% da variância. Assim, ao acrescentar a situação prisional neste modelo, passou a explicar uma variância adicional de 1.4%, sendo este aumento significativo. Deste modo, a situação prisional dos indivíduos revelou-se um preditor significativo e negativo, ou seja, os indivíduos preventivos tendem a apresentar níveis significativamente menores do que os condenados nesta dimensão.

Relativamente às Emoções Positivas, o modelo revelou-se estatisticamente significativo no bloco 1, uma vez que o historial de problemática de saúde mental explicou 3.8% da variância. No entanto, ao adicionar a situação prisional, o modelo não se revelou estatisticamente significativo (ver Tabela 4), tendo apenas explicado 0.9%.

No que diz respeito ao Bem-estar Geral, no bloco 1, o modelo revelou-se estatisticamente significativo, tendo o historial de problemática de saúde mental

explicado apenas 3.1% da variância desta variável. Além disso, a integração da situação prisional ao modelo revelou-se estatisticamente significativa, tendo explicado uma variância adicional de 1.3% (ver Tabela 4). Assim sendo, a situação prisional revelou ser um preditor negativo e significativo do Bem-estar Geral, isto é, os reclusos preventivos tendem a apresentar níveis significativamente mais baixos nesta dimensão.

Já em relação à Saúde, tendo em consideração a Tabela 4, o modelo no bloco 1 revelou-se estatisticamente significativo, tendo o historial de problemática de saúde mental explicado 4.6% da variância. No entanto, acrescentar a situação prisional ao modelo não se revelou estatisticamente significativo, pois apenas explicou uma variância adicional de 0.3%.

Em relação às Emoções Negativas, o modelo revelou-se estatisticamente significativo, no bloco 1, tendo o historial de problemática de saúde mental explicado 4.9% da variância. Contudo, integrar a situação prisional dos indivíduos ao modelo, não se verificou estatisticamente significativo (ver Tabela 4).

Na variável da Solidão, no bloco 1, o modelo revelou-se estatisticamente significativo, tendo o historial de problemática de saúde mental explicado 2.3% da variância desta variável. Ao adicionar a situação prisional dos indivíduos, o modelo não se verificou estatisticamente significativo (ver Tabela 4).

Por fim, no que concerne à Felicidade, é possível observar na Tabela 4 que no bloco 1 o modelo revelou-se estatisticamente significativo, tendo o historial de problemática de saúde mental explicado 3.3% da variância. Ao integrar a situação prisional, o modelo não se verificou estatisticamente significativo, tendo explicado uma variância adicional de apenas 0.4%.

4. Papel da situação prisional na predição da sintomatologia de *stress* pós-traumático, controlando o historial de problemática de saúde mental

Para analisar o papel da situação prisional na predição da sintomatologia de *stress* pós-traumático, controlando o efeito do historial de problemática de saúde mental, realizou-se uma regressão linear múltipla hierárquica. Na realização desta regressão consideraram-se dois blocos. No primeiro bloco, o historial de problemática de saúde mental entrou no modelo como variável independente, para controlar o efeito das variáveis. No segundo bloco, entrou a variável da situação prisional dos indivíduos. A Tabela 5 apresenta as regressões hierárquicas para a previsão da sintomatologia de *stress* pós-traumático.

Tabela 5.
Regressão hierárquica para previsão da perturbação de stress pós-traumático, controlando o efeito do historial de problemática de saúde mental.

	F	df1,df2	R^2	ΔR^2	β	*t*
INTRUSÕES						
Bloco 1	32.938	1,351	.086***			
Historial de problemas de saúde mental					.293	5.739***
Bloco 2	17.585	2,350	.091***	.006		
Historial de problemas de saúde mental					.297	5.813***
Situação prisional					.074	1.458
EVITAMENTO						
Bloco 1	39.396	1,354	.100***			
Historial de problemas de saúde mental					.316	6.277***
Bloco 2	19.937	2,353	.101***	.001		
Historial de problemas de saúde mental					.318	6.300***
Situação prisional					.037	.728
ALTERAÇÕES COGNITIVAS E NO HUMOR						
Bloco 1	37.559	1,341	.099***			
Historial de problemas de saúde mental					.315	6.129***
Bloco 2	18.942	2,340	.100***	.001		
Historial de problemas de saúde mental					.317	6.147***
Situação prisional					.032	.626
ALTERAÇÕES NA ATIVAÇÃO E REATIVIDADE						
Bloco 1	31.011	1,343	.083***			
Historial de problemas de saúde mental					.288	5.569***
Bloco 2	15.463	2,342	.083***	.000		
Historial de problemas de saúde mental					.288	5.552***
Situação prisional					-.004	-.075

TOTAL						
Bloco 1	42.939	1,328	.116***			
Historial de problemas de saúde mental					.340	6.553***
Bloco 2	21.835	2,327	.118***	.002		
Historial de problemas de saúde mental					.342	6.585***
Situação prisional					.045	.873

Nota: Situação prisional: 0 – condenados (categoria de referência), 1 – preventivos; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Na Tabela 5, como é visível quanto às Intrusões, o modelo no bloco 1 revelou-se estatisticamente significativo, tendo o historial de problemática de saúde mental explicado 8.6% da variância. Contudo, adicionar a situação prisional dos indivíduos ao modelo não se verificou estatisticamente significativo, pois explicou apenas uma variância adicional de 0.6%.

Em relação ao Evitamento, o modelo revelou-se estatisticamente significativo no bloco 1, tendo o historial de problemática de saúde mental explicado 10% da variância desta variável. A adição da situação prisional dos indivíduos não se verificou estatisticamente significativo, uma vez que explicou apenas uma variância adicional de 0.1% (ver Tabela 5).

No que concerne às Alterações Negativas na Cognição e no Humor, como exposto na Tabela 5, no bloco 1 o modelo revelou-se estatisticamente significativo, tendo o historial de problemática de saúde mental explicado 9.9% da variância. No entanto, a introdução da variável da situação prisional não se verificou estatisticamente significativo para o modelo, pois explicou apenas uma variância adicional de 0.1%.

Na variável das Alterações na Ativação e Reatividade, o modelo revelou-se estatisticamente significativo no bloco 1, tendo o historial de problemática de saúde mental explicado 8.3% da variância. Ao introduzir a situação prisional no modelo, não se verificou estatisticamente significativo (ver Tabela 5).

Por fim, na variável Total, no bloco 1 o modelo revelou-se estatisticamente significativo, tendo o historial de problemática de saúde mental explicado 11.6% da variância desta variável. No entanto, a junção da situação prisional ao modelo, não se revelou estatisticamente significativo (ver Tabela 5), na medida em que explicou apenas uma variância adicional de 0.2%.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo primordial, analisar se a situação prisional dos reclusos representava um preditor significativo dos níveis de bem-estar e dos indicadores de problemas de saúde mental, controlando o impacto do historial prévio de problemática psicológica. Assim, de modo geral, os resultados obtidos suportaram, maioritariamente, as noções inerentes ao modelo de importação.

Este estudo evidenciou que o historial de saúde mental é um forte preditor de *distress* psicológico nos reclusos, na medida em que explicou uma maior variância. Este apresenta-se em conformidade com os estudos realizados anteriormente, na medida em que estes indicam que possuir historial prévio aumenta a vulnerabilidade, a fragilidade e a sintomatologia relatada no período de prisão, assim como contribui para os níveis deficitários de bem-estar dos reclusos (Dean & Korobanova, 2017; Fazel *et al.*, 2016). Por outro lado, foi também possível verificar que a situação prisional só previu diferenças em determinadas dimensões do bem-estar, mas não ao nível do *distress* psicológico e da PSPT. Assim sendo, estes dados podem ser interpretados com base nos estudos que sugerem a existência de uma adaptação gradual dos indivíduos ao contexto prisional (Morgan *et al*., 2019). Tal como sugere Luke *et al*. (2020), esta ausência de efeito da situação prisional no *distress* pode indicar o desenvolvimento de determinados mecanismos de adaptação emocional ao contexto, nomeadamente, a resiliência e/ou a procura de apoio.

No que concerne ao *distress* psicológico e à perturbação de *stress* pós-traumático, os resultados obtidos indicaram que o historial de problemática de saúde mental foi um forte preditor destes, explicando entre 8% a 12% da variância dos níveis destas dimensões. Por seu turno, a situação prisional não teve um efeito significativo no *distress* e no *stress* pós-traumático, mesmo após o controlo desta variável. Estes resultados sustentam o modelo de importação, abordado por vários autores, que propõe que os indivíduos trazem para o contexto prisional vulnerabilidades psicológicas pré-existentes (Cherie, 2012). De acordo com Fazel *et al*. (2016) uma grande percentagem de reclusos já possui diagnóstico psiquiátrico antes de ingressar na prisão, pelo que a probabilidade de desenvolverem *distress* e sintomatologia de *stress* pós-traumático neste período tende a ser superior, quando comparados com os reclusos sem historial prévio.

A ausência de diferenças significativas entre reclusos preventivos e condenados, a estes níveis pode indicar que o impacto prisional é generalizado, afetando ambos os grupos de forma semelhante (Luke *et al*., 2020). Ainda que os reclusos preventivos enfrentem incertezas jurídicas e isolamento no período inicial (Orjiakor *et al*., 2017), os mecanismos de adaptação psicológica e o apoio informal da reclusão podem contribuir para a redução do *distress* e do humor depressivo ao longo do tempo (Morgan *et al*., 2019). Tendo em consideração o mencionado, os resultados obtidos sugerem que a vulnerabilidade prévia é mais determinante que a situação/condição prisional na explicação da sintomatologia reportada. Por essa razão, estes dados reforçam a importância de realizar um rastreio de antecedentes de saúde mental aos indivíduos, no momento da admissão ao contexto prisional.

Relativamente ao bem-estar psicológico, os resultados evidenciaram um padrão distinto, visto que a situação prisional dos sujeitos revelou ser um preditor significativo e negativo em várias dimensões, mesmo após controlar o efeito do historial de saúde mental. Desta forma, verificou-se que os reclusos preventivos apresentaram níveis mais baixos de bem-estar, especificamente nas dimensões do envolvimento, do significado, das conquistas e do bem-estar geral, comparativamente aos reclusos condenados. Estes resultados vão ao encontro do que é mencionado nos estudos de Andersen (2004) e Okoro *et al*. (2018). Os autores identificam que os reclusos preventivos experienciam um maior sofrimento psicológico e uma menor satisfação com a vida, por consequência da incerteza face ao julgamento e da falta de estrutura diária. Assim, a ausência de um prazo definido para a pena e a impossibilidade de planear o futuro, são fatores que causam sentimentos de impotência e a perda de sentido de identidade e que explicam, acessoriamente, as diferenças observadas nas dimensões de significado e de conquistas.

Concomitantemente, o menor envolvimento observado entre os reclusos preventivos pode estar relacionado com a exclusão destes de atividades ocupacionais e de programas de reinserção, visto que os mesmos tendem a ser destinados aos reclusos condenados (Weinrath *et al*., 2019). Deste modo, esta limitação reduz o sentimento de utilidade e de pertença, comprometendo quer a dimensão hedónica – emoções positivas –, como a eudaimónica – realização e propósito – do BE dos indivíduos em prisão preventiva (Ryan & Deci, 2001). Em contrapartida, os reclusos condenados demonstraram possuir níveis mais elevados de envolvimento e de significado. Estes resultados advêm, possivelmente, do facto destes indivíduos já terem desenvolvido rotinas, relações de apoio e uma maior

aceitação face à sua situação prisional. Assim, os dados obtidos encontram-se em consonância com o estudo de Morgan *et al.* (2019) que enfatiza uma adaptação gradual ao período de reclusão.

Além disso, verificou-se que o historial de saúde mental manteve uma associação negativa e consistente com todas as dimensões do bem-estar psicológico. Estes resultados sustentam a ideia de que existir problemas de saúde mental prévios limita a capacidade dos indivíduos vivenciarem emoções positivas e de manterem uma perceção adequada de saúde e de felicidade, tal como é postulado por Prakash *et al*. (2015).

Quanto ao papel do historial prévio de problemas de saúde mental, este representa ser a variável mais consistente em todos os modelos realizados, visto que explica variâncias significativas no *distress*, no bem-estar psicológico e na perturbação de *stress* pós-traumático. Assim, estes resultados reforçam que o impacto da prisão não é uniforme, demonstrando que é moderado por vulnerabilidades e fragilidades específicas pré-existentes dos indivíduos. Os dados corroboram a literatura, visto que esta menciona que os reclusos com perturbações e/ou problemas psicológicos prévios integram o contexto prisional numa situação de risco acrescido, pelo que os efeitos negativos do isolamento, da perda de controlo e das restrições são amplificados (Baidawi, 2016).

Tendo em consideração o mencionado, os resultados obtidos sugerem que as políticas de saúde mental inerentes no contexto prisional são inadequadas, devendo, por isso, sofrer alterações e tornarem-se diferenciadas e preventivas. Neste sentido, a triagem no momento da admissão deve incluir instrumentos de avaliação de antecedentes clínicos e de risco psicológico, de modo a permitir o encaminhamento precoce para intervenções e/ou programas terapêuticos personalizados (*e.g.* programas de regulação emocional, de apoio psicossocial). Ademais, os resultados obtidos neste estudo parecem indicar a necessidade de adotar uma abordagem que integre as noções do modelo da privação e da importação. Isto porque, ainda que o contexto prisional promova fatores de *stress* (privação), as respostas ao mesmo são influenciadas pelas condições psicológicas prévias dos indivíduos (importação), denotando-se assim que ambos os modelos são importantes e que devem ser complementares.

Limitações, estudos futuros e implicações práticas

Esta investigação, ainda que tenha conseguido responder aos objetivos propostos e demonstrado a importância de considerar o historial prévio na avaliação da saúde mental dos reclusos, não esteve isenta de limitações, tal como qualquer estudo. Assim, destaca-se como uma limitação a fraca heterogeneidade da amostra relativamente à situação prisional dos indivíduos, visto que o número de reclusos preventivos foi substancialmente mais baixo do que o número de reclusos condenados. Além disso, o formato de autorrelato utilizado nos instrumentos pode contribuir para enviesamentos, quer devido à interpretação subjetiva de cada indivíduo às questões, como pela possível influência da desejabilidade social. Outro aspeto que pode ser encarado como uma limitação prende-se com o facto de este estudo possuir um desenho transversal, ou seja, todos os dados foram recolhidos num único momento. Por essa razão, não foi possível estabelecer qualquer relação de causalidade entre as variáveis e nem observar mudanças ao longo do tempo.

Por outro lado, do presente estudo surgem também algumas recomendações, sendo que parte delas encontram-se associadas com as limitações encontradas. Desta forma, em investigações futuras, acredita-se que seria benéfico a recolha de mais dados para, consequentemente, obter uma amostra de maiores dimensões e mais equilibrada em relação à situação/condição prisional dos reclusos. De seguida, propõe-se o desenvolvimento de estudos longitudinais, uma vez que será possível analisar a evolução dos níveis do bem-estar, do *distress* psicológico e da sintomatologia de *stress* pós-traumático ao longo do tempo de reclusão, assim como diferenciar os resultados em diferentes fases (iniciais, intermédias, finais). Além disso, poderia ser também pertinente explorar o impacto que os fatores mediadores (*e.g. coping*, suporte social, espiritualidade) e os fatores protetores exercem neste fenómeno.

No que concerne às implicações para a prática, este estudo revelou-se pertinente para a compreensão da necessidade em considerar, inevitavelmente, as abordagens do modelo de importação e de privação no impacto do bem-estar psicológico e da saúde mental dos reclusos. Ademais, esta investigação sugere também a importância de, no momento de admissão no contexto prisional, ser realizada uma avaliação do historial prévio de problemas de saúde mental aos reclusos. Este rastreio irá permitir que os indivíduos sejam orientados para intervenções psicológicas e/ou programas de suporte específicos para as suas características.

Também urge a necessidade de investir e desenvolver programas específicos para os reclusos em prisão preventiva, visto que neste estudo foram evidenciados níveis mais baixos de envolvimento e de significado neste grupo. Por esse motivo, estes indivíduos devem ser incluídos em programas adequados para as suas necessidades e que atendam às características e especificidades da sua situação prisional. Por fim, este estudo reforça a importância de investir neste âmbito e representa um modo de dar visibilidade a esta população vulnerável, que tantas vezes é negligenciada.

Referências bibliográficas

Almeida, M. R. (2025). *Direitos humanos atrás das grades: Perceção dos reclusos quanto às suas condições de detenção*. [Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra].

Alves, M. A., Gouveia, M., & Palmer, S. (2023). Psychometric properties of the portuguese version of the PERMA-profiler. *Psychology, 33* (1), 1 – 15. https://doi.org/10.1007/s43076-023-00261-3

Andersen, H. S. (2004). Mental health in prison populations. A review — with specialemphasis on a study of Danish prisoners on remand. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 110*, 5 − 59.

Areej, A. (2022). The consequences and impacts of pre-trial detention on detainees and the judicial system. *The society: Sociology and Criminology Undergraduate Review, 7* (1), 1 – 10.

Bacák, V., Andersen, L. H., & Schnittker, J. (2018). The effect of timing of incarceration on mental health: Evidence from a natural experiment. *Social Forces, 98,* 303 – 327.

Baidawi, S. (2016). Older prisoners: Psychological distress and associations with mental health history, cognitive functioning, socio-demographic, and criminal justice factors. *International Psychogeriatrics, 28* (3), 385 – 395.

Baillargeon, J., Binswanger, I. A., Penn, J. V., Williams, B. A., & Murray, O. J. (2009). *Psychiatric disorders and repeat incarcerations: The revolving prison door*. *American Journal of Psychiatry, 166* (1), 103 – 109. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08030416

Bloem, O., Bulten, E., & Verkes, R. J. (2019). Changes in subjective wellbeing of prisoners on remand. *International Journal of Prisoner Health, 15* (2), 181 – 191.

Braga, T., de Castro-Rodrigues, A., Di Folca, S., & Gonçalves, R. (2019). How dark are dark figures? Official and self-report rates of inmate-on-inmate victimization. *Victims & Offenders, 14* (6), 745 – 757. https://doi.org/10.1080/15564886.2019.1627683

Caravaca-Sánchez, F., Barry, T., Aizpurua, E., & Ricarte, J. (2023). Mental health, substance abuse, prison victimization and suicide attempts amongst incarcerated women. *European Journal of Criminology, 20* (2), 653 – 671. https://doi.org/10.1177/14773708211028471

Carvalho, T., da Motta, C., & Pinto-Gouveia, J. (2020). Portuguese version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Comparison of latent models and other psychometric analyses. *Journal of Clinical Psychology, 76* (7), 1267 – 1282. https://doi.org/10.1002/jclp.22930

Cherie, A. (2012). Mental health in prison: A trauma perspective on importation and deprivation. *International Journal of Criminology and Sociological Theory, 5* (2), 886 – 894.

Cod, K. (2023). *The social construction of crime*. Criminology: Foundations and modern applications. Pressbooks.

Código Penal Português. (2023). *Código Penal.*

Dean, K., & Korobanova, D. (2017). Brief mental health screening of prison entrants: psychiatric history versus symptom screening for the prediction of in-prison outcomes, *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 29* (3), 431 – 447. https://doi.org/10.1080/14789949.2017.1421247

Diener, E., Oishi, S. & Tay, L. (2018). Advances in subjective well-being research. *Nature Human Behaviour, 2* (4), 253 – 260. https://doi.org/10.1038/s41562-018-0307-6

Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP). (2025). *Estatísticas Prisionais 2024*. Ministério da Justiça.

Durcan, G., & Zwemstra, J. C. (2014). Mental health in prison key points. *Prisons and Healt*h, *3*.

Dye, M. H. (2010). Deprivation, importation, and prison suicide: Combined effects of institutional conditions and inmate composition. *Journal of Criminal Justice, 38*, 796 – 806.

Edgemon, T., & Clay-Warner, J. (2018). Inmate mental health and the pains of imprisonment. *Society and metal health,* 1 – 18.

Edwards W. T., & Potter, R. H. (2004). Psychological distress, prisoner characteristics, and system experience in a prison population. *Journal of Correctional Health Care*, *10*, 129 – 149.

Emms, P., Rajaratnam, S., Davies, S., & Bradbury, C. (2016). STRESS-testing clinical activity and outcomes for a combined prison in-reach and court liaison service: A 3-year observational study of 6177 consecutive male remands. *International Journal of Mental Health Systems, 10*.

Fazel, S., Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33 588 prisoners wordwide: Systematicreview and meta-regression analysis. *The British Journal of Psychiatry, 200* (5), 364 – 373. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096370

Fazel, S., Hayes, A., Bartellas, K., Clerici, M., & Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: Prevalence, adverse outcomes, and interventions. *Lancet Psychiatry, 3* (9), 871 – 881.

Gabrysch, C., Winkler, V., Koller, M., Hendrikx, S., Bühringer, G., & Neuner, F. (2020). Exploring the subjective course of severe mental illness during imprisonment: A qualitative 3-year follow-up study from Chile. *Frontiers in Psychology, 11*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01208

Halle, C., Tzani-Pepelasi, C., Pylarinou, N., & Fumagalli, A. (2020). The link between mental health, crime and violence. *New Ideas in Psychology*, *58*, 1 – 8. https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2020.100779

Harvey, J. (2007). *Young men in prison: Surviving and adapting to life inside.* Cullompton, Devon, Reino Unido: Willan Publishing.

Hernandez, R., Bassett, S., Boughton, S., Schuette, S., Shiu, E., & Moskowitz, J. (2018). Psychological well-being and physical health: Associations, mechanisms, and future directions. *Emotion Review, 10* (1), 18 – 29. https://doi.org/10.1177/1754073917697824

Hidayati, N., & Eriyani, T. (2021). Level of psychological well-being among prisoners. *Journal of Nursing Care, 4* (3), 197 – 202.

Kyprianides, A., & Easterbrook, J. (2019). Social factos boost well-being behind bars: The importance of individual and group ties for prisoner well-being. *Applied psychology: health and well-being, 11*(3), 330 – 348.

Leite, A., Esgalhado, G., & Costa, V. (2020). A perceção de bem-estar dos reclusos em estabelecimentos prisionais portugueses. In H. Pereira, S. Monteiro, G. Esgalhado, & I. Leal (Orgs.), *13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Atas* (pp. 31 – 42). Lisboa: Edições ISPA.

Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy, 33* (3), 335 – 343. https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U

Luke, R., Daffern, M., Skues, J., Trounson, J., Pfeifer, J., & Ogloff, J. (2020). The effect of time spent in prison and coping styles on psychological distress in inmates. *The Prison Journal*, 1 – 20.

Marôco, J. (2021). Análise estatística com o SPSS statistics (8ª edição). Report Number.

Martin, M., & Hesselbrock, M. (2001). Women prisoners' mental health. *Journal of Offender Rehabilitation, 34* (1), 25 – 43. https://doi.org/10.1300/J076v34n01_03

Meloh, P., Odo, V., Ezeh, M., & Ezeah, L. (2016). Psychological well-being in awaiting-trial inmates: The roles of loneliness and social support. *Social Sciences, 5* (5), 64 – 69.

Morgan, R., Van Horn, S., MacLean, N., Hunter, J., & Bauer, R. (2019). *The effects of imprisonment.* Wiley.

Myers, R. (1986). *Classical and Modern Regression with Applications*. Duxbury Press.

Okoro, J. N., Ezeonwuka, C. N., & Onu, U. (2018). Socio-demographic characteristics as correlates of psychological distress. *International Journal of Prisoner Health, 14* (3), 210 – 219.

Organização Mundial Saúde. (2015). *World report on ageing and health*. OMS Europe.

Organização Mundial Saúde. (2023). *One-third of people in prison in Europe suffer from mental health disorders*. OMS Europe

Orjiakor, C. T., Ugwu, D. I., Eze, J., Ugwu, L., Ibeagha, P., & Onu, U. (2017). Prolonged incarceration and prisoners' wellbeing: lived experiences of awaiting trial/pre-trial/remand prisoners in Nigeria. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 12* (1). https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1395677

Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribution to the adaptation study of the portuguese adaptation of the lovibond and lovibond depression anxiety stress scales (EADS) with 21 items. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *5* (2), 229 – 239.

Pinto, S., Fumincelli, L., Mazzo, A., Caldeira, S., & Martins, J. (2017). Comfort, well-being and quality of life: Discussion of the differences and similarities among the concepts. *Porto Biomedical Journal, 2* (1), 6 – 12. https://doi.org/10.1016/j.pbj.2016.11.003

Prakash, O., Sharma, N., Singh, A., & Sanger, K. (2015). Effect of incarceration on well being of prisoners: A study among convicted and undertrials. *The International Journal of Indian Psychology*, *3* (1), 155 – 164.

Ryan, R., & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, *52*, 141 – 166. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141

Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69* (4), 719 – 727. https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719

Seligman, M. E. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Free Press.

Sinha, S. (2010). Adjustment and mental health problem in prisoners. *Industrial Psychiatry Journal, 19* (2), 101 – 104.

Siqueira, M., & Padovam, V. A. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 24* (2), 201 – 209. https://doi.org/10.1590/S0102-37722008000200010

Stringer, H. (2019). Improving mental health for inmates. *Monitor on Psychology*, *50* (3), 46 – 52.

Sugie, N., & Turney, K. (2017). Beyond incarceration: Criminal justice contact and mental health. *American Sociological Review, 82* (4), 719 – 743.

Trestman, R., Ford, J., Zhang, W., & Wiesbrock, V. (2007). Current and lifetime psychiatric illness among inmates not identified as acutely mentally ill at intake in Connecticut's jails. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 35* (4), 490 – 500.

Tung, T., Hsiao, Y., Shen, S., & Huang, C. (2019). The prevalence of mental disorders in Taiwanese prisons: a nationwide population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric, 54* (6), 711 – 719. https://doi.org/10.1007/s00127-018-1614-y

Van Ginneken, E., Palmen, H., Bosma, A., & Sentse, M. (2019). Bearing the weight of imprisonment: The relationship between prison climate and well-being. *Criminal Justice and Behavior, 46* (10), 1385 – 1404. https://doi.org/10.1177/0093854819867373

Vinkers, D., de Beurs, E., Barendregt, M., Rinne, T., & Hoek, H. (2011). The relationship between mental disorders and different types of crime. *Criminal Behaviour and Mental Health, 21* (5), 307 – 320.

Weinrath, M., Carrington, J., & Tess, C. (2019). *Pretrial detainees, sentenced prisoners, and treatment motivation. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 63* (16), 2693 – 2712. https://doi.org/10.1177/0306624X19857665

Wooldredge, J. (2020). Prison culture, management, and in-prison violence. *Annual review of criminology, 3* (1), 165 – 188. https://doi.org/10.1146/annurev-criminol-011419-041359